LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT TROISIÈME ANNÉE

1930

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1930

N° 1. — MERCREDI 1er JANVIER 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 1er JANVIER 1930. — N° 1.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de province. — Marseille. — Le concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la désignation de M. le docteur Robert Poinso.

— Nimes. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Drouot, Colomb, Perrier, Saheb et Salan.

Facultés de médecine. — Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1928-1929. — Le nombre de diplômes de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant l'année scolaire 1928-1929 est de 1.069, se décomposant comme suit :

Facultés.	Diplômes d'Etat.	Diplômes d'Université (mention médecine).	Total.
Alger	23	»	23
Beyrouth	23 (*a*)	»	23
Bordeaux	103	9	112
Lille	40	»	40
Lyon	126 (*b*)	7	133
Montpellier	75 (*c*)	9	84
Nancy	31	4	35
Paris	451 (*d*)	64	515
Strasbourg	28	7	35 (*e*)
Toulouse	65	4	69
	965	104	1.069

a. Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

b. Dont trois avec dispense de la thèse : MM. Ber, Doubrow et Mlle Roumiantzeff, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

c. Dont un avec la dispense de la thèse : M. Loucas, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

d. Dont six avec dispense de la thèse : MM. Andréassian, Babok, Mme Cremer née Vinaver, MM. Goldblum, Pelawsky et Pélosof, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

e. Régime français. Ne sont pas compris dans le tableau ci-dessus deux diplômes de docteur (régime allemand). Aucun candidat n'a été reçu à l'examen d'Etat (Staatsexamen, régime allemand).

Total des thèses : 1.036 (Etat : 932 ; Université : 104), plus 2 thèses (régime local) de Strasbourg.

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention médecine), délivrés par les facultés françaises depuis trente et un ans (époque de la création de ce titre), atteignent le chiffre de 2.018, répartis comme suit :

Alger, 11 ; Bordeaux, 127 ; Lille, 8 ; Lyon, 287 ; Montpellier, 369 ; Nancy, 105 ; Paris, 949 ; Strasbourg, 68 ; Toulouse, 94.

113 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat. (*La Vie médicale.*)

— Agrégation. — *Concours du second degré.* — Sont rapportées, en ce qui concerne l'emploi d'agrégé d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 11 octobre 1929.

En conséquence, le tableau dudit article 3 de l'arrêté du 11 octobre 1929, modifié par l'arrêté du 31 octobre 1929, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit :

SECTION	LYON	TOTAUX
Oto-rhino-laryngologie	»	»
....		
Totaux	6	31

Écoles de médecine. — Angers. — M. le docteur H. Fruchaud a été nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Caen. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, histologie et physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira le mercredi 25 juin 1930 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Clermont-Ferrand. — A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu devant la Faculté de Toulouse, ont été nommés : professeur suppléant de pathologie interne et de clinique médicale : M. J. Chaumerliac, médecin des hôpitaux de Clermont-Ferrand, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg; professeur suppléant de pathologie externe et de clinique chirurgicale : M. Adrien Piollet, chirurgien des hôpitaux de Clermont-Ferrand, ancien interne des hôpitaux de Paris; professeur suppléant de clinique obstétricale : M. Rongier, médecin des hôpitaux de Clermont-Ferrand, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine; professeur suppléant de chimie : M. Febvre, pharmacien de 1re classe, professeur agrégé de l'Université; professeur suppléant d'histologie : M. de Brisson de Laroche, chef des travaux d'histologie à l'Ecole de médecine.

— Grenoble. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le jeudi 26 juin 1930 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

— Poitiers. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de physique et de chimie de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le lundi 30 juin 1930 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le jeudi 26 juin 1930 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Active.) — *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin général inspecteur des troupes coloniales Rigollet.

Au grade de commandeur. — MM. les médecins généraux Marotte (14e région), Beaussenat (11e région).

MM. les médecins généraux des troupes coloniales Condé et Foutrein.

M. le médecin principal Mendy (hôpital Villemin, Paris).

Au grade d'officier. — MM. Couturier, Giraud, Croidieu, Dupuich, Paitre, Bernard, Marvy, Mahaut, Frizac, Vallat, Schickelé, Maisonnet, Chabardes, Worms.

(Troupes coloniales.) MM. Fournier, Rigenbach, Gromier, Marque, Augagneur.

Au grade de chevalier. — MM. Cochard, Georges, Moynier, Chaton, Gardes, Daigre, Le Cars, Prost, Brunel, Villard, Jabras, Boide, Gauch, Adisson, Camemtron, Desobry, Corazzini, Janson, Pastore, Nouveaux, Raymond, Lemaire, Esquier, Guiter, Marion, Millischer, Tonnaire, Joly, Douriaux, Paillier, Bidault.

(Troupes coloniales.) MM. Caro, Hauvespre, Laquièze, Pujol, de Gilbert des Aubineaux, Chambon, Morvan.

(Réserve.) *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins généraux Salebert et Sébillon.

Au grade d'officier. — MM. Rouzaud, Constans, Plantier, Marquis, Cayrol, Grangier, Huleux, Ahond, Charropin, Lamy, Mercier.

(Troupes coloniales.) M. Asselin.

Au grade de chevalier. — MM. Blanchetière, Grandineau, Ficat, Birotheau, Luce, Bertholon, Saint-Paul, Beghin, Aublant, Cloquet, Woillez, Champalbert, Defaye, Caloni, Paul, Mynard, Vignon, Willot, Chevalier, Fremond, Augier, Grias, Festal, Barbot, Prentout, Bousquet, Destouches, Vidal, Juge, Drouet, Libert, Orliac, Garat, Duby, Vincenti, Cesarini, Derrien, Agostini, Chatagnon, Romain, Hervé, Vergnory, Renard, Berthet, Berson, Trotot, Bonnemaison, Boucher, Alnet, Mauvoisin, Moreau, Leboucher, Luizy, Monnot, Vicente, Bazin, Marcou, Truchot, Darricau, Borel, Hamel.

(Troupes coloniales.) MM. Fabry et Robiolis.

Grande chancellerie. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Mallet.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Morisson et Permilleux.

Guerre. (Active.) — Sont promus dans le Corps de santé militaire :

Au grade de médecin colonel. — M. le médecin lieutenant-colonel Escher, troupes du Levant.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Cordier, 32e rég. d'aviation, Dijon; Bertein, du Val-de-Grâce.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Peradon, 19e corps d'armée; Varnier, Angoulême; Rambault, Montpellier; Fricker, laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, Paris; Grosjean, 151e d'inf., Metz; Heuraux, école spéciale militaire, Saint-Cyr; Collet, Maroc; Brion, Rouen; Esseric, 19e corps d'armée; Meersseman, du Val-de-Grâce; Pichot, Châteauroux; Jame, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires; Bresson, 19e corps d'armée.

Au grade de pharmacien commandant. — M. le pharmacien capitaine Babinot (Pierre), Paris.

(Troupes coloniales. Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Pezet, Guinée française; Cazanove, 23e d'inf. coloniale; Carmouze, Guyane.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Duliscouet, de la Guadeloupe; Bodet, Indochine; Guyomarc'h, Marseille; Le Fers, Afrique occidentale française; Niel et Ricou, Indochine.

Au grade de médecin commandant. — MM. Laigret, Afrique occidentale française; Roussel, Afrique équatoriale française; Keruzore, Cameroun; Barbier, 23e d'inf. coloniale; Robineau, Maroc; Authier, 24e tirailleurs sénégalais; Carral, 4e tirailleurs sénégalais; Beurnier, Indochine; Robert, Petit et Lefrou, Afrique occidentale française; Lafargue, Cameroun; Vaucel, 10e d'artillerie coloniale; Edard, Cameroun.

Troupes coloniales. — A la suite du concours institué par la circulaire ministérielle n° 2013 1/8 du 18 juin 1929, ont obtenu le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales :

Pour la section chirurgie. — M. le médecin capitaine Huard, professeur adjoint à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

M. le médecin capitaine Montagne, du dépôt des isolés coloniaux de Marseille.

(Voir la suite des « Informations », p. 12.)

L'ARRIÉRATION INTELLECTUELLE

EST SOUVENT DUE A L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par L. BABONNEIX.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Au XXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenu à Barcelone en mai dernier, et dont la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte en son temps (1), une des questions mises à l'ordre du jour était relative au rôle de l'hérédo-syphilis en psychiatrie. MM. Hamel et Lopez-Albo nous ont présenté, à ce sujet, un rapport qui a beaucoup intéressé les congressistes, mais qui n'a pas été sans soulever certaines critiques.

Les uns ont fait remarquer, non sans raison, la difficulté des recherches relatives à l'hérédité. Les autres ont mis en cause la tuberculose, qui, beaucoup plus que l'hérédo-syphilis, interviendrait dans la production de nombreux cas de débilité mentale. D'autres, enfin, ont demandé que l'on apportât plus de précision dans l'étude du problème posé. Jusque-là, disent-ils, il sera impossible de savoir : 1° si le fait de trouver souvent l'hérédo-syphilis dans les antécédents des malades n'est pas attribuable à une coïncidence; 2° si, dans le cas où cette infection interviendrait réellement, elle joue un rôle prédisposant ou déterminant.

* * *

Avec les rapporteurs, on peut répondre que la tuberculose, si fréquente chez les sujets atteints d'oligophrénie, est peut-être le fait d'une contamination hospitalière; que l'hérédo-syphilis se rencontre trop fréquemment chez les sujets, si l'on associe à l'enquête étiologique et clinique les résultats de l'examen sérologique, pour qu'il soit impossible de considérer cette constatation comme le fait du hasard, qu'à elle peuvent d'ailleurs s'associer d'autres causes : vagotonie héréditaire, alcoolisme, états dégénératifs, si l'on ose encore se servir de ce terme bien discrédité aujourd'hui. Mais, mieux que tous les raisonnements, valent les faits. Interrogeons donc ceux qu'il nous a été donné d'observer personnellement, et voyons quelles conclusions on peut tirer de leur étude.

* * *

Sur environ 200 cas d'encéphalopathie infantile, avec arriération mentale, nous en trouvons 50 où le rôle de l'hérédo-syphilis peut être envisagé. Ces cas se divisent d'ailleurs en deux groupes. Dans l'un, elle est, autant qu'on puisse dire, la seule cause pathogène que l'on puisse incriminer; dans l'autre, il existe aussi des antécédents de traumatismes obstétricaux, auxquels, *a priori*, on pourrait attribuer les troubles intellectuels constatés.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 48, 15 juin 1929, p. 881.

* * *

PREMIER GROUPE

Cas d'arriération mentale, d'imbécillité ou d'idiotie semblant pouvoir, avec les réserves d'usage, **être rattachés à la seule hérédo-syphilis.** — Dans ce groupe, plusieurs sous-groupes, selon que les raisons de penser à l'hérédo-syphilis sont d'ordre *clinique*, *sérologique*, *étiologique*, *anatomique* ou *complexes*.

A. **Raisons d'ordre clinique.** — 1. Souvent, il s'agit de *lésions dentaires*, d'autant plus intéressantes qu'elles ont été analysées par des stomatologistes de profession : MM. Lorgnier, de Saint-Omer; Rousseau, de Dunkerque, etc.

Observation I. — A... (Gustave), vingt-quatre ans, nous est envoyé, alors que nous dirigions le Centre neuro-psychiatrique de la première armée, pour épilepsie « essentielle ». C'est, en plus, un dégénéré et un arriéré. A quelle cause rattacher ces troubles, ainsi que son incomplet développement physique? Très vraisemblablement, à l'hérédo-syphilis, ainsi qu'en témoigne la présence, chez lui, de *dents d'Hutchinson* typiques.

Obs. II. — A... (Jacques), vingt-quatre ans, est entré au Centre neuro-psychiatrique de la première armée pour des troubles moteurs, de type tabéto-cérébelleux, datant d'un an. C'est, de plus, un épileptique. Le docteur Rousseau lui a trouvé des *dents d'Hutchinson* typiques. « Chez lui, l'intelligence est rudimentaire. Chacun de ses actes est marqué au coin de la puérilité; il rit sans motif à tout instant; son caractère est doux et faible, sa parole difficile à suivre. Nous avons essayé de déterminer le niveau de son intelligence au moyen des tests proposés par MM. Binet et Simon. Il correspond à celui des enfants de neuf ans. Notre malade a bien pu résoudre, en effet, les questions posées aux enfants de cet âge, mais il n'est sorti d'aucune de celles qu'on pose aux enfants de dix. Quant aux connaissances pédagogiques, elles ne dépassent pas le niveau de huit-neuf ans. A.., rentre donc dans la classe des débiles intellectuels.

Obs. III. — D... (Germaine), quinze ans, est atteinte d'hémiplégie spasmodique compliquée d'arriération mentale et de troubles du caractère. Sa sœur souffre de paraplégie spasmodique type Marfan, laquelle, comme on sait, est toujours en relation avec l'hérédo-syphilis. Elle-même a présenté, à la naissance, une *roséole* typique; elle a des *dents d'Hutchinson* et des phénomènes oculaires, constatés par M. Dupuy-Dutemps, qui ne peuvent laisser place au moindre doute : *kératite interstitielle, signe d'Argyll-Robertson.*

Obs. IV. — M... (Ernest), vingt et un, est envoyé au Centre neuro-psychiatrique de la première armée pour « épilepsie constatée ». A l'examen psychiaque, imbécillité manifeste : « Il accumule, sans broncher, les sottises les plus énormes... Pour lui, le verre sert à couper, et quand on lui demande quoi, il répond : les doigts. Interrogé sur la question de savoir ce qu'il faut faire quand on a manqué le train, il s'écrie : « Il faut tâcher de le rattraper! ». Pour lui, la bonté, c'est la bonté; la justice, c'est le juge de paix; le courage, « c'est à savoir ». Chez lui, *lésions dentaires*, étudiées par M. Lorgnier et qui « sentent » la syphills.

Obs. V. — T... (Pierrette), douze ans, est une arriérée dont la mère souffre d'*aortite chronique* et chez qui on constate des *altérations dentaires*, les dents étant petites, mal plantées, inégales, irrégulières, et leur surface offrant des sillons transversaux.

2. D'autres fois, il s'agit de *lésions osseuses* : ostéite des os du nez, exostoses, etc.

Obs. VI. — Chez Ch... (Albert), neuf ans, aucun antécédent héréditaire. Il est né à terme, dans de bonnes conditions mais il s'est toujours mal développé. Il nous est amené parce qu'il ne comprend rien, ne reconnaît personne, est agité, et pousse des cris incessants. C'est donc, si l'on veut adopter la classification de Griesinger, un idiot éréthique. Or, chez lui, la *langue* est *scrotale*, le *nez en lorgnette*.

Obs. VII. — S... (Jean), quatorze ans, est un épileptique « essentiel » qui suit difficilement ses classes, et, de l'aveu même de ses parents, n'est pas très intelligent. Il est porteur d'une volumineuse *exostose du fémur*.

Nous trouverons, dans d'autres sous-groupes, diverses observations de sujets atteints d'oligophrénie chez lesquels les lésions osseuses : tibias en lame de sabre, exostoses frontales, malformations dentaires, etc., s'associent à divers stigmates.

3. Parfois, on constate chez les patients des symptômes indiscutables d'*hérédo-syphilis oculaire* : kératite interstitielle, ou de syphilis oculaire : signe d'Argyll-Robertson, inégalité pupillaire.

Obs. VIII. — L... (Paul), treize ans et demi, est un acromégale chez lequel on note un certain degré d'arriération. Il ne sait, en effet, ni lire ni écrire. A l'examen oculaire, pratiqué par le professeur Terrien, *kératite interstitielle*.

Obs. IV. — L..., cinq ans, est un épileptique chez lequel on constate un léger retard intellectuel. A l'examen oculaire, pratiqué par le professeur Terrien, *signe d'Argyll-Robertson*.

4. Quelquefois, chez un nourrisson qui présente d'indiscutables signes de retard intellectuel, on constate des symptômes d'hérédo-syphilis : *testicules gros et durs*, *hépato-splénomégalie*.

Obs. X. — C... (Louis), neuf mois, n'a aucun antécédent héréditaire. Ses parents sont bien portants. Il est né à terme, dans de bonnes conditions, mais, de très bonne heure, il a été atteint de convulsions. Cliniquement, brachymicrocéphalie, chorée congénitale, obésité. Le fonctionnement de l'intelligence inspire des doutes. Et, de fait, au cours d'examens ultérieurs, nous avons pu nous convaincre que l'enfant était idiot. Quelles raisons avons-nous ici d'incriminer l'hérédo-syphilis? L'absence de toute autre cause pathogène, et, en particulier, de traumatismes obstétricaux; l'*existence, chez le père, d'une réaction de Wassermann douteuse, chez l'enfant, de testicules gros et durs, d'une hépato-splénomégalie appréciable*.

Obs. XI. — P... (Henri), deux ans, est atteint d'hydrocéphalie avec obésité, atonie musculaire et arriération intellectuelle. Deux raisons, chez lui, de penser à l'hérédo-syphilis : *les exostoses frontales, la splénomégalie*.

5. Dans bien des cas, nous trouvons signalée l'existence d'une *malformation cardiaque*. Or, les travaux de nombreux auteurs : Laubry et Bricou, Grenet et J. Delarue, montrent que souvent, ces malformations relèvent de l'hérédo-syphilis.

Obs. XII. — C..., quinze mois, est *né un mois avant terme*. On nous le conduit pour arriération mentale consécutive à des convulsions. Chez lui, une raison de penser à l'hérédo-syphilis, en plus des antécédents personnels déjà signalés : l'existence d'une *malformation cardiaque*.

Obs. XIII. — Ch... (Pierre), vingt ans, est atteint d'hémiplégie infantile droite, laquelle a succédé à des convulsions. C'est, en plus, un débile intellectuel. Beaucoup de raisons de penser, ici, à l'hérédo-syphilis. Le père, *probablement spécifique*, est mort aliéné; chez le jeune homme, les *incisives médianes supérieures sont obliques convergentes, les autres dents, mal plantées, irrégulières* ou *cariées*; il existe une *malformation cardiaque*; la *réaction de Hecht est, pour son sang, légèrement positive*. Sans doute, aucune de ces raisons ne serait, à elle seule, absolument démonstrative. N'empêche qu'assemblées, elles forment un faisceau impressionnant.

Obs. XIV. — Les parents de Mlle G..., onze ans, ont déjà consulté plusieurs médecins pour le retard intellectuel qu'elle présente. Elle a marché et parlé tard, ne sait encore ni lire ni écrire.

Elle est *née un mois avant terme*, *présente une malformation cardiaque*, une *voûte ogivale*, des *malformations dentaires*. L'hérédo-syphilis est donc très vraisemblable chez elle.

Obs. XV. — Mlle L..., neuf ans, est une indiscutable arriérée qui présente, en plus, de l'ichthyose et une *maladie de Roger*. On note, chez elle, du *microdontisme*, des *exostoses frontales*, et la *réaction de Wassermann est positive pour son sang*. Des deux grands-pères, l'un est alcoolique chronique, l'autre, *tabétique*.

Obs. XVI. — P... (G.), trois ans et demi, est atteint de diplégie cérébrale avec arriération intellectuelle. *Sa mère est une hérédo-syphilitique*, qui présente une *malformation congénitale du cœur*.

B. **Raisons d'ordre sérologique.** — Elles consistent en réactions sérologiques positives, soit pour l'enfant, soit pour les parents. Inutile de dire que nous n'avons pas tenu compte des cas où la réaction était positive chez des nourrissons, trop de causes d'erreur pouvant alors intervenir.

Obs. XVII. — B... (Pierre), onze ans, est né deux mois avant terme. Il a été longtemps soigné par le professeur Hutinel pour une maladie de Little. Microcéphale, il est, en plus, atteint d'idiotie. *Le père est syphilitique*; la *réaction de Wassermann* a été, tout d'abord, *fortement positive pour le sang de l'enfant*; sous l'influence du traitement, elle s'est « négativée ».

Obs. XVIII. — Chez C... (V.), quatre ans, ce qui domine, c'est le retard intellectuel, mais il existe, en plus, toute une série de manifestations somatiques : microcéphalie, strabisme interne, tics, quadriplégie spasmodique. L'enfant est *né deux mois avant terme*, son sérum est le siège de *réactions suspectes* : Wassermann douteux, Hecht légèrement positif.

Obs. XIX. — La petite C... est atteinte d'hémiplégie gauche et d'arriération mentale. Chez elle, *a priori*, aucune raison de penser à l'hérédo-syphilis. Et cependant, c'est bien cette infection qui est en cause, comme le montre l'existence, d'une part, d'une *hydrocéphalie volumineuse* et d'*exostoses frontales*, et, de l'autre, de *réactions sérologiques fortes*, déterminées par M. Tixier.

Obs. XX. — D... (Simone), quatre ans, nous est envoyée pour maladie de Little, avec léger retard intellectuel. *Son père est syphilitique, ses réactions sérologiques nettement positives.*

Obs. XXI. — F... (Huguette), cinq ans, est atteinte d'arriération intellectuelle. Elle a parlé tard et mal. Elle est sujette aux tics et à l'onanisme. *Chez sa mère, réaction de Hecht positive forte pour le sang.* Grossesse et accouchement n'avaient, par ailleurs, présenté aucune anomalie.

Obs. XXII. — La petite G... (Denise), quatre ans, est

atteinte d'hémiplégie droite, compliquée d'idiotie. Aucune difficulté obstétricale, mais *réaction de Wassermann fortement positive pour les parents et pour elle.*

Obs. XXIII. — H... (Jean), trois ans, est atteint de maladie de Little, avec légère arriération. Il est né, ainsi qu'un frère aîné, *deux mois avant terme;* pour sa mère, les *réactions sérologiques sont positives.*

Obs. XXIV. — L..., vingt mois, est un enfant nerveux et légèrement arriéré. *Son père est syphilitique; les réactions sérologiques sont positives chez le frère,* qui, lui aussi, est arriéré, avec troubles du caractère, et chez qui est survenue, à la naissance, une éruption spécifique.

Obs. XXV. — L..., cinq ans et demi, est atteinte d'infantilisme, d'hydrocéphalie et d'imbécillité. Elle a perdu cinq frères et sœurs en bas âge, de « méningite ». *Son sérum est le siège d'une réaction de Wassermann positive.*

Obs. XXVI. — M... (Daniel), sept ans et demi, est atteint de tétraplégie spasmodique consécutive à des convulsions, et de retard intellectuel. *Les réactions sérologiques sont positives pour le sang de la mère.*

Obs. XXVII. — M... (Raymond), sept ans, est atteint de retard intellectuel, compliqué de troubles psycho-moteurs de la parole. Les *réactions sérologiques* sont :

Faibles pour le père;

Fortes pour la mère et l'enfant.

Obs. XXVIII. — S..., quatre ans, présente un ensemble symptomatique rappelant la maladie de Wilson. Il est, en plus, arriéré. Chez lui, *la réaction de Wassermann est légèrement positive pour le liquide céphalo-rachidien.*

C. **Arguments d'ordre étiologique.** — Dans plusieurs de nos cas, nous retrouvons des antécédents héréditaires de *syphilis*, ou même de *syphilis nerveuse* : tabes, paralysie générale.

Obs. XXIX. — C... (Daniel), est un microcéphale chez lequel on constate des phénomènes somatiques : diplégie infantile, strabisme interne, et psychiques : arriération intellectuelle. Plusieurs raisons de penser, chez lui, à l'hérédo-syphilis. L'arrière grand-père maternel est *mort paralytique général; la réaction de Wassermann est douteuse pour la mère, faible pour le père.* Celle-là a fait une fausse-couche et eu ensuite un enfant débile. Le sujet de l'observation est *né deux mois avant terme; son état s'est amélioré,* dans une certaine mesure, *sous l'influence du traitement spécifique.*

Obs. XXX. — C... (André), âgé de deux ans et demi, a été atteint, à la suite de convulsions, d'hémiplégie gauche, compliquée d'atrophie optique. Il est, de plus, microcéphale. Il ne marche pas, ne parle pas, reconnaît à peine son entourage. A quoi attribuer ces manifestations? Indiscutablement, à l'hérédo-syphilis. En effet :

1° *Le père est un syphilitique avéré;* il a eu des plaques muqueuses en 1916-1917; il a été soigné par des injections de 914 et de cyanure;

2° *L'enfant est né un mois et demi avant terme;*

3° Il a présenté, les premiers jours, des signes caractéristiques : éruption cutanéo-muqueuse, coryza, hépato et splénomégalie, apparence vieillotte.

Obs. XXXI. — D... (Alfred), douze ans, nous est adressé par le docteur Lavieille (de Drancy), pour un syndrome adiposo-génital, et pour un certain degré d'arriération. Il a parlé tard, marché tard, ne suit que difficilement la classe. *Son père est un syphilitique* qui s'ignore, mais pour le sang duquel la réaction de Wassermann est fortement positive; quant à lui, il est porteur de dents suspectes.

Obs. XXXII. — Mlle D..., quatorze ans, est atteinte de tétraplégie spasmodique, paraissant avoir succédé à des convulsions (?). Elle est, de plus, idiote. Or :

1° Son *père est tabétique*, avec signes d'Argyll et de Romberg, ptosis, abolition des réflexes rotuliens, troubles divers des sensibilités superficielle et profonde, etc.;

2° La *mère* a été soignée jadis pour *psoriasis palmaire* ayant guéri par le cyanure de mercure.

Elle a un frère arriéré, chez qui, en raison des antécédents que nous venons de signaler, il faut sans doute suspecter aussi l'hérédo-syphilis.

Obs. XXXIII. — E... (Henri), a été atteint, dans les premiers de la vie, de convulsions qui ont laissé à leur suite, d'une part, un certain retard intellectuel, de l'autre, une hémiplégie droite. *Le père*, examiné par M. Milian, *est un hérédo-syphilitique.*

Obs. XXXIV. — G..., quatre ans et demi, est un mongolien évident, avec maladie de Roger, cryptorchidie, strabisme interne. *Son père est spécifique;* chez lui-même, les *incisives médianes supérieures* sont mal venues, érodées, couvertes de tartre.

Obs. XXXV. — G... (Simone), trois ans, nous est conduite pour retard intellectuel. Elle a marché et parlé très tard, et son intelligence ne se développe que lentement. On note d'ailleurs, chez elle, des troubles du caractère : coléreuse, boudeuse, instable, elle mord, griffe et pince. Sans doute, les parents semblent bien portants. N'empêche que *l'accouchement s'étant produit à huit mois, et en présence d'un gros œuf hydramniotique,* l'enfant a été mise d'autorité au traitement spécifique. A noter encore que, *pour sa mère, la réaction de Wassermann a été positive,* et que *la fillette, hydrocéphale,* a souffert dans les premiers mois de la *maladie des vomissements habituels,* souvent attribuable, comme on sait, à l'hérédo-syphilis.

Obs. XXXVI. — G... (René), quatorze ans, est un arriéré qui suit difficilement ses classes et doit prendre des leçons particulières. Jugement et raisonnement sont chez lui déficients, la mémoire faible, les facultés d'attention limitées. Aucune difficulté obstétricale, mais *le père a contracté la syphilis en 1903.*

Obs. XXXVII. — H... (Jeanne), six ans, est une mongolienne qui a été longtemps soignée à la Salpêtrière. *Le père est atteint d'aortite chronique.*

Obs. XXXVIII. — H... (Olivier), quatorze ans, est amené à la consultation du professeur Hutinel pour un ensemble symptomatique complexe : retard physique et intellectuel, obésité, incontinence d'urines. *Son père est tabétique.*

Obs. XXXIX. — N..., dix-sept mois, est atteint d'hémiplégie gauche, laquelle se complique, comme cela est si fréquent, de retard intellectuel. *Il a eu du coryza à la naissance, et son père est un syphilitique avéré.*

Obs. XL. — R... nous est conduit pour hydrocéphalie, compliquée d'atrophie optique et pour idiotie. *Son père et son grand-père paternel sont syphilitiques.*

D. **Raisons d'ordre anatomique.** — Nous n'en connaissons qu'une, mais elle nous paraît convaincante, étant donné que notre interprétation a été adoptée par tous les neurologistes auxquels nous avons montré nos coupes : MM. André Thomas, Lhermitte, Nageotte.

Obs. XLI. — A l'autopsie d'un mongolien, nous avons trouvé un nodule périvasculaire, situé dans un sillon méningé riche en zones caséifiées, et offrant tous les caractères du *tissu gommeux.*

E. **Cas complexes.** — Ce sont ceux où des raisons de divers ordres militaient en faveur de l'hérédo-syphilis.

Obs. XLII. — D... (Elysée), vingt-trois ans, est un grand débile, au sujet duquel nous écrivions, dans un rapport médico-légal, en 1917 : « Son niveau mental, déterminé par la méthode de Binet et de Simon, est de huit ans. Il sait lire et écrire, mais ne fait qu'avec difficulté des additions simples et est incapable d'eflectuer les autres opérations. Niveau scolaire également très bas. Il n'a que des idées vagues sur les événements actuels. Ses fonctions intellectuelles : jugement, raisonnement, sens critique et moral, sont peu développées. »

Quelles sont, chez lui, les raisons d'incriminer l'hérédo-syphilis? Les *tibias en lame de sabre*, les *exostoses du frontal* et de la partie interne des clavicules; les *déformations dentaires* très prononcées, avec dents d'Hutchinson, les *cicatrices cutanées d'apparence gommeuse*, la *parésie de la VIe paire droite*, l'*inégalité pupillaire*.

Obs. XLIII. — F... (Liliane), seize ans, est à la fois une infantile, une microcéphale et une arriérée qui n'a jamais rien pu apprendre, comme on peut en juger par ses réponses :

« Où êtes-vous ici? — A l'hôpital.

« Quelles sont les cinq parties du monde? — Sais pas.

« Quelle est la capitale de la France? — Sais pas. »

Ses *incisives médianes supérieures sont obliques convergentes*, sa voûte palatine, ogivale. *Il existe*, de plus, chez elle, *une malformation congénitale du cœur*. Enfin, les *réactions de Wassermann et de Hecht sont fortement positives pour sa mère*.

Obs. XLIV. — S... (Laurent), dix-neuf ans, souffre de crises épileptiques. C'est, de plus, un arriéré. Quelle raison d'incriminer, chez lui, l'hérédo-syphilis?

1° *Sa mère est une tabétique fruste*;

2° Il présente lui-même une *légère inégalité pupillaire*, et, pour le sang, une *réaction de Bauer fortement positive*, sans aucun signe de syphilis acquise.

Obs. XLV. — S... (Irène), cinq ans, nous est conduite pour quadriplégie spasmodique, avec microcéphalie et incontinence d'urines. C'est une grosse débile, qui présente aussi des troubles du caractère. Chez elle, plusieurs raisons de soupçonner l'hérédo-syphilis :

1° La présence d'un *nez cassé*;

2° Les *antécédents*. La mère a eu trois autres enfants : l'un mort-né, l'autre porteur d'une malformation cardiaque, le troisième, dysthyroïdien, mort à trois ans; elle a fait deux fausses conches.

Obs. XLVI. — T... (Marthe), vingt-huit ans, a été enfermée dans un asile à la suite d'un certificat du professeur Dupré débutant ainsi : Débilité mentale avec incapacité de se conduire, conscience incomplète de sa situation, etc. Elle est, atteinte d'hydrocéphalie avec syndrome adiposo-génital. Chez elle, on constate une *diminution notable des réflexes photo-moteurs* (Dupuy-Dutemps), et des *cicatrices suspectes* des jambes. Les *antécédents* permettent d'ailleurs de penser à l'hérédo-syphilis.

Dans tous les cas qui précédent, impossible d'invoquer, à l'origine des troubles psychiques observés, une cause quelconque : intoxication, infection, traumatisme obstétrical, puisque, seule, dans les antécédents du petit malade, existait l'hérédo-syphilis. Une seule question reste donc à résoudre. Ne s'agirait-il pas de coïncidence? « Objection de principe, avons-nous écrit ailleurs (1), et que l'on pourrait formuler au sujet de toutes les manifestations pathologiques aujourd'hui rattachées à la syphilis : tabes, paralysie générale, actasie aortique, leucoplasie, et que l'on pourrait étendre encore. La pathologie tout entière ne repose-t-elle pas sur des lois de coïncidence? Si l'endopéricardite vient souvent compliquer le rhumatisme articulaire, n'est-ce pas parce que celui-ci tient celle-là sous sa dépendance? Si un enfant se tuberculise à la suite d'un contact, souvent court avec un tousseur, n'est-ce pas parce que celui-ci lui a transmis le germe? » Il serait facile de multiplier les exemples, et, aussi, de montrer les dangers de cette conception. N'a-t-elle pas conduit deux grands médecins français, qui, l'un et l'autre, ont honoré la science, à écrire : « Dans le tabes, l'hérédité nerveuse est la cause déterminante, la syphilis, la cause adjuvante? »

(1) L. Babonneix. *Syphilis héréditaire du système nerveux*, Paris 1930, in-8°, Masson, édit.

DEUXIÈME GROUPE

Cas où, à l'hérédo-syphilis, s'associait un traumatisme obstétrical. — Ils sont au nombre de quatre.

Obs. XLVII. — Mlle D..., trois ans et demi, est épileptique, microcéphale et idiote. Sans doute, pourrait-on rattacher à un traumatisme obstétrical ces différents symptômes, l'accouchement ayant été difficile, et la naissance, compliquée de cyanose. Mais comment, par cette hypothèse, expliquer les *réactions sérologiques* : Wassermann partiel pour les parents, douteux pour l'enfant?

Obs. XLVIII. — D... (Amédée), trois ans, est envoyé à notre consultation pour tétraplégie spasmodique congénitale, microcéphalie et idiotie. Il est né dans des conditions difficiles. Cette cause obstétricale n'est pas la seule à incriminer. En effet, on constate à l'examen somatique : 1° des dents suspectes, non seulement des malformations : spina bifida, luxation bilatérale des hanches, faisant penser à l'hérédo-spécificité; 2° une *ostéo-périostite spécifique des cubitus*, affirmée par M. Lamy.

Obs. XLIX. — L... (Simone), quatre ans, est atteinte d'hémiplégie gauche avec strabisme interne, agitation et retard intellectuel. Sans doute, elle a été victime de traumatismes obstétricaux, l'accouchement ayant été long et difficile, mais comment expliquer ainsi les *réactions fortement positives pour le sang maternel*, et *moyennement positives pour le sang de l'enfant?*

Obs. L. — Voici un enfant, G..., cinq ans et demi, qui nous est adressé pour retard intellectuel et troubles du caractère qu'*a priori*, on pourrait attribuer aux difficultés obstétricales : il est né, en effet, à la suite d'une application de forceps. Mais 1° *les deux grands-pères sont syphilitiques*; 2° *l'enfant a présenté, à la naissance, des manifestations cutanées d'origine spécifique*; 3° *chez son frère, la réaction de Wassermann est positive pour le sang. Sous l'influence du traitement spécifique, grosse amélioration.*

Les quatre cas précédents posent un problème passionnant de pathologie générale. Les traumatismes obstétricaux doivent-ils, comme on l'admet communément, être considérés comme la cause par excellence des encéphalopathies infantiles? Nous l'avons cru longtemps. Toutefois quand nous avons, en dépouillant nos observations d'encéphalopathies infantiles, constaté que très souvent aux violences mécaniques agissant, à la naissance, sur

la tête du fœtus, s'associaient des antécédents d'hérédo-syphilis, nous avons été pris de doutes. Ces doutes se sont encore accrus, quand nous avons, en examinant nos petits malades, constaté des signes que l'on ne pouvait, en aucune manière, rattacher à un traumatisme obstétrical : malformations cardiaques, signe d'Argyll-Robertson, kératite interstitielle, éruptions précoces cutanéo-muqueuses. Ces réflexions que nous avions formulées, dès 1911, avec M. le professeur Hutinel, dans notre rapport sur la maladie de Little (*Assoc. franç. de pédiatrie*, Congrès de 1911, p. 27) et que se sont faites aussi MM. J. Voron et H. Pigeaud, de Lyon, nous autorisent à admettre que, dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles attribuées à une cause obstétricale, l'hérédo-syphilis intervient souvent. Sans doute, dans ces cas, comme nous l'avons supposé, agit-elle en fragilisant, en sensibilisant le cerveau, en rendant plus facile la production d'hémorragies traumatiques.

* * *

En manière de conclusion, nous pouvons donc admettre les propositions suivantes :

1° L'hérédo-syphilis se rencontre souvent chez les jeunes sujets atteints de troubles intellectuels ou affectifs ;

2° Lorsqu'elle existe seule, indépendamment de toute autre cause morbide, impossible de la considérer comme une coïncidence, et force est de lui faire jouer un rôle actif dans la production des accidents ;

3° Lorsqu'à elle s'associent d'autres causes, et, particulièrement, des traumatismes obstétricaux, elle intervient encore, puisque ceux-ci sont bien incapables d'expliquer certaines constatations dont celle-là rend compte pour le mieux ;

4° On peut donc se ranger à l'avis de MM. Hamel et Lopez Albo et résumer toute la discussion précédente dans cette formule dont nous ne nous dissimulons pas le caractère schématique : « Intelligence justo minor = hérédo-syphilis ».

CALENDRIER DES CONGRÈS

ET MANIFESTATIONS MÉDICALES

1930

Janvier . . . 3 janvier. Bordighera. Commémoration du séjour de Pasteur.

12 janvier. Mexico. VIIe Congrès médical latino-américain.

16 janvier. Bordeaux. Réunion d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. — Président : professeur Rocher; secrétaire général : docteur Charles Lasserre, 29, rue de Cursol, Bordeaux. — D'autres réunions auront lieu le troisième jeudi de mars, mai et novembre.

Février . . . 5 février. Panama. IIe Congrès médical pan-américain.

Mars . . . . . . Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique. — Secrét. gén. : professeur agrégé Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier.

Société d'hydrologie de Paris. Séance annuelle. — Secrét. gén. : docteur J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris (VIe).

Avril . . . . . 5-14 avril. Alger. Congrès des étudiants de France.

15-19 avril. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Alger.

LXIIIe Congrès des Sociétés savantes.

Lille. Réunion médicale franco-belge.

Paris. XIe Salon des médecins. — Président : M. le professeur Hayem; secrét. gén. : docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

Bordeaux. VIIe Congrès national de la tuberculose.

Madrid. IVe Congrès de la Société internationale d'urologie. — Secrét. gén. : Salvador Pasenal, Genova II, Madrid.

Mai . . . . 19-21 mai. Alger (Centenaire de l'Algérie française). IIe Congrès international du paludisme. — Secrét. : Institut Pasteur, Alger.

Paris. XLIIIe Congrès d'ophtalmologie. — Secrét. gén. : docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris.

26-28 mai. XVe Congrès de médecine légale.

Journées thermales de Clermont-Ferrand.

Réunions médicales de Nancy.

Juin . . . . . . XIe Réunion neurologique annuelle. — Secrét. gén. : docteur O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Brides. Journée médicale de Brides-les-Bains. — Secrét. gén. : docteur Kermorgant, Brides-les-Bains (Savoie).

28 juin-2 juillet. Bruxelles (Centenaire de l'Indépendance belge). Journées médicales de Bruxelles. — Secrét. gén. : docteur René Beckers, au *Bruxelles médical*, rue Frossard, Bruxelles.

Juillet . . . . 20 juillet. Paris. Ier Congrès international de microbiologie. — Président : M. le professeur Bordet; renseignements : docteur Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris.

21-26 juillet. Lille. XXXIVe Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. — Président : professeur Abadie (de Bordeaux); Secrét. gén. : docteur Pierre Combemale, 93, rue d'Esquermes, Lille.

26-27 juillet. Liége. Xe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. — Secrét. gén. : docteur Leroy, 30, rue Hemricourt, Liége.

29 juillet. Liége. Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

Août . . . . . . 3 août. IIe Congrès de la Société internationale pour la recherche de la sexualité.

5-9 août. Copenhague. Congrès international de dermatologie et syphiligraphie. — Secrét. gén. : M. Swend Lombholt, Raadhuspladsen, 45, Copenhague.

13 août. Oslo. VIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — Président : professeur Frölich (d'Oslo).

17-20 août. Stockholm. IIe Congrès international de pédiatrie. — Renseignements : secrétariat IIe Congrès intern. de pédiatrie, Stockholm (Suède).

Septembre. 14-18 septembre. Liége (Centenaire de l'Indépendance belge). Ve Congrès international de physiothérapie. — Président : professeur

Gunzburg; Secrét. gén. : docteur Dubois-Trépagne, 25, rue Louvrex, Liége.

15 septembre. Montréal. Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

15 septembre. Venise. Congrès de stomatologie.

Liége (Centenaire de l'Indépendance belge). XXIe Congrès français de médecine. — Président : professeur de Beco; Secrét. gén. : professeur Roskam, à Liége.

Tiflis. Congrès transcaucasien des accoucheurs et gynécologues.

Octobre... 6 octobre. Paris. XXXIXe Congrès de l'Association française de chirurgie. — Président : M. Auvray; Vice-Président : M. Lambret; Secrét. gén. : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, à Paris.

7 octobre. XXXe Congrès français d'urologie. — Président : M. M. Chevassu; Secrét. gén. : docteur O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

9 octobre. Congrès français d'orthopédie. — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris (VIIe).

15 octobre. Lisbonne. XIIIe Congrès international d'hydrologie, climatologie et géologie médicales. — Président : professeur Egas Moniz; renseignements : professeur Raposo de Magalhaes, 3, rue de Buenos-Aires, Lisbonne, ou docteur Flurin, 19, avenue Mac-Mahon, Paris.

Paris. XIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Paris. XVIIIe Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Paris. XXIIe Congrès d'hygiène. — Secrét. gén. : M. Dufaure, à l'Institut Pasteur, Paris.

Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat.

Novembre. XXXIIIe Réunion annuelle de la Société de psychothérapie.

Paris. Célébration du centenaire de la naissance de Péan.

Sans date. IVe Congrès oto-neuro-ophtalmologique, Bruxelles.

IIe Congrès national de médecine de l'Equateur-Guyaquil.

1931

Mai....... Moscou. IXe Congrès des accoucheurs et gynécologues de l'U. R. S. S. — Renseignements : Moscou, Pokrovskie Vorota, maison d'accouchement Lépékhinsky.

Août...... 31 août-5 septembre. Berne. Congrès international de neurologie. — Président : professeur B. Sachs (de New-York); Secrétaires généraux : MM. Henry Alsop Riley, 117 East 72 th Str., New-York, et Ch. du Bois, 20, Falkenhöheweg, Berne (Suisse).

Sans date. Genève. VIe Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles. — Secrét. gén. : docteur Yersin, 1, rue du Rhône, Genève.

Paris. IIIe Congrès international de radiologie. — Président : M. Béclère.

Budapest. 300e anniversaire de la fondation de l'Université.

Budapest. IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

Budapest. Congrès international de stomatologie.

Strasbourg. VIIe Congrès français de pédiatrie. — Président : M. Rohmer.

1932

Madrid. IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Président : professeur A. Garcia Tapia.

Italie. XIVe Congrès international de physiologie.

Copenhague. IIe Congrès international d'actinologie.

Espagne. IXe Congrès international de chirurgie. — Président : M. Lorthiois (de Bruxelles); Vice-Président : M. de Quervain (de Berne); Secrét. gén. : professeur Léopold Mayer (de Bruxelles).

1933

Madrid. XIe Congrès international d'ophtalmologie.

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen : 1° Pâques; 2° Noël. La Côte d'Azur, les Alpes, la Corse. — Secrét. gén. : 24, rue Verdi, Nice.

Voyages de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne : 1° Juin. Cévennes, Pyrénées (de Lamalou à Lourdes); 2° Pyrénées-Océan. — Renseignements : docteur Maurice Faure, La Malou, Hérault.

Croisière médicale en Méditerranée (centenaire de l'Algérie), 1-14 avril. — Renseignements : Apollo, 7, rue de Valois, Paris, et Messageries maritimes, boulevard des Capucines, Paris.

Croisières médicales. S'adresser au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre, et au service des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

Association française de chirurgie. (Paris, 6 octobre 1930). — Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Pancréatites chroniques.* — Rapporteurs : MM. Brocq et Miginiac.

2e *De la préparation des malades aux opérations.* — Rapporteurs : MM. Lambret et Sauvé.

3° *Spondylite traumatique (maladie de Kümmel-Verneuil).* — Rapporteurs : MM. Froëlich et Albert Mouchet.

Congrès français d'orthopédie. (Paris, 9 octobre 1930.) — Les sujets mis à l'étude sont :

I. *La coxa vara des adolescents.* — Rapporteur : M. Huc (Paris).

II. *Les paralysies obstétricales du membre supérieur.* — Rapporteur : M. André Rendu (Lyon).

Congrès français d'urologie. (Paris, 7 octobre 1930.) — Question à l'ordre du jour :

Les contusions rénales et leurs suites éloignées. — Rapporteur : M. Gérard (Lille).

IXe Congrès de l'Association internationale de chirurgie. (Espagne, 1932.) — Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes;*

2° *Traitement des suppurations intrapulmonaires non tuberculeuses;*

3° *Etat actuel de la chirurgie de l'œsophage.*

Une quatrième question sera choisie par le Comité scientifique de la Société internationale.

XXIe Congrès français de médecine. (Liége, septembre 1930.) — Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Les états hyperthyroïdiens.*

2° *Le métabolisme du calcium.*
3° *Traitement par l'insuline des états non diabétiques.*

VIIe Congrès national de la tuberculose. (Bordeaux, 1930.)
I. *Question biologique. — Le problème de la bactériologie du bacille tuberculeux.* — Rapporteurs : MM. le professeur Bezançon, les docteurs A. Philibert et J. Paraf (Paris).
II. *Question clinique. — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. le professeur Leuret et le docteur Caussimon (Bordeaux).
III. *Question médico-sociale. — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Küss (Paris), Secousse et Piéchaud (Bordeaux).
IV. *Question médico-militaire. — La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée*, par M. le médecin-major de 1re classe Pilod (du Val-de-Grâce).
V. *Conférence* sur une question d'actualité par un médecin de langue française à désigner.

XXXIVe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue françaice. (Lille, 21 juillet 1930.) — Questions à l'ordre du jour :
Psychiatrie. — « Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. » Rapporteur : M. Lamache (Paris).
Neurologie. — « Les réflexes de posture élémentaire. » Rapporteur : M. Delmas-Marsalet (Bordeaux).
Assistance psychiatrique. — « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux. » Rapporteur : M. Calmettes (Limoges).

XIe Réunion neurologique. (Paris, juin 1930.) — Sujets :
Les sciatiques. — Rapporteur : M. Henri Roger (Marseille).
La réaction de la névroglie. — Rapporteurs : MM. Roussy et Lhermitte.

IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. (Madrid, 1932.) — Cinq sujets de rapports :
1° *Rhinosclérome* ; 2° *Ozène* ; 3° *Otosclérose.*
Les deux derniers sujets sont laissés au choix du président.

IVe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. (Bruxelles, 1930.) — Questions mises à l'étude :
1° *Les paralysies laryngées.* — Rapporteurs : MM. Barré et Terracol (Strasbourg).
2° *Les troubles des mouvements associés des yeux.* — Rapporteurs : MM. di Marzio et Funtarola (Rome.)

VIe Congrès médical international des accidents du travail et des maladies professionnelles. (Genève, août 1931.) — Questions à l'ordre du jour :
1° *Les résultats tardifs et l'évolution des lésions traumatiques du rachis.*
2° *Les traumatismes des vaisseaux sanguins* (artérite et thrombophlébite.)
3° *Les infections cutanées en relation avec les accidents du travail.*
4° *Etat antérieur dans les suites des accidents du travail.*
En outre, il y aura un certain nombre de questions libres dont le sujet est laissé au choix de leurs auteurs.

Ve Congrès international de physiothérapie. (Liége, 14-18 septembre 1930.) — Questions générales qui seront traitées en réunion plénière :
1° *La question des rhumatismes et les traitements physiothérapiques.* — Rapporteurs : MM. Wierzejewski (Poznan), Van Breemen (Amsterdam), Gunzburg (Bruxelles) ;
2° *Les affections du système nerveux central justiciables de la physiothérapie.* — Rapporteur : M. Delherm (Paris).

Ier Congrès international de microbiologie. (Paris, 20 juillet 1930.) — Rapports :
La scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique). — Rapporteurs : MM. Dochez, Cantacuzène, Zlatogoroff, Friedemann, Debré.
Fièvre ondulante et avortement épizootique. — Rapporteurs : MM. Wright, M. Kristensen, Burnet, Rinjard.
Variété microbienne, phénomènes lytiques. — Rapporteurs : MM. Bordet, Max Neisser.
Pathogénie du choléra. — Rapporteurs : MM. Sanarelli, Kabeshima.
Etiologie de la grippe. — Rapporteur : M. R. Pfeiffer.
Culture des tissus. — Rapporteur : M. Carrel.
La décomposition du squelette végétal dans le sol et la formation de la matière humique. — Rapporteur : M. Winogradsky.
Conférences : *La vaccination antituberculeuse* (professeur Calmette) ; *La vaccination antidiphtérique* (professeur Ramon) ; *Syphilis expérimentale et immunité* (professeur Kolle) ; *Les lipoïdes* (professeur S. Belfanti) ; *Immunité chez les plantes* (professeur Carbone). Deux conférences sont, en outre, réservées à des bactériologistes américains.
Conférences avec démonstrations pratiques : *Sur les cultures des tissus et des tumeurs* (professeurs Borrel, A. Fisher, Canti) ; *Sur des sujets de parasitologie* (professeurs Brumpt, Fülleborn, Mesnil, Nuttall).

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. (Montpellier, 29 mars 1930.) — Question à l'ordre du jour :
Les prurits et leur traitement hydro-minéral.
Deux rapports : *Les bases physiopathologiques du traitement hydrominéral des prurits* (professeur J. Margarot) ; *Le traitement hydrominéral des prurits* (docteur Jean Anglada, de la Bourboule).

Journée médicale de Brides-les-Bains. — Question à l'ordre du jour :
L'obésité.

IVe Congrès de la Société internationale d'urologie. (Madrid, avril 1930.) — Questions :
Hydronéphroses. — Rapporteur : M. Covisa (Madrid).
Infections colibacillaires. — Rapporteur : M. Perearnau (Barcelone).
Antiseptiques urinaires. — Rapporteur : M. Pulido (Madrid).

Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Montréal, 15 septembre 1930.) — Sujets à l'ordre du jour :
1° *La physiothérapie* sous tous ses aspects ;
2° *Les cholécystites.*

Congrès international de neurologie. (Berne, 31 août 1931.) — Sujets à l'ordre du jour :
Les méthodes du diagnostic et du traitement des tumeurs cérébrales.
Anatomie, physiologie et pathologie du tonus.
Les infections aiguës, non suppuratives, du système nerveux.
Le rôle du traumatisme dans la production des symptômes nerveux.

IXe Congrès des accoucheurs et gynécologues de l'U.R.S.S. (Moscou, mai 1931.) — Sujets de rapports :
1° *Obstétrique en U. R. S. S. dans les lignes générales de la protection de la maternité et de l'enfance ;*
2° *Cancer de l'utérus ;*
3° *L'avortement artificiel, source des affections de la femme.*
De plus, on recommande à l'attention des congressistes les sujets suivants :
1° *Pyélite en gynécologie et obstétrique ;*
2° *Préparation à l'opération et suites opératoires ;*
3° *Le rôle du système végétatif et endocrinien dans la biologie et la pathologie de la femme.*

INFORMATIONS

(SUITE)

Pour la section médecine. — M. le médecin commandant Toullec, professeur adjoint à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

M. le médecin capitaine Advier, du 22e rég. d'infanterie coloniale.

— A la suite du concours institué par la circulaire ministérielle n° 2015 1/8 du 18 juin 1929, a obtenu le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales :

Pour la section chimie, pharmacie, toxicologie. — M. le pharmacien commandant Ferre, professeur adjoint à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

— Sont nommés, à compter du 1er janvier 1930, dans les emplois suivants à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille :

1° Dans l'emploi de professeur agrégé de la chaire de clinique chirurgicale et chirurgie de guerre, M. le médecin capitaine Huard;

2° Dans l'emploi de professeur agrégé de la chaire de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale, M. le médecin capitaine Montagne;

3° Dans l'emploi de professeur agrégé de la chaire de clinique médicale et pathologie exotique, M. le médecin commandant Toullec;

4° Dans l'emploi de professeur agrégé de la chaire de bactériologie et épidémiologie, M. le médecin capitaine Advier;

5° Dans l'emploi de professeur agrégé de la chaire de chimie, pharmacie, toxicologie, M. le pharmacien commandant Ferre.

UN PROJET DE RECONSTRUCTION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — On sait qu'il existe un projet d'agrandissement de la Faculté de médecine comprenant la construction de nouveaux bâtiments sur un terrain de 4 hectares dans le quartier de Vaugirard.

Un nouveau projet serait à l'étude : M. Rockfeller aurait offert une somme de 150 millions pour l'édification d'un ensemble très complet sur les 11 hectares occupés actuellement par la Halle aux vins. Sa donation serait subordonnée à l'acceptation de l'Etat qui devrait souscrire une somme égale à celle offerte par M. Rockfeller; elle serait également subordonnée à une décision de la Ville qui devrait procéder, à Bercy, à une nouvelle installation de la Halle aux vins.

PROCHAINS CENTENAIRES. — On commémorera en 1930 le Centenaire de la naissance de Péan, de Léopold Ollier, de Marey et de Jaccoud.

En 1931 le Centenaire de la naissance de Félix Guyon.

ASSURANCES SOCIALES. — *L'Animateur des temps nouveaux* étudie dans un remarquable numéro spécial (22 décembre 1929) « La médecine et les assurances sociales. » A lire et à faire lire. — Le numéro 1 fr. 50. — 16, rue de Vézélay, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Amédée Puttemans (de Bruxelles), le professeur Giovanni Mingazzini, le très éminent neurologue italien, fondateur de la neurologie italienne.

NOTES POUR L'INTERNAT

RACHITISME

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

Le rachitisme est une maladie générale de la nutrition, apparaissant pendant la période de croissance des os, et caractérisée :

Cliniquement, par des déformations osseuses.

Etiologiquement, par le rôle des infections et des intoxications chroniques et prolongées de l'enfance, au premier rang desquelles il faut placer l'*hérédo-syphilis*.

De pathogénie très discutée et très intéressante au point de vue thérapeutique, le rachitisme a été successivement attribué à la carence phosphorée, à la carence calcique, à des troubles endocriniens, à la carence d'un produit sur la nature duquel on discute et qui semble être l'*ergostérol* dans la production duquel la lumière solaire joue un rôle important.

On conçoit l'intérêt du diagnostic étiologique précoce qui permettra une thérapeutique énergique et capitale pour l'avenir de l'enfant.

CLINIQUE

Début. — Il s'agit d'un enfant arrivé à la fin de la première année ou au début de la deuxième, et qui présente :

1. *Des troubles digestifs* : il digère mal, vomit, a de la diarrhée ou de la constipation, change de caractère.

2. *Des troubles de l'état général* :

Soit *amaigrissement* contrastant avec un *gros ventre*;

Soit au contraire « cachexie grasse ».

Ce début est en somme *insidieux*, latent, et après quelques semaines, parfois deux mois, le rachitisme se démasque par l'apparition de

Etat. — Tuméfactions osseuses et déformations. — I. **Les déformations osseuses.** — *a.* Les nouures costales. — Ce sont les déformations les *plus fréquentes*. Il faut systématiquement les rechercher chez un enfant qui offre l'exemple des troubles précédents. L'on trouve :

1. *Le chapelet rachitique* dans la région chondro-costale.

2. *L'évasement de la base du thorax qui est un entonnoir*.

3. La déformation du thorax par aplatissement transversal et saillie du sternum : *thorax en carène*.

b. La face. — 1. *La déformation en ogive de la voûte du palais*. — Signe qui pour certains serait dû à l'hérédo-syphilis, et sur lequel nous reviendrons.

2. *Les anomalies de la première dentition*. — Les dents poussent en retard. Elles sont cassantes, *trop espacées, irrégulièrement implantées*, et *érodées*. Ces lésions peuvent être (Marfan) punctiformes, transversales, cuspidiennes, en nappes, constituant alors la classique *dent d'Hutchinson*.

Ici encore, le rôle respectif du rachitisme et de la syphilis est variablement interprété.

c. La tête offre également un aspect très particulier :

1. *Les fontanelles sont persistantes et élargies*, surtout la fontanelle antérieure où l'on peut entendre un « souffle céphalique ».

2. *La voûte du crâne est déformée*. — Le front est bombé, olympien. Parfois l'on constate l'existence d'un *crâne natiforme*. Parfois le crâne est *aplati en arrière*. L'augmentation du diamètre transversal, la diminution du diamètre antéro-postérieur aboutissent à la *brachycéphalie* qui, due en partie au décubitus occipital, manque dans les cas légers ou tardifs (Babonneix).

3. *Le cranio-tabes d'Elsasser*, avec pour caractéristique l'extrême amincissement avec ramollissement de l'occipital parfois des pariétaux, est une lésion latente qu'il faut systématiquement rechercher. L'occiput est mou, comme parcheminé, et cette lésion encore est dans son étiologie même diversement interprétée; Deguy et Babonneix l'ont vue se produire chez un hérédo-syphilitique non rachitique.

d. Les membres seront aussi soigneusement explorés, et l'on découvrira :

1. *Au membre supérieur*, la *nouure du poignet*, bourrelet évident qu'on accentue en tirant la peau en arrière, symptôme des *plus constants* et des plus caractéristiques.

2. *Au membre inférieur*, les nouures, moins fréquentes, siègent au genou ou au cou-de-pied, mais surtout l'on décèlera les *incurvations diaphysaires* qui font que si l'enfant n'a pas marché il est bancal, s'il a marché il est cagneux avec genu valgum.

Le *tibia* est *épaissi et incurvé* en *lame de sabre*.

3. *Les fractures spontanées* sont fréquentes dans ces os très fragiles, pouvant donner lieu à un cal difforme et exubérant, ou rester sous-périostées.

L'exploration du système osseux sera toujours complété par l'*examen radiographique* qui révèle les signes suivants très caractéristiques :

Décalcification globale de l'os;

Incurvation des diaphyses et nouures et gonflement diaphyso-épiphysaires;

Signe de l'os bordé;

Signe de la frange;

Retard d'apparition des points d'ossification.

II. **Examen général du malade.** — Outre ces déformations osseuses, cet enfant a un aspect bien caractéristique; avec sa tête en *apparence* trop grosse, couverte de sueurs et parfois d'impétigo, son faux embonpoint ou au contraire sa cachexie et sa peau ridée.

Le *ventre* est gros, flasque, avec une *hernie ombilicale*.

Le foie est gros, et les troubles dyspeptiques dureront autant que le rachitisme, pouvant même lui survivre.

La *splénomégalie* et les adénopathies prouvent l'atteinte du système hémopoïétique (« ostéo-lymphatisme de Marfan ») que l'examen du sang attesterait encore en révélant l'*anémie profonde* avec *mononucléose* et *myélémie*, sans qu'il y ait de syndrome hématologique bien déterminé.

Les *urines* sont riches en phosphates de Ca et extrêmement acides, acidité due surtout à une élimination exagérée d'acide lactique.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 2. — SAMEDI 4 JANVIER 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 4 JANVIER 1930. — N° 2.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLE D'APPLICATION DE MARSEILLE. — Liste des élèves du Service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, affectés au Corps de santé des troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1929 et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille :

Promotion 1925 : *Médecins.* — MM. Pales, Le Scouezec, Jonchère, d'Anella, Moreau, Pouderoux, Roy, Michaud, Bastouil, Le Bihan, Lorre, Beaudiment, Samara, Guillermin, Carel, Pape, Baille, Richet, Castelbou, Lemasson, Ourradour, Grizaud, Baque, Le Hir, Charpentier, Morard, Guiard, Berthon, Mary, Pieraggi, Favarel, Mallet, La Balme, Proust, Letac, Parfaite, Fabry, Tregouët, Borgougnoux, Maclaud, Aulezy, Drogoz, Tereau, Taillard, Ortholan, Dot, Perrin, Lamy, Manciet, Gaugier, Boutareau, Cluzet, Cremoux, Suignard, Minier, Courmes, Franceschini, Labat-Labourdette.

Pharmaciens. — MM. Mazurie, Monglond, Demange, Auffret, Prigent, Dewannieux, Guenaff, Berthou.

ÉCOLE D'APPLICATION DE TOULON. — Liste des élèves du Service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon :

Promotion 1925 : *Médecins.* — MM. Le Breton, Billaut, Lemeillet, Chevalier, Lafferre, Legrand, de Tanouarn, Duval, Carré, Magrou, Pasquet, Chrétin, Le Merdy, Morvan, Comby, Le Gallou, Badelon, La Folie, Chabrillat, Coulonjou.

Élève rattaché à la promotion 1925 : M. Guyader, médecin de 2e classe à Toulon.

Pharmaciens. — MM. Jean, Mahoudo, Chaignon.

PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Le *Journal officiel* du 30 décembre 1929 publie un décret constituant un cadre spécial du personnel du service central de prophylaxie des maladies vénériennes comprenant un emploi de médecin par transformation de l'emploi temporaire de médecin du cadre central.

L'emploi de médecin du cadre spécial comprend trois classes dont les traitements s'échelonnent de 30 à 47.000 fr.

HOMMAGE AU SOLDAT INCONNU. — Le 26 décembre, la Fédération des médecins du front avait l'honneur de ranimer la Flamme sous l'Arc de Triomphe.

C'est le professeur Balthazard, président, qui fit le geste symbolique, tandis qu'un tambour battait le funèbre rappel.

Le docteur Landolt, président de l'Union des médecins mutilés, le docteur Jacques Forestier, président de l'Association des médecins des corps combattants, le docteur de Médeviélle, secrétaire général de la Fédération, les membres du bureau et de nombreux médecins du front assistaient à cette pieuse cérémonie.

PRIX DEVOTO. — Les élèves, amis et admirateurs du docteur Louis Devoto, fondateur et directeur de la Clinique des maladies professionnelles de Milan, ont institué un prix de 10.000 lires, biennal, international et perpétuel, accordé à l'auteur d'un travail qui apportera une solution à un point de la pathologie du travail. Les travaux admis au concours devront être écrits en italien, français, anglais, espagnol ou allemand, résumés en italien ou en français, et avoir été publiés du 1er janvier 1928 au 31 décembre 1929. Les ouvrages devront être adressés à l'Institut Lombard des sciences et lettres, via Brera, 28, à Milan.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 33e décade (21-30 novembre 1929), 1.206 décès totaux, dont 1.004 de personnes domiciliées ou

résidantes à Paris, au lieu de 1.108 pendant la décade précédente et de 1.064, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 202 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.004 décès de Paris, notons que :

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 43, au lieu de 47 pendant la décade précédente (moyenne 47).

La scarlatine a causé 2 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 106; il s'élevait à 85 pendant la décade précédente (moyenne 69).

La diphtérie a causé 10 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 94, au lieu de 85 pendant la décade précédente (moyenne 84).

« EVIAN-MÉDICAL ». — *Evian-médical*, qui vient de paraître est une nouvelle revue scientifique trimestrielle, publiée par la Société médicale d'Evian, dont les articles porteront sur les affections traitées à Evian, de pratique courante, étudiées surtout au point de vue humoral.

Le premier numéro contient une remarquable conférence « Sur la clinique de l'hypertension », par M. Ch. Laubry; « Hypertension et aortite chronique », par le professeur Merklen; l' « Etude expérimentale dans les néphrites provoquées », par MM. Desgrez et P. Régnier, conférences faites au cours des « Journées médicales d'Evian ».

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — *Cours complémentaire sur les traitements actuels de la tuberculose pulmonaire*, grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 h.

Vendredi 10 janvier. — Professeur Tanon : Hygiène individuelle et tuberculose.

Samedi 11 janvier. — Docteur Ch. Richet, agrégé : Les régimes des tuberculeux.

Vendredi 17 janvier. — Docteur Turpin, médecin des hôpitaux : Vaccinothérapie préventive par le B. C. G.

Samedi 18 janvier. — Docteur Busquet, agrégé : Les antithermiques et la tuberculose.

Vendredi 24 janvier. — Professeur Léon Bernard : Chimiothérapie de la tuberculose.

Samedi 25 janvier. — Docteur Nègre, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur : L'antigénothérapie par l'antigène méthylique.

Vendredi 31 janvier. — Docteur Halbron, médecin de l'Hôtel-Dieu : La médication tonique chez les tuberculeux.

Samedi 1er février. — Docteur Courcoux, médecin de l'hôpital Boucicaut : Traitement des troubles digestifs des tuberculeux.

Vendredi 7 février. — Professeur Sergent : Les indications chirurgicales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Samedi 8 février. — Docteur Rist, médecin de l'hôpital Laennec : Le pneumothorax thérapeutique.

Vendredi 14 février. — Docteur Guinard, directeur du sanatorium de Bligny : La technique du sanatorium.

Samedi 15 février. — Professeur M. Villaret : Indications hydrologiques et climatiques dans la tuberculose.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — Il est fait à la Clinique d'électricité médicale de la Faculté de médecine de Bordeaux un cours complet d'électricité médicale et de radiologie.

Ce cours est fait par M. le professeur Rechou, avec l'assistance de MM. Jeanneney, professeur agrégé; Mathey-Cornat, électro-radiologiste des hôpitaux; Wangerme, chef de clinique.

Il comprend une série de leçons théoriques accompagnées de démonstrations pratiques. Les cours se répartissent comme suit :

Mardi, à 8 h. 30 : Electrologie, par le docteur Wangermez.

Jeudi, à 8 h. 30 : Radiothérapie et radiumthérapie, par le professeur Rechou.

Jeudi, à 10 h. 45 : Radio-diagnostic, par le docteur Mathey-Cornat.

Samedi, à 8 h. 30 : Séances de démonstration (électro-radiologie).

Samedi, à 9 h. 30 : Diagnostic clinique des affections cancéreuses, par le professeur agrégé Jeanneney.

Ces cours ont lieu à la Clinique d'électricité médicale, annexe Saint-Raphaël, hôpital Saint-André.

HÔPITAL FOCH (62, rue Vergniaud). — M. le docteur Léon Giroux reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 12 janvier, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique et électrocardiographique.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique de l'accoucheur en clientèle. Collection « Comment guérir », publiée sous la direction de M. le docteur Ch. Fiessinger (1), par le docteur L. DEMELIN, ex-professeur à la Maternité de Paris.

Voici un nouveau volume de la Collection « Comment guérir? » Il s'agit cette fois de la *Pratique de l'accoucheur en clientèle*, par M. le docteur L. Demelin, accoucheur honoraire des hôpitaux, ex-professeur à la Maternité de Paris.

Ce livre suit les principes adoptés par ses prédécesseurs de la série. Il a pour but d'offrir au médecin praticien, — comme à l'étudiant préoccupé de répondre avec succès aux examens de doctorat — un guide simple, mais au courant de l'actualité, sans oublier les précieux enseignements d'une clinique éprouvée et sûre.

M. le docteur Demelin a donné toute l'importance qu'ils méritent, aux troubles de la contraction utérine qu'il dénomme « dyscinésies », et dont il s'est occupé à maintes reprises : ces troubles commandent tous les modes de la dystocie. Les anciens termes d' « inertie » de « contracture » sont loin de suffire et de répondre aux besoins du pronostic et de la thérapeutique. Les indications et contre-indications des médicaments dits ecboliques et antispasmodiques, l'opportunité ou les risques des opérations d'extraction dépendent de la manière dont le muscle utérin se comporte. C'est ici une analyse détaillée qui complète un paragraphe beaucoup trop restreint dans la plupart des livres antérieurement connus.

Signalons encore les article forceps, syphilis, tuberculose pulmonaire, entre beaucoup d'autres, qui montreront au lecteur le chemin parcouru à ce jour dans ces diverses voies.

Cet ouvrage conçu d'une façon très pratique qui le rend facile à consulter répond fidèlement à son titre et à sa date.

L. G.

(1) In-8, 469 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, Editions médicales N. Maloine.

REVUE GÉNÉRALE

LES SEPTICÉMIES A BACILLUS PERFRINGENS

Par P. BAIZE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les septicémies dues aux microbes anaérobies, les mieux — pour ne pas dire les seules — individualisées actuellement sont celles que détermine le Bacillus Perfringens. Ce germe provoque, en effet, par sa pullulation dans l'organisme une destruction globulaire massive, qui se traduit cliniquement par de l'ictère, de l'hémoglobinurie, un état général grave avec évolution rapidement mortelle. Ce syndrome d'ictère hémolytique aigu est assez caractéristique pour permettre le diagnostic même avant la preuve bactériologique fournie par l'hémoculture.

D'autre part, les septicémies à Bacillus Perfringens ne sont pas aussi rares que le disent les traités classiques et l'emploi systématique de l'hémoculture en anaérobiose chez nombre d'infectées puerpérales ou de sujets porteurs d'infections gangréneuses localisées en rendrait probablement la constatation plus fréquente.

En raison de leur individualité clinique bien tranchée, de leur gravité, de la possibilité de leur opposer une sérothérapie spécifique, les septicémies à Bacillus Perfringens méritent d'être bien connues. Il nous a paru intéressant d'en exposer dans une étude d'ensemble les principaux caractères cliniques étiologiques et pathogéniques.

Historique. — La connaissance des septicémies à Bacillus Perfringens est de date relativement récente.

En France, avant 1900, ce germe était considéré surtout comme un agent (et non le plus important) d'infection putride localisée : appendiculaire, pleuro-pulmonaire, otique, biliaire, génitale, etc. Cependant Demelin et Létienne (19), Bar et Belloy (6), Thoyer-Rozat (53), G. Milian (39), Mouchotte et Carton (40), Jeannin (29) signalent chez des puerpérales atteintes d'endométrite putride un aspect « spumeux » du sang et à l'autopsie un état « emphysémateux » du foie et de l'utérus qu'ils attribuent à une « septicémie gazeuse due au Bacillus Perfringens et développée pendant la vie même des malades.

Il faut attendre l'observation détaillée, si souvent reproduite de Widal, Lemierre, Abrami et Léon-Kindberg (57) pour trouver la première description française du tableau clinique si spécial des septicémies à Bacillus Perfringens, et la vérification par hémoculture du vivant même de la malade.

Pendant la guerre, on put constater la fréquence avec laquelle le bacillus Perfringens passait dans le sang de blessés porteurs de plaies putrides ou atteints de gangrène gazeuse, et chez lesquels il déterminait tantôt de simples bactériémies éphémères, tantôt de véritables septicémies, analogues à celle qu'avaient observée Widal [Fiessinger et Vignes (61), Sacquépée (64), Vaucher (67)] ou différentes dans leur aspect clinique [Lardennois et Baumel, Lévy, Cotte et Latarjet (63) Weinberg et Seguin (68)].

Après la guerre, quelques cas d'étiologie diverse sont encore publiés en France par Fiessinger, Wertheimer et J. Meyer (62), par Widal, May et Isch-Wall (76) et, plus récemment, par Teissier, Rivalier et Thurel (51), Feuillée, Mouzon et M. David (21), G. Caussade et Gluck (73) et par nous-même en collaboration avec M. Mayer (5). Vaucher et Woringer, dans leur livre sur les septicémies (3), Teissier (2), Chomé (14), V. de Lavergne, dans son excellent rapport au XIXe Congrès français de médecine (1), ont donné des études d'ensemble de la question.

Dans les pays de langue anglaise, un certain nombre de cas de septicémie à Bacillus Perfringens, pour la plupart d'origine puerpérale, ont été publiés par Brodhead (11), Cole (15), Dobbin (17), Gwynn (25), Little (37), Norris (43), Théobald (52), Wood (58), Young et Rhéa (59), ainsi que des études d'ensemble par Bangher (70), Stockes (65) et Taylor (66).

Mais ce sont surtout les Allemands qui ont étudié ces septicémies à Bacillus Perfringens, et le plus contribué à les faire connaître. Déjà Lindenthal, Westenhoffer, Bernhardt, Stadelmann avaient trouvé le Bacillus Perfringens dans certains cas de « septicémie gazeuse »; les premières observations authentiques de septicémie à Bacillus Perfringens ont été rapportées par Lenhartz en 1895 (35) et par Wendeler en 1896 (56). Il est impossible de citer tous les auteurs qui, depuis cette époque, ont publié des observations ou se sont occupés de la question; rappelons seulement les noms de Fraenkel (23), Schottmüller (47), Bingold (8), Heynemann (28), W. Simon (50), Bier, Klose, Lehmann (33) pour ne citer que les plus importants, et l'excellente revue générale de Nürnberger en 1925 (44).

Le nombre des cas authentiques, vérifiés par hémoculture, publiés dans divers pays dépasse actuellement la centaine. Il est donc possible d'étayer sur une base solide une étude d'ensemble des septicémies à Bacillus Perfringens.

Le Bacillus Perfringens. — Le Bacillus Perfringens a été décrit par Welch et Nuttal en 1892 (92) sous le nom de « Bac. Aerogenes capsulatus » et par Eugen Fraenkel en 1893 (84) sous celui de « Bac. phlegmonis emphysematosæ »; pour cette raison les auteurs anglo-américains l'appellent encore « Bacillus Welchii » et les allemands « Fränkelschen gasbacillus ». En France, le Bac. perfringens porte le nom que Veillon et Zuber lui ont donné dans leur magistrale étude de 1898 (89) et qui rappelle une de ses propriétés les plus caractéristiques.

Le Bacillus Perfringens se trouve répandu à profusion dans la nature; c'est avant tout un microbe tellurique, vivant dans la terre ou dans la vase des mares ou des cours d'eau. Il pullule au niveau des matières organiques en décomposition; il est un des hôtes normaux de l'intestin de l'homme, d'où il ne tarde pas à envahir l'organisme après la mort.

C'est un gros bâtonnet de 5 à 6 μ de longueur sur 0 8 à 1,2 de largeur, à bouts presque carrés, disposé par éléments isolés ou diplobacillaires, immobile,

encapsulé dans le pus, sporulant difficilement dans les cultures et les sérosités ; il prend énergiquement le Gram.

Inoculé au cobaye par la voie intramusculaire, il détermine d'ordinaire la mort de l'animal en vingt-quatre à trente-six heures avec production locale d'un phlegmon gazeux : peau tendue, brun-verdâtre ou rouge-violacé, crépitante, muscles partiellement digérés, baignant dans une sérosité rouge-acajou où fourmillent les Bac. perfringens.

Le Bac. Perfringens ne se développe qu'en milieu anaérobie. En gélose glucosée profonde de Veillon, il donne de petites colonies de 1/2 à 1 millimètre de diamètre, opaques, lenticulaires, à contours nets, parfois accolées en « cœur » ou en « brioche ». La gélose est *disloquée* par une abondante production de gaz. Sur bouillon glucosé à 2/1000 la culture est abondante avec fort dégagement gazeux d'odeur butyrique. L'addition dans les cultures de *sels biliaires* en faible quantité arrête le développement du Bac. perfringens.

La gélatine est lentement et partiellement liquéfiée, le blanc d'œuf n'est que peu ou pas attaqué, le lait est coagulé en vingt-quatre heures avec formation d'un caillot rétracté, spongieux, criblé de bulles.

A ces propriétés protéolytiques, le Bac. Perfringens joint un pouvoir saccharolytique énergique ; il attaque l'amidon et fait fermenter tous les sucres.

Mais son action biologique la plus intéressante, celle qui éclaire la pathogénie des septicémies à Bac. perfringens réside dans *son pouvoir hémolytique extrêmement puissant*. Ce pouvoir ne s'étend pas d'ailleurs à toutes les races de Bac. perfringens ; certaines souches, cultivées *in vitro* sur milieux au sang laquent l'hémoglobine : l'hémolyse totale de 1 centimètre cube d'hématies déplasmatisées ajoutées à 30 centimètres du culture en bouillon peut être obtenue en moins d'une heure. *In vivo*, le sang veineux des cobayes et lapins inoculés est laqué, comme l'avaient déjà constaté autrefois Guillemot, Hallé et Rist (97) et des numérations successives permettent de suivre, chez ces animaux, la rapidité de la déglobulisation.

Ce pouvoir remarquable ne semble pas dû à des toxines solubles, puisque l'injection de filtrats de cultures ne produit pas l'hémolyse (Fraenkel, Widal), mais paraît lié à l'existence de toxines adhérant aux corps bactériens eux-mêmes (Weinberg).

Mais il y a plus : l'action hémolytique est dépassée et le Bac. perfringens se montre capable *in vitro de dégrader l'hémoglobine* mise en liberté, et *de la transformer* en méthémoglobine, hématine, et en dernier lieu bilirubine, comme l'ont montré Fraenkel et ses élèves, Schumm (40), Costa et Troisier (82), Weinberg (91), Bull et Pritchett (81). Le mécanisme de cette *réduction* est encore obscur : Schottmüller et Bingold (86) supposent qu'elle est déterminée par l'hydrogène sulfuré produit par le Bac. perfringens ; mais cette production d'hydrogène sulfuré est des plus variables (Fraenkel) et d'ailleurs il n'y a jamais méthémoglobinurie dans les intoxications humaines dues à ce gaz.

Quel que soit le mécanisme de cette action réductrice la possibilité de son existence *in vivo* n'est pas douteuse ; ainsi s'éclaire la pathogénie des septicémies à Bac. perfringens : le germe, par son passage et sa multiplication dans le sang détermine une hémolyse brutale et massive qui se traduit typiquement par de l'ictère, de l'hémoglobinurie, du laquage de sang avec signes généraux graves et évolution rapidement mortelle.

Sans doute, toutes les races de Bacillus perfringens ne possèdent pas au même degré ce double pouvoir hémolytiqne et réducteur : certaines espèces ne déterminent pas d'ictère, ni d'hémoglobinurie, mais seulement des signes *d'anémie* plus ou moins profonde ; d'autres, encore plus atténuées, ne donnent lieu qu'à des états infectieux mal caractérisés, simples *bactériemies* transitoires sans signification clinique.

Nous étudierons successivement ces diverses formes en insistant surtout sur *l'ictère grave hémolytique*, aspect de beaucoup le plus fréquent et le plus caractéristique des septicémies à Bac. perfringens.

Etiologie. — Il n'existe pas à proprement parler de *septicémies primitives* à bac. perfringens (si l'on excepte les cas très rares où ce germe a pu être introduit directement dans le sang au cours d'une injection septique). Dans la règle, l'envahissement du sang par le Bac. perfringens est *toujours secondaire* à une infection lacalisée de même nature. Ce foyer, point de départ nécessaire de toute septicémie (V. de Lavergne 90) est parfois évident, mais aussi parfois si peu important qu'il passe inaperçu et qu'il faut savoir le dépister.

Sur 75 cas réunis par V. de Lavergne dans son Rapport de 1927, la septicémie à bac. Perfringens était consécutive :

A des plaies de guerre	30 fois
A la puerpéralité	30 —
A des injections thérapeutiques	10 —
A des angiocholites	3 —
Au cancer de l'œsophage	1 —
A une intervention sur le rhino-pharynx	1 —

En y ajoutant les observations postérieures à la publication de de Lavergne, ou négligées par lui, on ne modifie pas sensiblement ces proportions, si bien que, en temps de paix, *la puerpéralité reste pratiquement la grande cause de septicémies à bac. Perfringens*, celle à laquelle il faut toujours penser quand on constate le syndrome clinique si caractéristique en dehors de toute étiologie nette.

C'est pourquoi nous aurons surtout en vue dans notre description les septicémies à bac. Perfringens *d'origine puerpérale* ; aucun trait clinique essentiel ne les distingue d'ailleurs des septicémies de même nature qu'on peut observer en d'autres circonstances étiologiques.

Symptômes. — I. Ictère grave hémolytique à bac. Perfringens (f. commune des septicémies à bac. Perfringens). — *a*. Le DÉBUT est presque toujours *d'une extrême brutalité*. Lorsque la septicémie succède à un avortement criminel, ce qui est la règle, c'est souvent dans les premières heures qui

suivent les manœuvres abortives que se manifestent les symptômes initiaux; ceux-ci sont alors *contemporains de l'avortement* et c'est chez une femme qui souffre et qui perd qu'apparaissent *un grand frisson*, violent, prolongé parfois pendant plusieurs heures, de la céphalée, des vomissements, une courbature généralisée, bientôt suivis d'une élévation thermique à 40-41 degrés.

Plus rarement, après un accouchement difficile ou un avortement, un délai de trois ou quatre jours s'écoule pendant lequel la malade a pu présenter des symptômes de rétention placentaire ou d'endométrite discrète; puis les signes de septicémie éclatent avec leur brutalité caractéristique.

Quel que soit le mode de début, immédiat ou retardé, les symptômes sont d'emblée dramatiques; ils vont d'ailleurs s'aggraver d'heure en heure pour aboutir en un, deux, au maximum quatre jours, à la mort.

b. L'ÉTAT GÉNÉRAL est toujours profondément touché; dès le début, la plupart des malades sont prostrées, indifférentes, adynamiques, plongées dans un véritable tuphos; certaines présentent des phénomènes de shock impressionnants; d'autres sont agitées, délirantes [Schüler (49)]; d'autres enfin gardent un psychisme intact. Le regard est anxieux; la langue est sèche, rôtie, les lèvres sont fuligineuses; il y a constamment des nausées, des vomissements, une diarrhée bilieuse et profuse.

La température est presque toujours élevée, dépassant 40 degrés (Feuillée 40°7, Teissier 41 degrés, Widal 41°5) avec de faibles rémissions matinales, procédant parfois par accès fébriles, avec frissons et sueurs. Dans quelques cas cependant, elle ne dépasse pas 38 degrés (Nürnberger).

Le pouls est toujours extrêmement rapide, plus que ne le comporte la température, battant entre 140 et 160, petit, mou, irrégulier parfois; la tension artérielle est misérable.

Très précocement apparaît *une dyspnée* que n'explique aucune atteinte pleurale ou pulmonaire; peut-être cette dyspnée reconnaît-elle une origine toxique, il est plus probable qu'elle est sous la dépendance de l'anoxhémie qu'entraîne la destruction massive des hématies. La difficulté de l'oxygénation se manifeste encore par le refroidissement *et la cyanose* du nez, des lèvres et des extrémités, cette algidité périphérique contrastant avec l'hyperthermie centrale.

A ce syndrome *de grande toxi-infection* qui s'aggrave d'heure en heure viennent rapidement s'ajouter trois symptômes fondamentaux sur lesquels insistent les auteurs allemands et dont le groupement est presque caractéristique : *l'ictère*; *l'hémoglobinurie*; *la coloration brune du sérum sanguin.*

c. L'ICTÈRE se développe avec une extrême rapidité et peut être le premier symptôme morbide. Il apparaît d'abord aux sclérotiques, puis gagne la face et s'étend en quelques heures au reste du tégument; toutefois, il prédomine nettement au niveau du tronc et n'est guère visible aux extrémités qui sont cyaniques.

Cet ictère présente une teinte spéciale et complexe, caractéristique, mais difficile à définir, « qu'on n'oublie plus quand on l'a vue une fois » (Nürnberger). Il consiste en une coloration bronzée des téguments « mélange de cyanose et d'ictère » (Fraenkel), « amalgame de brun et de violet bleu sale » (Bingold), « couleur bronze-jaune sombre et bleue cyanotique » (Lenhartz), teinte à laquelle peut se joindre une coloration rougeâtre « peau rouge » et qui donne aux malades « un aspect effrayant » (Fraenkel). Suivant la prédominance de l'une ou l'autre de ces nuances, et suivant leur combinaison, on peut observer tous les intermédiaires depuis le jaune sale, livide, et le jaune d'or (Widal) jusqu'aux teintes cuivrée (Feuillée), gris-brun, ocre, bleu sale (Nürnberger) ou rouge-violacé (Teissier).

L'ictère des septicémies à bacillus Perfringens n'est pas toujours aussi caractéristique : dans quelques cas sa couleur est plutôt celle de l'ictère spirochétien (Baize et Mayer), voire catarrhal. Tout peut même se borner à du subictère conjonctival avec une cyanose légère limitée au nez, aux lèvres et aux extrémités. Souvent l'ictère pâlit vers la fin de l'évolution, tandis que la cyanose ne cesse de s'accentuer.

Fait capital : cet ictère ne possède *aucun des caractères des ictères d'origine hépatique* : le foie est normal, ou à peine augmenté, non douloureux; les selles restent colorées, bilieuses même; il n'y a ni prurit, ni bradycardie; et ni les urines, ni le sérum sanguin ne contiennent de sels biliaires. La rate est normale ou légèrement hypertrophiée.

En somme, l'ictère des septicémies à bacillus Perfringens se présente cliniquement comme un *ictère hémolytique*, fait que confirme l'examen du sang, et l'absence habituelle, à l'autopsie, de toute lésion grave de la cellule hépatique.

d. L'HÉMOGLOBINURIE constitue le deuxième symptôme fondamental. L'aspect des urines est d'ailleurs assez variable; leur couleur est tantôt jaune-rougeâtre, tantôt franchement rouge, parfois « porto » ou même presque noire. Cette coloration est en rapport avec la présence de l'hémoglobine et de tous les corps qui dérivent de la réduction plus ou moins complète de celle-ci : méthémoglobine, hématine, urobiline, et en dernier lieu bilirubine, qui passent dans l'urine avec elle et peuvent y être décelés par les réactions chimiques et la spectroscopie. Il est en outre fréquent de constater la présence de quelques hématies plus ou moins altérées.

Le volume des urines dépasse rarement un quart de litre et se réduit parfois à quelques centicubes difficilement obtenus par sondage.

Dans un tiers des cas, cette oligurie fait place vers la fin de l'évolution *à une anurie presque totale*, symptomatique d'une *néphrite suraiguë* liée à l'élimination massive par les reins de bacillus Perfringens que la culture des urines recueillies aseptiquement permet facilement de mettre en évidence. On constate alors, outre l'oligurie extrême, une *albuminurie massive* et la présence dans le culot de centrifugation des urines d'une véritable purée d'hématies, de microbes, de leucocytes et de cylindres.

Cette néphrite — ou même suivant Widal, le simple blocage rénal résultant de l'oblitération des

tubuli par la poussière hémoglobinique — tient sous sa dépendance *l'azotémie* signalée par la plupart des auteurs, à un taux souvent très élevé : 2g30 (Widal), 2 grammes (Feuillée), 3g50 (Baize et Mayer), 3 à 4 grammes (Chomé) (14); il ne s'agit donc pas d'une simple azotémie fébrile. D'ailleurs, dans les cas suffisamment prolongés apparaissent fréquemment *des symptômes d'urémie* : hoquet, tressaillements musculaires, vomissements sanglants, myosis, demi-coma terminal avec Cheyne-Stokes.

e. Avec l'ictère cyanique et l'hémoglobinurie (accompagnée ou non de néphrite) LA COLORATION BRUNATRE DU SÉRUM SANGUIN complète la triade caractéristique des septicémies à bacillus Perfringens. Le sang retiré par ponction veineuse se coagule mal (Feuillée), parfois pas du tout (Widal); lorsque la coagulation est possible, *le sérum exsudé reste coloré* et suivant les cas, rosé, rougeâtre, brun-châtaigne, ou même « vin de Bourgogne » (Nürnberger). Comme pour les urines, cette coloration est due à la présence de l'hémoglobine libre et de ses dérivés, et sa nuance est conditionnée par leur mélange en proportion variable (Fraenkel).

Tels sont les trois signes fondamentaux dont la constatation chez une avortée ou une accouchée permet de porter presque à coup sûr le diagnostic clinique de septicémie à Bac. Perfringens. Ils traduisent tous trois la destruction brutale et massive des hématies, destruction dont la réalité est démontrée par l'examen hématologique.

f. L'EXAMEN DU SANG révèle, en effet, de profondes modifications de la formule rouge. *Le nombre des hématies est formidablement abaissé* et peut descendre en quelques heures à 2.000.000 et au-dessous : les énumérations globulaires successives montrent la rapidité de l'hémolyse (par exemple de 1.850.000 à 1.380.000 en douze heures dans le cas de Baize et Mayer). Le taux de l'hémoglobine tombe à 50, 40 et même 30 p. 100, la valeur globulaire devenant supérieure à l'unité. Constamment, il existe des altérations morphologiqnes : anisocytose, poïkilocytose, présence d'hématies granuleuses.

La fragilité globulaire est presque toujours extrême, l'hémolyse commence dès 0,60 (Feuillée, W. Simon), et parfois dès 0,90 (Widal). Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans quelques cas la résistance globulaire est, au contraire, augmentée; chez la malade que nous avons observée avec Maurice Mayer, l'hémolyse commençait à 0,36 et n'était totale qu'à 0,20, sans que nous puissions expliquer ce fait de façon satisfaisante.

La série blanche présente aussi d'importantes modifications : il y a constamment *polynucléose*, le chiffre des globules blancs atteignant couramment 25 ou 30.000, et souvent davantage (comme dans l'observation de Widal, L. A. et L. K. où il était de 172.000) avec 85 à 90 p. 100 de polynucléaires. Presque toujours, on trouve quelques *myélocytes et hématies nucléées* (Heim), témoins de l'effort de régénération de la moelle osseuse.

g. Toxi-infection profonde; ictère-cyanique; hémoglobinurie; laquage du sang, tels sont les signes essentiels des septicémies à Bac. Perfringens. On constate, en outre, assez fréquemment, à la période terminale de l'affection, *des hémorragies* souvent multiples : petites métrorragies, melœna, hématémèses répétées mais peu abondantes (Baize et Mayer) epistaxis discrètes, purpura (Teissier, Feuillée, Marcel David, quelques auteurs allemands). C'est dans ces cas qu'on a pu noter l'augmentation du temps de saignement et le signe du lacet positif (Feuillée).

Fiessinger et Vignes ont observé dans un cas des phénomènes de *surrénalite*. On peut noter l'existence d'*épanchements pleuraux* hémorragiques (Baize et Mayer) ou franchement putrides à liquide brun-chocolat (W. Simon). La malade observée par Widal présentait des signes de *méningite* vérifiées à l'autopsie. Enfin, dans les septicémies d'origine puerpérale, les lochies sont souvent fétides, brunâtres, spumeuses; au toucher vaginal, on trouve un col mou, entr'ouvert, un corps utérin gros et sensible, signes de l'endométrite qui a servi de point de départ à la septicémie.

h. L'ÉVOLUTION est presque fatalement mortelle; l'état des malades s'aggrave d'heure en heure avec une effrayante rapidité. L'ictère s'atténue souvent vers la fin, mais la dyspnée, la cyanose, le refroidissement périphérique s'accentuent et la malade succombe par collapsus en vingt-quatre à quarante-huit heures. Quelquefois l'évolution se prolonge pendant trois ou quatre jours, l'anurie s'installe et le malade est emporté au milieu de phénomènes urémiques (W. Simon, Lehmann) ou par embolie gazeuse (Lehmann, Nürnberger).

La guérison est tout à fait exceptionnelle; néanmoins des succès ont été obtenus dans quelques cas (Weinberg et Seguin, Fiessinger, Nürnberger) par la mise en œuvre précoce de la sérothérapie anti-perfringens, associée au traitement chirurgical du foyer gangréneux. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1929)

Adaptation respiratoire du cœur. — M. Jules AMAR.

Le rapport du pouvoir hydrolysant de l'amylase du sérum de cheval aux protéines sériques. — M. BROCQ-ROUSSEU, Mme Z. GRUZEWSKA et M. G. ROUSSEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1929)

Étude biologique d'un cas de néphrite subaigu avec rétention chlorée. — MM. RATHERY et WAITZ rapportent l'observation d'un jeune sujet atteint de néphrite avec œdème et forte albuminerie 42 grammes. Ils ont pu suivre le malade pendant plus d'un mois et faire une étude biologique très complète de ses humeurs. Les auteurs discutent longuement les rapports réciproques de l'azotémie, de la chlorémie, de la réserve alcaline, de l'hydrémie et de la lipémie. Il s'agissait

en réalité de rétention chlorée avec œdème, albuminurie élevée, azotémie et hypertension, ce n'était ni une néphrite urémigène, ni une néphrite hydropigène au sens donné à ces termes.

Difficultés de diagnostic du néoplasme primitif du poumon. — MM. Jean Troisier et Monnerot Dumaine insistent sur les difficultés du diagnostic du néoplasme primitif du poumon souvent masqué par un syndrome de suppuration pulmonaire. Dans le cas qu'ils présentent, le problème était d'autant plus délicat qu'un syndrome Bravais-Jacksonien, sans hypertension cranienne, avait permis de dépister un abcès du cerveau à pneumocoques. L'autopsie révéla que cet abcès s'était développé aux dépens d'une métastase cancéreuse du même type histologique que la néoplasie bronchique primitive (type épidermoïde).

Forme pseudo-pleurétique du cancer du poumon par paralysie phrénique. — MM. Léon Bernard et Julien Marie rapportent l'observation d'une forme clinique particulière du cancer pulmonaire caractérisé cliniquement : par un syndrome pseudo-pleurétique de la base gauche; radiologiquement : par une paralysie phrénique gauche, avec surélévation considérable de l'hémédiaphragme et phénomène de Kienboëck typique.

Hypertension artérielle et lésion rénale. — M. Chevallier à propos de la récente communication de M. Aubertin pense que l'hypertension artérielle, la sclérose rénale, l'hypertrophie cardiaque peuvent être isolées ou associées et que ces différents états relèvent d'une même cause.

Infarctus du myocarde. — MM. de Massary et Boquien présentent le cœur d'un malade de cinquante-deux ans mort d'infarctus du myocarde. Les auteurs ont pu poser le diagnostic grâce à l'intensité des douleurs; douleurs intolérables dominant l'angoisse qui sont pour les auteurs caractéristiques de l'infarctus.

Syndrome abdominal grippal à forme pseudo-appendiculaire. — M. Leceplain cite quatre cas de grippe avec syndrome abdominal ayant revêtu l'aspect d'une crise appendiculaire.

Néphrite aiguë mercurielle. Etude sur les rapports de l'azotémie, de la chlorémie et de la réserve alcaline. — MM. Etienne Bernard, Caudat et Maisler rapportent un cas de néphrite suraiguë mercurielle. Les auteurs signalent l'existence d'un érythème toxique, l'anurie suivie d'une phase d'hyperazotémie pendant dix jours (5 grammes d'urée). Ils insistent sur l'importance de vomissements. En présence de la chloropénie, une crise de chloruration amena une transformation de l'état général, les vomissements cessèrent en même temps que la diurèse. Les auteurs pensent que c'est à la faveur de la rechloruration que le rein a pu améliorer son pouvoir de concentration et libérer l'organisme des déchets azotés retenus en excès.

Endocardite maligne intermédiaire entre les endocardites trombosantes et les endocardites sclérosantes. — MM. Maurice Renaud et Miget étudient un cas d'endocardite maligne dont l'histoire permet d'ajouter un anneau à la chaîne des cas qui relient les endocardites trombosantes aux endocardites sclérosantes.

Ce cas montre que les endocardites trombosantes sont loin d'avoir toujours l'allure d'une maladie aiguë. La maladie ne s'extériorise qu'au moment des poussées et souvent d'ailleurs d'une façon très discrète. La possibilité de leur guérison dépend pour une grande part de l'étendue de la lésion cardiaque et plus encore des conditions dans lesquelles se fait l'essaimage des bactéries dans les viscères. Le processus est essentiellement le même dans les endocardites trombosantes les plus malignes et dans les endocardites sclérosantes. Les conditions qui fixent le devenir de la maladie sont secondaires et dépendent surtout des réactions de l'organisme devant l'infection qui évolue soit vers la mort qui est fréquente soit vers la guérison parfaite qui est rare, ou vers une prolongation indéfinie ce qui est le cas habituel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 11 décembre 1929)

Arthrodèse extraarticulaire de l'épaule. — M. Lance estime que cette intervention est parfois indiquée et souvent préférable à la résection de l'épaule qui peut exposer en particulier à la fistulisation secondaire.

Maladie gélatineuse du péritoine. — M. Guimbellot estime qu'il ne faut pas être trop optimiste sur le pronostic des ruptures des kystes de l'ovaire et de la maladie gélatineuse secondaire possible. M. Guimbellot, à propos d'un cas personnel, signale une récidive quatre mois après l'opération. Malgré ponctions répétées et essai de traitement radiothérapique la malade finit par mourir de cachexie.

Pathogénie de l'ulcère gastrique. — M. Weiss (de Strasbourg) expose les résultats qu'il a obtenu en reproduisant des ulcères chez l'animal, en pratiquant des dérivations intestinales. Il pense qu'un enduit d'origine bilio-duodénale protège normalement les segments de muqueuse digestive à sécrétion alcaline.

Kyste rétro-péritonéal d'origine wolfienne ou péritonéale. — M. Okinczyc rapporte un cas de M. Aumont et un cas personnel de kystes situés derrière le côlon descendant. Dans son propre cas, M. Okinczyc dut réséquer un segment du côlon descendant et ferma secondairement l'anus qu'il avait créé. M. Lecène, après examen des pièces, porta le diagnostic de kyste d'origine wolfienne ou péritonéale pour le premier cas, de kyste péritonéal pour le second.

M. Okinczyc pense qu'on peut considérer trois cas : kystes séreux rétro-péritonéaux, kystes entéroïdes intrapéritonéaux, et enfin kystes périnéphrétiques, les seuls peut-être réellement rétro-péritonéaux.

M. Chevassu ne pense pas que la pyélographie puisse être utile au diagnostic entre kyste rénal et kyste rétro-péritonéal.

M. Hartmann a observé récemment un kyste du rein décelé par pyélographie.

Abcès du corps jaune, rupture, péritonite à pneumocoques consécutive. — M. Okinczyc rapporte cette observation de M. d'Allaines. Devant un syndrome péritonéal chez une jeune fille, M. d'Allaines porte le diagnostic de péritonite pelvienne et intervient par voie sous-ombilicale : pus dans le pelvis et abcès rompu de l'ovaire droit. Guérison. Le germe en cause était du pneumocoque pur.

Traumatisme des membres par air comprimé. — M. Lenormant rapporte une observation de M. Coureaud. Il s'agit d'un traumatisme des membres par air comprimé. L'ouverture d'un tube d'air comprimé entraîna chez un marin qui reçut la décharge une véritable rupture contuse de la paume et de l'avant-bras droit, avec emphysème diffus. M. Coureaud obtint un beau résultat avec conservation du membre.

Disjonction de la symphyse pelvienne sans lésions urinaires. — M. Chevassu rapporte six observations de M. Rocher (de Bordeaux). Il obtint de bons résultats par des moyens différents : synthèse, abstention, immobilisation par corset élastique serré.

M. Thierry pense que la conduite à tenir est une question de cas d'espèces.

M. Dujarier estime qu'en cas d'opération il vaut mieux employer un fil non résorbable.

M. MAISONNET estime que les disjonctions symphysaires guérissent souvent seules. Les cas graves s'accompagnent de lésions des articulations sacro-iliaques et les résultats des sutures par fils ne sont pas toujours excellents.

Fracture du trapèze avec fracture du deuxième métacarpien et de la base de la styloïde radiale. — M. SORREL présente ce cas observé chez une jeune fille; de telles lésions sont très rares.

Présentation de malades. — **Epithélioma du maxillaire supérieur traité par radiumthérapie.** — M. WORMS présente ce malade qui est resté guéri pendant dix ans, après incidents sérieux de radionécrose.

Volumineuse tumeur comprise dans le mésocôlon sigmoïde. — M. BASSET a obtenu la guérison de cette malade, dont la tumeur était vraisemblablement un fibrosarcome du mésocôlon iliaque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1929)

Sur la dispersion des bacilles paratuberculeux de la fléole inoculés au cobaye par voie péritonéale. — M. A. SAENS montre que le bacille de la fléole passe plus rapidement dans la circulation sanguine quand il est inoculé par la voie péritonéale que lorsqu'il est inoculé sous la peau, et la phase bacillémique est de plus longue durée. Cette persistance de la bacillémie paraît tenir à ce qu'un certain nombre de bacilles échappent aux réactions locales qui aboutissent à la formation de petits abcès dans l'épiploon et à la surface du péritoine.

Infection et superinfection du cobaye et du lapin par le bacille paratuberculeux de la fléole. — MM. BOQUET, L. NÈGRE et J. VALTIS. Chez les cobayes qui ont reçu sept semaiues auparavant 25 milligrames de bacilles de la fléole sous la peau, ces germes sont entraînés dans les ganglions avoisinants avec la même la même vitesse, mais en moins grande abondance que chez les témoins; en outre, la bacillémie et l'infection des organes profonds sont plus tardives.

L'inoculation intraveineuse de bacilles de la fléole détermine chez le lapin une ébauche d'immunité qui se traduit lors de la surinfection intraveineuse par un raccourcissement de la phase bacillémique et par la stérilisation plus rapide des foyers splénique, hépatique, pulmonaire et trachéo-bronchique.

Sur la dégradation du pouvoir pathogène d'une race virulente du bacille tuberculeux. — MM. L. NÈGRE, A. BOQUET et J. VALTIS ont continué les repiquages précoces tous les quatre jours de la souche bovine Vallée dont ils avaient ainsi affaibli la virulence.

Au 92e passage (un an de repiquages précoces), le lapin supporte 20 milligrammes de cette souche par la voie veineuse sans aucune lésion des organes et le cobaye 10 milligrammes par la voie sous-cutanée avec comme toute manifestation, une adénite inguinale qui s'abcède.

Les souches prélevées à différents degrés de leur affaiblissement et entretenues par repiquages sur pomme de terre glycérinée tous les mois conservent la virulence qui les caractérisait au moment où les repiquages ont cessé.

Elles ne récupèrent pas leur virulence par passages dans l'organisme du cobaye.

Syndrome hémorragique au cours d'une bactériurie à B. perfringens. — M. R. VINZENT a observé chez une jeune fille un syndrome hémorragique grave (épistaxis, métrorragies), accompagné d'hyperthermie (40-41 degrés), de céphalées et de vomissements. Cet état coïncidait avec une bactériurie intense à *B. perfringens* et *entérocoque*.

Après un traitement comportant des injections répétées de sérum anti-perfringens et l'alimentation au foie de veau, les hémorragies cessèrent rapidement, la température redevint presque normale, le *B. perfringens* disparut de l'urine. L'entérocoque, seul, persista encore deux mois. La malade hébergeait, en outre, des trichocéphales qui résistèrent à un traitement antihelminthique.

M. WEINBERG qui présente la communication de M. Vinzent insiste sur le fait intéressant que la malade, tout en présentant de nombreuses hémorragies n'a pas été atteinte d'hémoglobinurie.

Ce phénomène peut être expliqué de deux façons. D'une part, l'hémoculture a donné un résultat négatif, ce qui indique l'absence de bactériémie. D'autre part, expérimentalement, le *B. perfringens*, injecté par voie veineuse, provoque de l'hémoglubinurie et une congestion intense qui peut conduire à la rupture des capillaires sanguins et à l'hémorragie.

L'observation de M. Vinzent fait penser que ces deux lésions sont provoquées par deux toxines différentes. Dans le cas rapporté, seule la toxine congestive était en cause. Cette dernière hypothèse est d'autant plus plausible qu'on connaît beaucoup de cas de dissociation de toxines microbiennes pour différentes souches de la même espèce.

La tension superficielle des urines chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. R. GOIFFON et R. BIASCO ont étudié la tension superficielle à l'aide de la méthode dite de la lame. En mesurant cette tension à des concentrations différentes de l'urine, on peut construire des courbes caractéristiques des urines normales et des urines hépatiques. Or les urines des tuberculeux pulmonaires, même quand elles contiennent une grande abondance d'urobiline, donnent le plus souvent des courbes parfaitement normales.

Sur le mécanisme de l'inactivation des toxines par les aldéhydes. — M. Léon VELLUZ démontre que l'action neutralisante des aldéhydes paraît liée à des réactions de condensations moléculaires dans les milieux toxiques. Ces réactions ne doivent porter que sur les protéides inertes de ces milieux. Les éléments toxiques perdent leur activité par un mécanisme comparable à celui de l'empêchement stérique.

Cette hypothèse trouve un appui dans les propriétés, déjà acquises, des anatoxines (spécificité primitive conservée, plus grande stabilité vis-à-vis des agents physiques ou chimiques). L'auteur montre, en outre, que si on utilise une aldéhyde-phénol, telle que l'aldéhyde salicylique, le phénomène de neutralisation est rapide et s'accompagne d'une floculation. Le rôle des fonctions phénoliques dans certaines réactions de condensations (résines artificielles) semble donc justifier l'interprétation de l'auteur.

MM. M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. PATEL, grâce à la technique qu'ils ont récemment publiée, ont étudié expérimentalement les variations de la pression rachidienne provoquées par les injections intraveineuses d'adrénaline et d'acétylcholine.

L'adrénaline détermine une hypertension rachidienne parallèle et synchrone à l'hypertension carotidienne. L'acétylcholine entraîne d'abord une hypotension faible suivie très rapidement d'une hypertension marquée mais non durable. Les auteurs ne peuvent encore préciser les causes de ces variations tensionnelles.

MM. M. LOEPER, A. LEMAIRE, et J. PATEL, en inscrivant simultanément la pression du liquide céphalo-rachidien et la pression veineuse dans le bout céphalique de la jugulaire externe, montrent que l'hypertension rachidienne provoquée par l'adrénaline est parallèle et synchrone à l'hypertension veineuse. La première est sous la dépendance sinon exclusive du moins incontestable de la seconde.

Circulation du bismuth dans l'organisme. — MM. C. LEVADITI, Y. MANIN et A. HOWARD. Le bismuth liposoluble,

administré par voie intra-musculaire, se dérobe progressivement, pour se répandre dans l'ensemble de l'organisme et s'éliminer soit par la muqueuse intestinale, soit par l'émonctoire rénal.

Quelle est la teneur bismutique du sang au cours de cette résorption progressive du Bi-liposoluble et de la surcharge métallique également progressive du tissu rénal? — Il résulte des recherches actuelles qu'au fur et à mesure que le Bi-liposoluble, administré par voie intramusculaire, se résorbe *in situ*, le rein s'enrichit en bismuth, alors que la concentration métallique du sang reste constamment faible. L'émonctoire rénal joue le rôle d'un condensateur appelé à régler le potentiel bismuthique du sang.

La teneur du rein en bismuth traduit fidèlement le degré de l'activité curative et préventive de cet élément, considérée à un moment donné, entre l'administration du médicament et son élimination intégrale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1929)

Céphalée d'origine nasale à forme otalgique. — M. REVERCHON. A l'occasion d'une observation, l'auteur, après avoir étudié l'histoire des céphalées, d'origine nasale, fait ressortir leurs caractères communs : douleurs paroxystiques non améliorées par les nervins ordinaires; terrain constitutionnel spécial, etc.

L'étude des connexions du ganglion sphéno-palatin permet de comprendre le mécanisme de l'otalgie d'origine nasale. Le ganglion n'est pas un centre nerveux; c'est le lieu de passage de fibres émanées de la muqueuse nasale qui gagnent par l'intermédiaire du grand nerf pétreux superficiel le ganglion géniculé.

L'étude du « facial sensitif » et de la zone de Ramsay-Hunt, reprise par les auteurs américains Lansell et Penton permet de comprendre « la zone de projection » de la douleur à la région auriculaire en cas d'irritation mécanique ou infectieuse de la muqueuse pituitaire.

Orchi-épididymites aiguës tuberculeuses. — M. VINCENT. Deux observations d'orchi-épididymites tuberculeuses consécutives, l'une à une blennorragie, l'autre à une cystite aiguë que le traitement guérit sans suppuration. Dans les deux cas, présenee de bacilles de Koch dans les urines. L'auteur insiste sur la nécessité d'un examen méthodique et complet pour dépister ces formes aiguës tuberculeuses.

Kystes épidermoïdes de la paume de la main. — M. VINCENT. Malade présentant à la main droite, au niveau de la tête métacarpienne de l'annulaire, une tumeur du derme; à la main gauche, au niveau de la tête du deuxième métacarpien, une tumeur analogue en voie de suppuration.

Ablation facile. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de kystes épidermoïdes. L'origine de ces tumeurs doit être rattachée à un traumatisme professionnel.

Syndrome neuro-anémique avec psychose ayant simulé une compression médullaire. — M. A. BERNARD. Femme de soixante-cinq ans présentant des douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs; troubles psychiques, déficit de mémoire, hallucinations visuelles; fièvre modérée.

L'étude de cette malade par ponction lombaire, ponction sous-atloïdo-occipitale, injection de lipiodol, a montré qu'il ne s'agissait pas de compression médullaire. Un examen du sang a révélé une anémie pernicieuse. Mort par pneumonie.

Il s'agissait d'un syndrome neuro-anémique s'accompagnant de troubles psychiques et nerveux assez accentués.

Sur le déclenchement de la montée laiteuse. — MM. FAVREAU et LAMELIN. Chez une femme à terme, ayant subi l'hystérectomie subtotale après césarienne, les auteurs ont essayé l'extrait hypophysaire pour provoquer une montée laiteuse. Ils n'ont pas abouti. Cette femme, excellente nourrice après ses accouchements antérieurs, n'a présenté aucun développement des glandes mammaires, ni aucune sécrétion.

Ils concluent au rôle certain du tractus génital après l'accouchement pour déclencher la montée laiteuse. Mais ils ne peuvent donner d'opinion formelle sur l'action de l'extrait hypophysaire parce qu'ils ne l'ont employé qu'à des doses relativement faibles.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1929)

Trombose de l'artère mésentérique inférieure. — MM. AUGÉ, JANBON et BALMES.

Considérations cliniques sur la fièvre de Malte. — MM. VEDEL et VIDAL ont rassemblé les cas de fièvre de Malte qu'ils ont pu observer depuis 1920, et en ont étudié les apparences cliniques diverses. Ils insistent tout particulièrement sur les manifestations respiratoires qui peuvent, dans l'évolution de l'affection, occuper une place prépondérante. Leurs constatations leur permettent d'attribuer à la fièvre de Malte, dont la fréquence augmente très sensiblement, une symptomatologie beaucoup plus riche et bien plus expressive que celle qui lui est communément accordée.

Echec du traitement hépatique chez deux malades présentant un syndrome anémique grave. — MM. VEDEL, VIDAL et GONDARD rapportent deux observations d'anémie splénique secondairement associée dans un cas à une leucémie lymphoïde. Ils ont enregistré un double échec du traitement hépatique; son inefficacité totale ne peut être expliquée par une indication thérapeutique mal posée, les auteurs rappellent en effet plusieurs exemples d'anémies spléniques améliorées ou guéries par la méthode de Whipple; par contre, des anémies du type Rierner qui sont considérées comme l'indication de choix de la méthode se sont montrées dans plusieurs cas rebelles à ce mode de traitement. Il est à noter que l'échec constaté est indépendant de la modalité adoptée dans l'administration thérapeutique du foie (foie en nature ou extraits hépatiques). Les auteurs insistent sur le fait que ces insuccès, qui demeurent peu fréquents, ne sauraient amoindrir la valeur d'une méthode qui leur a donné par ailleurs de remarquables résultats.

Fièvre de Malte et gonacrine. — M. FONTANEL-GOUELL (de Perpignan) a traité, après échec d'un stock-vaccin, un cas de fièvre de Malte récente, successivement par la gonacrine, à doses progressives et par l'autohémothérapie. Cette dernière thérapeutique a entraîné une chute immédiate et définitive de la courbe thermique. L'auteur se demande si l'administration préalable de gonacrine n'a pas eu en l'occurence une action préparante.

Goitre bénin métastatique. (*Présentation de pièces.*) — MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et J.-M. BERT.

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1929)

Troubles trophiques graves du pied droit, consécutifs à une section du nerf sciatique par plaie de guerre. — MM. ESTOR et E. LAFOURCADE.

Varicelle et zona. — M. H. ESTOR rapporte un cas de varicelle très nette ayant évolué chez un nourrisson de six mois

et demi. Or, on connaît la rareté extrême de cette maladie avant l'âge de deux ans. Mais une personne de l'entourage immédiat de l'enfant avait présenté peu de jours auparavant un zona intercostal gauche tout à fait typique.

Sans vouloir tirer de cette observation aucune conclusion formelle, l'auteur rappelle à ce sujet les très nombreuses discussions sur l'identité d'origine du zona et de la varicelle, la relation entre les deux maladies ayant paru nette dans le cas rapporté.

Pneumonie franche au niveau d'un poumon collabé. — M. R. Amat (de Saint-Jodard).

Trois cas de mastoïdite d'emblée avec complications rapides et graves au cours d'otites moyennes aiguës. De l'utilité de la paracentèse du tympan dans l'otite moyenne aiguë. — M. Taviani (d'Ajaccio).

Cancer du rectum avec métastases cutanées. — MM. Lapeyrie, Lonjon et H.-L. Guibert.

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1929)

Quelques résultats de malariathérapie dans la paralysie générale. — MM. Billet et Campionet.

Le traitement chirurgical des tumeurs malignes du sinus maxillaire. — MM. J. Terracol et J. Caderas. Présentation d'une malade atteinte d'épithélioma du sinus maxillaire et opérée par voie transmaxillo-nasale combinée à une ablation du plateau palato-dentaire.

Exposé des directives actuelles du traitement « à la demande des lésions ».

Torsion utérine par un volumineux fibrome. (*Présentation de pièces.*) — M. L. Marchand.

Enclavement dans le canal hépatique d'un volumineux calcul. Cholécystectomie. Cholédocotomie. Guérison. — M. L. Marchand. Une femme de soixante-quatre ans présente un ictère chronique avec phénomènes douloureux au niveau du carrefour sous-hépatique. L'intervention révèle l'existence d'un volumineux calcul obstruant le canal hépatique un peu avant le confluent cystico-hépatique. Extirpation de la vésicule; extraction du calcul; suture du canal hépatique sans drainage. Guérison rapide avec suites opératoires normales.

PRATIQUE MÉDICALE

LA STIMULATION CARDIAQUE ET RESPIRATOIRE DES NOUVEAU-NÉS ASPHYXIQUES PAR LA CORAMINE (1)

Par le docteur Pouget.

L'action cardio-tonique de la coramine s'apparente de très près à celle de l'huile camphrée et se traduit par une vive stimulation de la contraction systolique avec relèvement de la pression sanguine et accroissement de l'amplitude respiratoire. Sa faible toxicité et sa grande tolérance permettent de l'utiliser à doses progressivement croissantes jusqu'à obtention de l'effet recherché. L'auteur l'a utilisée plus particulièrement chez les nouveau-nés à terme et les prématurés

(1) *Bull. méd.*, 4-7 juillet 1928.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Billets d'aller et retour spéciaux, valables quinze jours pour les principales stations de sport d'hiver de la Savoie. — Du 15 décembre 1929 au 15 mars 1930, des billets d'aller et retour spéciaux de 1re et 2e classes, valables quinze jours, sont délivrés par les principales gares P.-L.-M. pour Chamonix-Mont Blanc, Saint-Gervais-les-Bains-le-Fayet, Sallanches-Combloux-Mégève et Aix-les-Bains-Mont-Revard.

La validité de ces billets peut être prolongée deux fois de huit jours.

Les billets pour Chamonix-Mont-Blanc, Saint-Gervais-les-Bains-le-Fayet, Sallanches-Combloux, permettent aux voyageurs de s'arrêter, à l'aller ou au retour, à chacune des stations situées sur leur itinéraire et pour lesquelles des billets de même nature sont délivrés.

débiles, à la dose de xx à xxxv gouttes par jour, en quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Il a pu ainsi guérir très rapidement des enfants atteints d'accidents convulsifs avec cyanose et crises épileptiformes, vraisemblablement spécifiques, des prématurés en couveuse adynamiques, des athrepsiques avec sclérème. Il estime la coramine bien supérieure à l'alcool, à la caféine, aux injections d'éther que l'on a coutume d'administrer alors, et à l'huile camphrée que le nouveau-né supporte mal. L'administration buccale du produit le rend facilement maniable dans tous les cas, les résultats sont rapides, et l'on n'a jamais noté d'effets secondaires nocifs.

CHRONIQUE

LA SITUATION SANITAIRE EN FRANCE

La situation sanitaire de la France vient d'être exposée par M. Landry, député de la Corse, ancien ministre, dans un rapport très substantiel et très complet, présenté à la Chambre des députés, au nom de la Commission des finances chargée d'examiner le projet de loi portant fixation du budget du ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale (exercice 1930).

M. Landry ne s'est pas contenté de dresser le bilan de notre armement sanitaire; il a indiqué pour chaque question, les mesures que commandent les conceptions techniques modernes, mises au point par l'expérience administrative.

Le budget du ministère du Travail de 1930 présente, par rapport à celui de 1929, une augmentation de plus de 524 millions. Mais ce sont surtout les services d'assistance qui en bénéficient; en effet, l'augmentation accordée aux services d'hygiène, c'est-à-dire à la prévention des maladies sociales, n'est encore que de 31 millions.

L'étude de la morbidité et de la mortalité est assez malaisée à poursuivre en France, par suite de l'absence ou de l'imprécision des déclarations. Toutefois, la proportion des maladies que l'on peut considérer comme évitables dans une certaine mesure, telles que la tuberculose, la syphilis, les affections du jeune âge, est considérable.

Pour l'année 1927, le taux de notre mortalité est de 165 p. 10.000 habitants. La France figure ainsi parmi les pays dans lesquels la proportion des décès est la plus élevée (après le Japon, l'Espagne et la Hongrie).

C'est surtout entre douze et cinquante ans, et pour le sexe masculin, que la mortalité française est anormalement élevée.

Les maladies à combattre sont ensuite passées en revue par le rapporteur du budget de l'hygiène, qui montre que la lutte contre les *maladies épidémiques* pourrait être aussi efficace en France qu'à l'étranger. Il suffirait d'obtenir la collaboration des médecins praticiens en instituant la déclaration de médecin à médecin, de réaliser l'isolement précoce du malade et une judicieuse application des mesures de désinfection, de faciliter la vaccination et la recherche des porteurs de germe, et de créer le Bureau central des renseignements épidémiologiques si souvent réclamé.

La *tuberculose*, qui tue en France plus de 100.000 personnes par an (plus de 10 p. 100 de la mortalité générale), doit être plus activement combattue par une meilleure organisation du dépistage (c'est-à-dire par la multiplication de dispensaires confiés à des médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle); par l'isolement *immédiat* de tous les malades dans des hôpitaux-sanatoriums; par l'assistance plus complète aux tuberculeux et à la famille. Il conviendrait enfin de doubler notre armement hospitalier en ajoutant 20.000 lits nouveaux à ceux que nous possédons déjà.

La *syphilis* apparaît comme un fléau tout aussi redoutable. On peut estimer qu'elle tue chaque année 80.000 individus, qu'elle provoque 40.000 avortements, et cause « in utero » la mort de 20.000 enfants.

C'est aussi un des fléaux contre lequel nous sommes le mieux armé. Un effort remarquable a été réalisé; depuis 1916 1.396 services ont été créés, qui ont donné, en 1928, plus de 2 millions de consultations et pratiqué plus d'un million d'injections thérapeutiques.

On s'est occupé, en outre, de la surveillance de la prostitution et des travailleurs étrangers; de la lutte contre les charlatans; d'assurer des soins aux marins; de mener une active propagande par les moyens les plus modernes.

M. Landry constate que l'on recueille déjà les fruits de cette action, puisque le taux de la mortinatalité pour 10.000 naissances est tombé de 444 en 1913 à 375 en 1927, ce qui prouve que cet effort doit être intensifié avec la collaboration des médecins praticiens, et notamment par l'extension des services ruraux au cabinet du médecin.

Contre *le cancer*, on doit multiplier les centres de dépistage et intensifier la propagande.

Mais, c'est *la mortalité infantile* qui, à l'heure actuelle, constitue le plus grand péril. Pour le combattre, il faut tout d'abord aider et protéger la mère, lui assurer tout le repos nécessaire pendant la grossesse, multiplier les consultations prénatales, créer des maisons maternelles.

Quant à la protection de l'enfant, elle devra surtout s'exercer à domicile autour des centres cantonaux, et grâce à la collaboration du médecin praticien et de l'infirmière d'hygiène sociale. C'est à ce prix que l'on pourra espérer diminuer le taux de notre mortalité infantile qui est de 83 p. 1.000 (alors que celui de la Nouvelle-Zélande est de 39 p. 1.000). Le simple abaissement du taux de notre pays au niveau de celui de l'Angleterre (70 p. 1.000) correspondrait à un gain annuel de 40.000 enfants.

La protection doit s'étendre à l'enfant d'âge scolaire et au jeune soldat. Ainsi s'agrandira progressivement le domaine de la médecine préventive qui offre au médecin un champ d'activité si vaste.

Par une propagande de plus en plus intensive, on instruira l'individu, et on lui fera comprendre tout l'intérêt des examens médicaux préventifs répétés.

La réalisation de ce programme implique une réorganisation des services, une centralisation aussi complète que possible, la consécration de certaines organismes d'animation, tel que l'Office national d'hygiène sociale, la multiplication des Offices départementaux, qui assurent la coordination des efforts des œuvres privées et des services publics, et la constitution d'un corps de médecins hygiénistes dont l'action de dépistage appelle tout naturellement, dans la plupart des cas, l'intervention thérapeutique du médecin praticien.

Les sacrifices budgétaires que comporterait la mise en œuvre de ce plan sont peu considérables. Un meilleur aménagement des crédits permettrait de restreindre les dépenses; en tout cas celles-ci seraient hors de proportion avec l'étendue des bienfaits que l'on pourrait attendre d'une réorganisation de notre armement sanitaire, basée sur la collaboration des médecins hygiénistes spécialisés avec les médecins praticiens.

Telle est la conclusion de l'intéressant rapport, dont nous venons de donner une courte analyse. L.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Tuberculose pulmonaire. Guide du malade et du prédisposé, par le docteur Jacques Stéphani DE MONTANA. Un volume in-8 carré, avec 26 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Payot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)


CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION
ARTÉRIELLE _ INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIE _ VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS
Laboratoires
WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS
CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ
CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION
GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE
PUB. PICARD

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Sont maintenus pour l'année 1930 : comme président du Conseil d'hygiène publique de France, M. le professeur Léon Bernard; comme vice-présidents, MM. les professeurs Pouchet et Termier.

COMMISSION DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Sont nommés membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes : MM. Paul Blum, Paul Chevallier, médecins du dispensaire de salubrité à la Préfecture de police ; Mlle Delagrange, directrice, et M. de Joannis, conseiller technique au bureau central des infirmières; MM. Margarot, professeur de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine de Montpellier; Vigne, professeur de dermato-syphiligraphie à l'Ecole de médecine de Marseille.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Pourtau (de Taroudant).

M. Reboud, interne des hôpitaux de Lyon.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Chantepie (de Tronget), Esnault (de Clavières), le médecin de la marine de 2e classe Martin.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Abrial (du Puy), Lhuillier (de Nantes), Chalier, Bertoye, Barbier et Sédalian (de Lyon), Pélissier (de Champagne-au-Mont-d'Or), Camus (de Paris).

Mlle Pesqué, interne des hôpitaux de Toulouse; Etienne-Martin, interne provisoire des hôpitaux de Lyon; Barral, interne des hôpitaux de Lyon.

M. Pichat, externe des hôpitaux de Lyon; Mlle Barthel, externe à l'hôpital Trousseau, à Paris; Mlle Rogier, externe à l'hôpital Broca, à Paris.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour le poste de directeur de l'Office d'hygiène sociale et de médecine préventive en Tunisie sera ouvert à l'Office national d'hygiène sociale dans la deuxième quinzaine de février (la date exacte sera indiquée dans un deuxième avis).

Ce concours aura lieu devant un jury placé sous la présidence de M. le président du Conseil supérieur d'hygiène publique et composé :

1° D'un représentant de M. le ministre des Affaires étrangères;

2° D'un représentant de M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales;

3° D'un inspecteur général des services administratifs;

4° D'un représentant de l'Institut Pasteur;

5° D'un représentant du gouvernement du protectorat français en Tunisie.

Pour se présenter au concours les candidats devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou Tunisien;

2° Avoir le diplôme d'Etat de docteur en médecine conféré par une Faculté française;

3° Ne pas être âgé de moins de 30 ans ni de plus de 45 ans (cette limitation n'étant pas opposée aux candidats appartenant déjà à l'administration du Protectorat).

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction générale de l'Intérieur à Tunis.

La liste d'inscription sera close le 10 février 1930.

Les candidats déposeront en même temps que leur demande :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur;

3° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

5° Pièces établissant les états de services militaires et la situation militaire présente;

6° Exposé des titres, travaux et services;

7° Un exemplaire des principales publications;

8° Engagement, en cas de nomination, de se consacrer exclusivement à l'emploi sollicité, de ne pas faire de clientèle à quelque titre que ce soit; engagement de ne pas chercher de mandat public en Tunisie et de ne se mêler en aucune façon à la politique locale;

9° Adresse où la correspondance relative aux résultats du concours devra être envoyée.

Avantages matériels. — Fonctionnaire de l'Etat tunisien : échelle des traitements, 37.000, 39.500, 48.000 fr. (ces traitements sont ceux accordés en France aux directeurs départementaux dépendant du ministère des Finances). Plus majoration tunisienne du tiers.

Indemnité de résidence : 600 fr.

Indemnité de logement : 6.000 fr.

Indemnité de déplacement : 42 fr. par jour pour tournées de service.

Facilités de circulation : gratuité du transport en 1re classe sur les chemins de fer tunisiens. Indemnité kilométrique pour les déplacements en automobile, calculée de façon à permettre le remboursement des frais.

Congé annuel d'un mois.

Voyage de Tunis à Marseille et retour en 1re classe payé tous les deux ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. CLERC.) — Sémestre d'hiver, deuxième série (janvier-février). — M. Aubertin, agrégé : Maladies du sang (pathologie du globule rouge; affections hémorragipares).

M. Henri Bénard, agrégé : Maladies infectieuses.

M. Henri Bénard commencera ses leçons le lundi 30 janvier 1930, à 18 h.. et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Aubertin commencera ses leçons le mardi 14 janvier 1930, à 18 h., et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — COURS PUBLICS ET GRATUITS (hiver 1930, salle des conférences de l'Ecole). — *Anatomie pathologique bucco-dentaire*, par M. le professeur agrégé Oberling.

Le mercredi 8 janvier, à 18 h. : But et méthodes de l'anatomie pathologique. Les grands processus morbides. Dégénérescences, inflammation et tumeurs.

Le mercredi 15 janvier, à 18 h. : Rappel de la structure de la muqueuse buccale. Introduction à l'étude des stomatites.

Le mercredi 22 janvier, à 18 h. : Les principales formes étiologiques des stomatites.

Le mercredi 29 janvier, à 18 h., par Mme Laborde : Généralités sur le cancer.

Le mercredi 5 février, à 18 h. : Les principales lésions de la langue.

Le mercredi 12 février, à 18 h. : Rappel de la structure des gencives et des dents. Troubles de la dentition.

Le mercredi 19 février, à 18 h. : La carie dentaire (*suite*).

Le mercredi 26 février, à 18 h. : Les tumeurs des mâchoires.

Le mercredi 5 mars, à 18 h. : Les examens de laboratoire (urines, sang, pus). La biopsie et son utilité dans le diagnostic et le traitement des affections buccales.

Le mercredi 12 mars, à 18 h., par Mme Laborde : Le traitement des cancers de la cavité buccale par le radium.

Pathologie dentaire, par M. le docteur Fargin-Fayolle, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie.

Le vendredi 21 février, à 18 h. : Les infections pulpaires au cours de l'évolution de la pyorrhée alvéolaire.

Le vendredi 28 février, à 18 h. : Les phlegmons d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale.

Pathologie stomatologique, par M. le docteur Rousseau-Decelle, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie.

Les vendredis 14 et 21 mars, à 18 h. : Les glossites.

NOTES DE PRATIQUE

LA LECTURE SUR LES LÈVRES ASSOCIÉE AUX EXERCICES ACOUSTIQUES CHEZ LES SOURDS

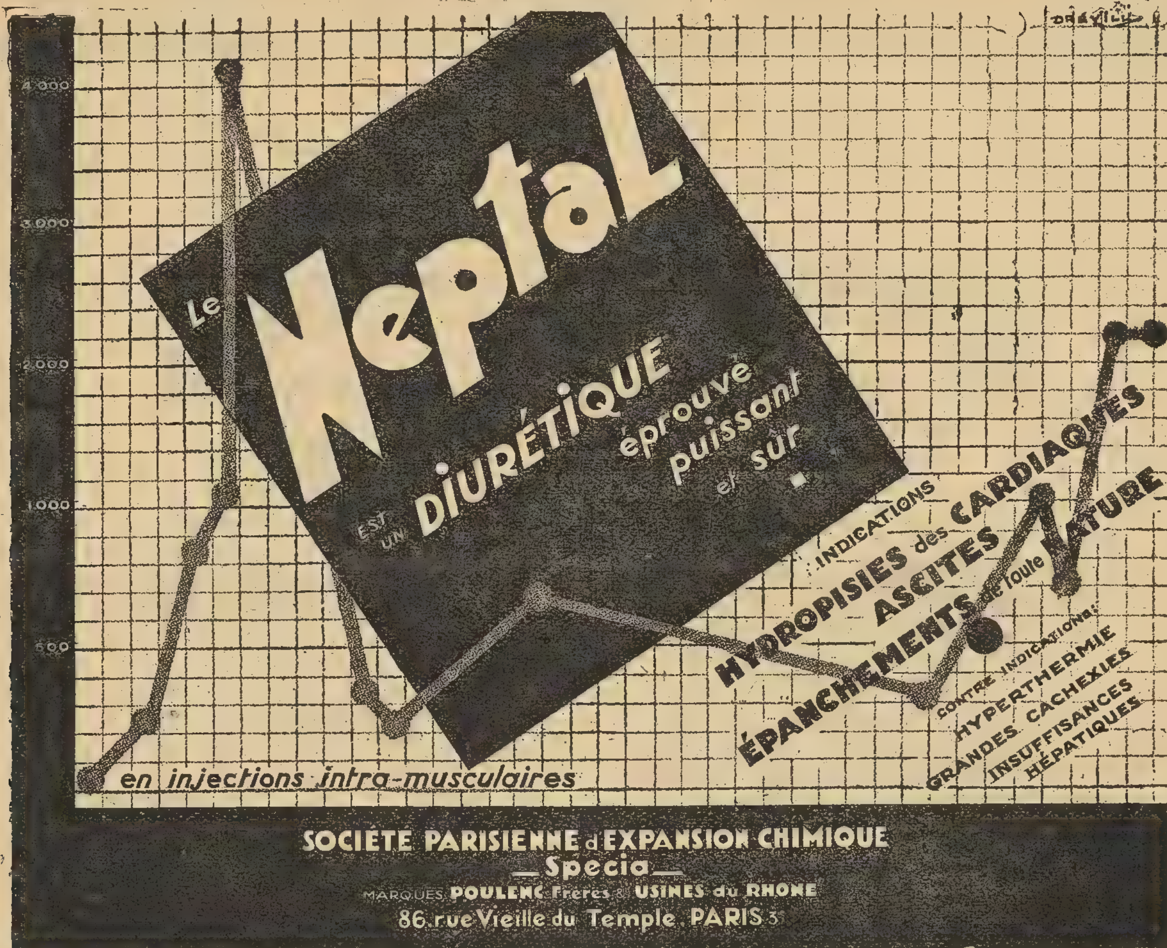
Par G. de PARREL.

La lecture sur les lèvres ne doit pas être réservée aux sourds-muets et aux sourds complets. Tous les déficients de l'audition ont intérêt à l'apprendre, parce que la totalisation mentale des impressions sonores et visuelles, même partielles, détermine une compréhension plus facile et rapide de la parole. *Ce que n'entend pas l'oreille, l'œil le perçoit et les images visuelles et auditives ainsi recueillies se complètent; la suppléance mentale comble les lacunes avec l'aide de l'attention et de l'association des idées.* Résultat pratique : le sourd comprend mieux ce qu'on lui dit.

Au Congrès d'oto-rhino-laryngologie (Paris, octobre 1929), G. de Parrel a énoncé les principes directeurs de ces exercices labio-acoustiques associés dont voici les principaux : 1° le professeur doit adapter l'intensité de sa voix au degré de surdité de l'élève, de telle sorte que ce dernier ne perçoive que quelques phénomènes au milieu d'un ensemble indistinct; 2° le débit doit être celui de la parole courante sans aucune exagération du mouvement de l'articulation; 3° la méthode synthétique est de rigueur : on procède au début par phrases simples, courtes, banales, répétées un grand nombre de fois pour en fixer le dessin labio-facial dans la mémoire de l'élève. Après cette première série d'exercices faciles, on présente des phrases plus longues groupées par sujet et enfin on se livre à une véritable conversation. C'est une langue nouvelle à apprendre et il y faut du temps, de l'attention et de la persévérance.

A l'appui de sa communication, G. de Parrel présente une sourde de naissance, âgée de vingt-cinq ans, qui grâce à des exercices méthodiques de rééducation, parle très correctement avec une voix agréable, comprend tout ce qu'on lui dit par la lecture sur les lèvres et perçoit par l'oreille à quelques centimètres la parole à voix haute.

Avant cette rééducation acoustique, phonétique et labiologique cette jeune fille ne différenciait pas les sons de la parole, elle se faisait très difficilement comprendre de ses interlocuteurs, son élocution étant très imparfaite et elle ne lisait qu'incomplètement sur les lèvres.


Le Neptal
est un DIURÉTIQUE éprouvé puissant et sûr
INDICATIONS
HYDROPISIES des CARDIAQUES
ASCITES
ÉPANCHEMENTS de toute NATURE
CONTRE-INDICATIONS
HYPERTHERMIE
GRANDES CACHEXIES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
en injections intra-musculaires
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e

AFFECTIONS CONGÉNITALES DU CŒUR
ET HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. H. GRENET.

L'importance de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des affections congénitales du cœur est assez mal précisée. La plupart des travaux sur les malformations cardiaques sont d'ordre clinique ou anatomique; les antécédents ne sont pas toujours indiqués; et d'ailleurs on ne peut faire état de cas isolés, même lorsque l'enquête est complète. Des statistiques étendues et impartiales, comprenant l'ensemble des faits observés, seraient nécessaires. Certains relevés sont établis seulement dans un but de démonstration : ainsi en est-il des cas rapportés autrefois par Edmond Fournier, et aussi de ceux qu'ont publiés récemment Babonneix et Delarue (1); la réunion d'un certain nombre d'observations, recueillies exclusivement chez des hérédo-syphilitiques, prouve nettement la réalité de l'origine syphilitique, mais non son degré de fréquence.

Il est d'ailleurs fort difficile de faire avec exactitude la discrimination des cas qui relèvent de la vérole et de ceux qui reconnaissent une autre étiologie. C'est qu'en effet on ne s'entend pas toujours sur les caractères mêmes de l'hérédo-syphilis. Les réactions sérologiques ont leur valeur habituelle lorsqu'elles sont positives; mais négatives, elles ne signifient rien, car nous savons combien la réaction de Wassermann fait souvent défaut chez des hérédo-syphilitiques avérés. D'autre part une malformation cardiaque n'est pas une lésion évolutive; c'est une lésion fixée, qui, d'ordinaire, existe indépendamment de toute manifestation virulente. Dans ces conditions, on ne peut faire le diagnostic de la vérole qu'en s'appuyant sur l'examen des parents, sur l'enquête familiale, sur la recherche de la polymortalité infantile, des avortements, de l'hydramnios pendant la grossesse, des caractères du placenta, des accidents présentés par les autres enfants, et des divers stigmates sur la valeur desquels l'accord n'est pas unanime. Aussi la plupart des auteurs admettent, avec Fournier, qu'il existe souvent « une relation étiologique vraiment peu contestable entre l'hérédo-syphilis et diverses malformations cardiaques et artérielles ». C'est l'opinion exprimée en particulier par Deguy, par Moussous et par Laubry. Leredde, Marfan, considèrent une malformation cardiaque comme un signe de présomption d'hérédo-syphilis. Mais il n'y a dans tout cela que l'affirmation d'un rôle assez généralement admis aujourd'hui. Mme Mikhaïlowski, dans son intéressante thèse sur la « fréquence de la syphilis dans l'étiologie des affections congénitales du cœur », conclut que toutes les malformations cardiaques peuvent relever de la syphilis, mais n'indique aucun pourcentage. Nobécourt déclare que l'hérédo-syphilis doit revendiquer bien des malformations cardiaques; et pourtant, dans 17 cas, il ne trouve aucun antécédent ni aucune manifestation de syphilis.

La statistique la plus importante que nous ayons relevée est due à M. de Stefano, qui, sur 32 cas, en trouve 23 dans lesquels l'hérédo-syphilis peut être considérée comme certaine, 4 dans lesquels elle est probable, et 5 pour lesquels elle paraît absente (1).

Nous rapportons aujourd'hui 18 observations. Les 13 premières ont été publiées dans la thèse récente de notre élève E. Louvet (2); nous en ajoutons 5 nouvelles. Il s'agit d'enfants examinés dans un service de médecine générale, sans spécialisation; les uns nous ont été présentés en raison d'accidents cardiaques; chez les autres, venus pour une autre cause, la lésion a été découverte au cours de l'examen. Voici le résumé de nos cas.

Observation I. — Yvonne B..., quinze ans. Rétrécissement de l'artère pulmonaire. Cyanose congénitale. Antécédents tuberculeux (mère et un frère). Aucune présomption de syphilis. Bordet-Wassermann négatif. Tuberculose pulmonaire.

Obs. II. — Suzanne R..., six ans, Souffle systolique méso-cardiaque, sans propagation transversale nette. Aucun trouble fonctionnel, à part une légère acrocyanose. Aucun stigmate de syphilis. Bordet-Wassermann négatif chez la mère et chez l'enfant. Cuti-réaction à la tuberculine négative lors des premiers examens (décembre 1928). A partir de mai 1929, fièvre continue; l'enfant entre à l'hôpital le 6 juin 1929 : à ce moment, cuti-réaction à la tuberculine fortement positive. Mort par méningite tuberculeuse le 26 juin. Mal de Pott cervico-dorsal avec abcès froid prévertébral. Le diagnostic clinique de la lésion cardiaque avait été : maladie de Roger. L'autopsie montra qu'il s'agissait en réalité d'une anomalie d'origine de l'artère pulmonaire, qui naissait à cheval sur les deux ventricules.

Aucune présomption de syphilis acquise chez les parents. La mère n'a pas fait de fausses-couches; elle a eu un autre enfant mort en bas-âge de gastro-entérite. Les grands-parents maternels ont eu sept enfants, dont cinq sont morts en bas âge, et un à vingt ans, d'une affection pulmonaire. La mère de notre malade reste seule vivante.

Obs. III. — André H... Cyanose congénitale; gros souffle systolique de la base. Enfant unique, né à terme; aucun stigmate. Bordet-Wassermann négatif chez la mère et chez l'enfant; cuti-réaction à la tuberculine négative chez l'enfant. Le malade, vu pour la première fois à l'âge de quatre mois, meurt à neuf mois. L'*autopsie* montre un cœur biloculaire; ventricule unique sans aucun vestige de cloisonnement; oreillette avec ébauche de cloisonnement; interversion des troncs artériels, l'aorte naissant au-devant d'une artère pulmonaire rétrécie dans tout son trajet; un seul orifice auriculo-ventriculaire, de type mitral (3).

Obs. IV. — Gilbert P..., quatre ans. Maladie de Roger. Absence de troubles fonctionnels; frémissement cataire systolique méso-cardiaque, à propagation transversale; petit souffle diastolique de même siège. Hyperostose interne et externe de l'occipital, constatée à la radiographie. Réaction

(1) L. Babonneix et Delarue. Lésions cardiaques congénitales en rapport avec l'hérédo-syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 26 mars 1928.

(1) De Stefano. Cardiopatie congenite e sifilide ereditaria, *La Pediatria*, 1er nov. 1920; — Contributo allo studio del rapporto etiologico fra anomalie congenite e sifilide ereditaria, *La Pediatria*, 15 janv. 1921.

(2) E. Louvet. Du rôle de la syphilis dans les cardiopathies congénitales, *Th. de Paris*, 1929.

(3) Pièces présentées à la *Soc. de pédiatrie* : H. Grenet et R. Levent, mai 1929, p. 234.

de Bordet-Wassermann négative. Enfant unique. Les parents paraissent bien portants; la mère n'a pas eu de fausses-couches.

Obs. V. — Pel..., garçon de dix jours. Cyanose congénitale. Gros souffle systolique et diastolique de la base. Né à terme. Poids actuel : 2.870. Pas de stigmates spécifiques. A eu quatre frères ou sœurs : fille morte à un mois d'accidents méningés de nature indéterminée; garçon bien portant; fille morte à quatre ans et demi de méningite tuberculeuse (contamination probable par un oncle); garçon de vingt-deux mois, bien portant.

Obs. VI. — Ginette M..., sept ans. Rétrécissement probable de l'artère pulmonaire. Entre à l'hôpital pour dyspnée, léger œdème malléolaire. Facies coloré, sans cyanose vraie. Née à terme (3 kilogr.); crises de dyspnée environ deux fois par an. Au deuxième espace intercostal gauche, frémissement cataire systolique et souffle systolique. A la radioscopie, l'arc moyen bombe fortement. La malade a un frère, qui est né à terme (poids de naissance : 2.500), ne présente pas de stigmates, et a un cœur normal. Père alcoolique, atteint de mal comitial; mère présentant un éclat parcheminé du deuxième bruit aortique.

Obs. VII. — Joseph R..., huit ans. Persistance du canal artériel. Dyspnée, tachycardie. A la base gros frémissement cataire systolo-diastolique et souffle continu à renforcement systolique, avec propagation vers les vaisseaux du cou. Pression artérielle 14,5-5. A la radioscopie, augmentation de la masse ventriculaire surtout à gauche, légère dilatation de l'artère pulmonaire, dilatation de l'aorte avec battements très amples. Enfant né à terme, augmente régulièrement de poids; absence d'appendice xyphoïde. Il a une sœur de six ans, qui présente une voûte ogivale, des irrégularités d'implantation dentaire, une absence d'appendice xyphoïde. La mère a des dents mal plantées et une voûte palatine ogivale.

Obs. VIII. — Robert B..., dix-neuf mois. Cyanose congénitale. Frémissement cataire et gros souffle systolique ayant son maximum dans le deuxième espace gauche. Né à terme (2.900). Convulsions à quatre mois; a été traité au sulfarsénol. Tête grosse avec saillie des bosses pariétales; fontanelle antérieure largement ouverte; chapelet costal; épiphyses volumineuses; déformations rachitiques des tibias; ventre ballonné. L'enfant fait successivement diphtérie, rougeole et varicelle. Mort. Mère bien portante; Bordet-Wassermann négatif; pas de fausses couches. A eu (après traitement arsenical) un second enfant bien portant. Le grand-père maternel est mort à cinquante-six ans d'une affection cardiaque; la grand'mère maternelle est morte à vingt-huit ans. Ils ont eu trois enfants : la mère du malade, et deux autres enfants morts en bas âge.

Autopsie. — Cœur arrondi; communication interventriculaire; perforation minime de la cloison interauriculaire. Atrésie de l'oreillette gauche. Aorte née du ventricule droit. Artère pulmonaire étroite, terminée en cul-de-sac, sans communication avec les ventricules (absence d'orifice pulmonaire). Persistance du canal artériel. Orifice tricuspidien normal avec traces d'endocardite récente. Orifice auriculo-ventriculaire gauche petit et muni d'une seule valvule (1).

Obs. IX. — Raymond C..., trois ans. Maladie de Roger. Souffle systolique méso-cardiaque à propagation transversale. Pas de signes fonctionnels. Voûte palatine ogivale. Incisives inférieures en forme de canines. Bosses frontales saillantes. Retard de la parole. Surdité par labyrinthite hérédo-syphilitique (examen du docteur Bloch). Adénopathie sus-épitrochléenne. Cataracte congénitale. Réaction de Wassermann et cuti-réaction à la tuberculine négatives.

La mère a eu, d'un premier mari, deux enfants dont l'un présente une voûte palatine ogivale et un nez un peu élargi à la base; — d'un deuxième mari, une fausse-couche de huit mois, puis Raymond, notre malade, puis une fille bien portante (mère traitée pendant cette dernière grossesse).

Obs. X. — Jeannine P..., neuf mois en juin 1927. Cyanose congénitale. Souffle systolique dans le deuxième espace gauche. Malade depuis sa naissance; vomissements répétés; respiration difficile. Cuti-réaction à la tuberculine négative; Bordet-Wassermann négatif. Père suspect de tuberculose (arthrite coxo-fémorale qui a évolué de façon subaiguë; pleurésie gauche). Mère atteinte d'une large perforation de la cloison nasale, considérée comme certainement syphilitique (hérédo-syphilis ou syphilis acquise) par le docteur Bloch; voûte palatine ogivale. A été traitée par des injections d'huile grise il y a trois ans. Le grand-père maternel a eu d'un premier mariage deux enfants morts en bas âge, et d'un second mariage deux enfants, dont la mère de la malade.

Obs. XI (1). — Madeleine P..., treize ans (malade suivie depuis l'âge de dix ans). Maladie mitrale. Rythme mitral caractéristique; frémissement cataire diastolique de la pointe. Orthodiagramme montrant une image de rétrécissement mitral. Un souffle au cœur a été constaté à l'âge de cinq mois. Née à terme (2 kilogr.). Difficile à élever. A marché à deux ans. Aurait eu une pleurésie à huit ans. Bosses frontales saillantes; voûte palatine ogivale; érosions en sillon des incisives médianes supérieures. Absence d'appendice xyphoïde. Cuti-réaction à la tuberculine négative.

La mère accuse des céphalées fréquentes; présente un ulcère de la face interne de la cheville droite. Père mort à quarante-trois ans de néphrite. La mère a eu douze grossesses : 1. Marcel, vingt-cinq ans, a été difficile à élever; actuellement bien portant et père de deux enfants; — 2. René, mort à neuf mois d'athrepsie; — 3. Raymond, mort à treize jours de maladie bleue; — 4. Léon, bien portant; — 5. Georges, bien portant; — 6. André, mort à treize jours; — 7. Maurice, bien portant; — 8. Paul, mort à onze mois de gangrène de la verge; — 9. Roger, mort à douze jours de maladie bleue; — 10. Albert, bien portant; — 11. Madeleine, notre malade; — 12. Robert, mort à douze jours de maladie bleue. Tous ces enfants sont nés à terme, mais petits (poids ne dépassant pas 2 kilogr.); il y avait une insertion vicieuse du placenta à toutes les grossesses.

Obs. XII. — Marcelle D..., dix ans. Rétrécissement aortique. Pas de signes fonctionnels. Gros souffle systolique rude, ayant son maximum au deuxième et au troisième espace droit. Erosions en sillons des incisives inférieures; gros tubercules de Carabelli; nez écrasé et élargi à la base; absence d'appendice xyphoïde. Bordet-Wassermann positif. Père inconnu.

Obs. XIII (2). — Ch. J..., garçon de six mois et demi, vu le 17 juillet 1927. Rythme de Durosiez caractéristique. Gros frémissement cataire à renforcement systolique. Respiration bruyante, stertoreuse, avec accès passagers de suffocation. Hernie inguinale droite avec entérocèle. Fontanelle antérieure presque soudée. L'enfant est né à sept mois et demi de grossesse. Poids à la naissance : 2.450 grammes. Gros placenta. La lésion cardiaque a été constatée dès les premiers jours de la vie.

---

(1) Pièces présentées à la *Soc. de pédiatrie* : H. Grenet et R. Levent, mai 1929, p. 234.

(1) Observation déjà publiée à la *Soc. de pédiatrie* : H. Grenet et J. Delarue. Maladie mitrale d'origine hérédo-syphilitique probable, 21 déc. 1926.

(2) Observation de H. Grenet et Delarue, déjà publiée par Babonneix et Delarue à qui nous l'avions communiquée (obs. VI de leur mémoire).

La mère, âgée de vingt-huit ans, est bien portante. Il y a deux ans, avortement spontané de deux mois. Réaction de Wassermann partiellement positive chez elle.

Obs. XIV. — Dol..., garçon, quatre ans et demi. Souffle continu de la base à renforcement systolique; léger frémissement cataire. Absence de troubles fonctionnels (persistance probable du canal artériel). Depuis trois mois, toux persistante surtout la nuit. Amaigrissement. Polymicroadénopathie. A la radioscopie, cœur légèrement globuleux par hypertrophie du ventricule gauche dont le contour est très arrondi, ainsi que celui de la pointe; saillie un peu prononcée de l'oreillette droite; point G élevé; aspect flou des contours hilaires descendant le long des bords du cœur jusqu'aux coupoles diaphragmatiques. Cuti-réaction à la tuberculine fortement positive.

Enfant unique. Père et mère bien portants ; pas de fausses-couches.

Obs. XV. — Emile Bl..., quatre ans, maladie de Roger. Enorme souffle systolique perçu sur toute l'étendue de la zone cardiaque et s'entendant à distance dans toutes les directions. Absence de signes fonctionnels. A la radioscopie, cœur énorme et globuleux ; aorte paraissant élargie, mais à contours peu nets. Le souffle avait été constaté lorsque l'enfant avait trois ans ; il a été ausculté alors, au premier jour d'un léger épisode fébrile, et avant qu'il n'ait eu aucune autre maladie. Cuti-réaction à la tuberculine négative. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Enfant né à terme (4 kilogr.); première dent à un an. Grosses bosses frontales et pariétales ; écartement des incisives supérieures; obésité.

Mère bien portante; elle a deux enfants plus âgés que notre malade, et a fait, après la naissance de celui-ci, une fausse-couche de six semaines.

La grand'mère maternelle a eu douze enfants : cinq vivants, trois morts à vingt-quatre, dix-huit et treize ans, et quatre morts en bas âge.

Obs. XVI. — Odette Cr..., quatre ans et demi. Maladie de Roger probable. Quelques crises avec pâleur et légère gêne présternale, sans perte de connaissance. Souffle systolique méso-cardiaque. Frémissement cataire. Le souffle a été constaté dès la naissance par la sage-femme : à cette époque, l'enfant devenait violette après les tétées. Retard intellectuel, comprend mal, parle à peine; strabisme convergent; insomnies; retard de fermeture de la fontanelle (elle n'aurait été complètement fermée qu'il y a six mois). Née à terme (2.500 grammes). Bordet-Wassermann négatif. A deux frères qui présentent tous deux du strabisme convergent.

La mère a eu, à l'âge de deux ans et demi, des spasmes oculaires qui ont disparu vers onze ans; et, depuis l'âge de onze ans, elle a eu quelques crises avec perte de connaissance, et une fois émission d'urines (mal comitial).

Le père est bien portant, mais il a deux frères, dont l'un est épileptique.

Le grand-père paternel a des absences, et l'on craint pour sa raison.

L'arrière grand-père paternel est mort fou.

Obs. XVII. — Pierre Ansl..., deux mois et demi. Cyanose paroxystique. Cœur globuleux. L'enfant nous est présenté le 19 octobre 1929; brusquement, deux jours auparavant, le visage, la langue et les membres sont devenus violets. Aucun signe d'auscultation. L'orthodiagramme montre un point G haut situé, une volumineuse saillie du ventricule gauche; le ventricule droit est également gros; la pointe du cœur est soulevée et arrondie (communication interventriculaire probable). L'enfant présente en outre deux orteils surnuméraires au pied droit (les deux premiers orteils sont en double). Pas d'autre malformation apparente. Asymétrie cranienne.

Né à terme (3.500 grammes), étonné (après application de forceps). Allaitement artificiel. Diarrhée légère.

Les parents paraissent bien portants ; ils n'ont pas d'autre enfant. Pas de fausses-couches. La grand'mère maternelle a eu un enfant mort-né.

Obs. XVIII. — Robert Gef..., huit ans. Maladie de Roger. Cet enfant nous est adressé par le docteur Louvet le 31 octobre 1929. Souffle systolique transversal méso-cardiaque sans troubles fonctionnels. Boiterie légère du membre inférieur gauche, avec atrophie légère des muscles de la jambe gauche, signe de Babinski à gauche ; voûtes plantaires très cambrées ; réflexes tendineux paraissant normaux. Bosses frontales et pariétales saillantes. Léger écartement des incisives médianes supérieures.

Enfant jumeau (son frère est mort à deux ans et demi de bronchite). Né à terme (2.600 grammes). Toujours délicat.

La mère, bien portante, présente un écartement notable des deux incisives médianes supérieures, et une claudication par luxation congénitale de la hanche gauche.

Ces observations se répartissent en plusieurs groupes :

1° Dans quatre cas (obs. I, II, III, XIV), la syphilis semble absente. L'observation II relate, il est vrai, la polymortalité infantile dans la descendance des grands-parents maternels : existe-t-il une syphilis de deuxième génération? C'est là une hypothèse impossible à vérifier, et dont nous ne ferons pas état.

2° Dans les observations IV, V et VI, quelques signes permettent un doute légitime : hyperostose de l'occipital chez le malade de l'observation IV; accidents méningés mortels de nature indéterminée à l'âge d'un mois chez une sœur du malade V (mais une autre sœur est morte de méningite tuberculeuse) ; dans l'observation VI, mal comitial chez le père, éclat légèrement parcheminé du second bruit aortique chez la mère (aortite possible). Ce sont là des caractères de valeur discutable; ils ne sont pas incompatibles avec l'idée de syphilis; c'est tout ce qu'on en peut dire.

3° Les signes de probabilité deviennent plus importants dans les cas VII, VIII, XV et XVII. Nous notons, dans le cas VII, l'absence d'appendice xyphoïde chez le malade, et aussi chez sa sœur, qui présente en outre une voûte palatine ogivale et une implantation dentaire irrégulière; la mère a de même une voûte ogivale et des irrégularités de la dentition; nous avons le droit de soupçonner ici, sans l'affirmer, une hérédo-syphilis de deuxième génération. Le malade VIII présente des symptômes plus précis : convulsions à l'âge de quatre mois; rachitisme avec altérations craniennes (bosses pariétales saillantes, fontanelle largement ouverte à dix-neuf mois); la syphilis est ici très probable. Dans l'observation XV, nous relevons le retard de l'éruption dentaire, l'écartement des incisives supérieures, les grosses bosses frontales et pariétales, l'obésité; d'autre part, la grand'mère maternelle a eu douze grossesses, a perdu quatre enfants en bas-âge, trois dans l'enfance et l'adolescence : syphilis très probable, peut-être de deuxième génération. Chez le malade de l'observation XVII, une légère asymétrie cranienne et l'existence d'une autre malformation (orteils surnuméraires) constituent des signes de présomption.

4° Dans les sept autres observations (IX, X, XI,

XII, XIII, XVI, XVIII), la syphilis semble certaine.

Le malade de l'observation IX présente, entre autres stigmates, une cataracte congénitale et surtout une surdité labyrinthique dont l'origine syphilitique est considérée comme indiscutable par le spécialiste.

La mère de l'enfant qui fait le sujet de l'observation X, a eu des accidents évolutifs de syphilis acquise ou héréditaire pour lesquels elle a été soumise à un traitement par l'huile grise, et qui ont abouti à une perforation de la cloison nasale. La tuberculose probable du père ne peut guère être retenue puisque la cuti-réaction de notre malade est négative. La mort en bas âge des deux premiers enfants du grand-père maternel fait penser, pour notre malade, à une hérédo-syphilis de seconde génération; ce qu'on peut affirmer en tout cas, c'est l'hérédité syphilitique.

L'observation XI, avec les multiples stigmates relevés chez la malade, avec la notion de 6 morts en bas âge et du petit poids des enfants à la naissance, ne laisse pas place au doute. On retiendra, en outre, que trois frères de la malade ont succombé à une cyanose congénitale, fait intéressant aussi bien pour marquer le caractère familial des malformations cardiaques que pour en spécifier l'origine syphilitique fréquente.

Dans les deux cas suivants (obs. XII et XIII), l'hérédo-syphilis est formellement démontrée.

Dans l'observation XVI, le retard intellectuel, le retard de fermeture de la fontanelle, le strabisme convergent qu'on retrouve chez les deux autres enfants, ne permettent guère de douter de l'hérédité syphilitique. Hérédité peut-être croisée, probablement de deuxième ou même de troisième génération, si l'on en juge par les tares relevées dans les familles maternelle (épilepsie chez la mère) et paternelle (épilepsie chez un oncle, troubles mentaux chez le grand-père et l'arrière grand-père).

Enfin dans le cas XVIII, nous relevons chez l'enfant : la gémellarité, des bosses pariétales et frontales saillantes, une monoplégie du membre inférieur gauche avec signe de Babinski, des stigmates dentaires. La mère présente des stigmates dentaires (écartement des incisives) et une luxation congénitale de la hanche. Hérédo-syphilis, probablement de deuxième génératiou.

Si nous résumons cet ensemble de faits, nous trouvons : pour 18 cas, 7 hérédo-syphilis certaines, 4 probables, 3 possibles; dans 4 cas, il n'existe aucune présomption de syphilis. La proportion que nous indiquons est inférieure à celle qui a été trouvée par M. de Stefano; mais elle est encore fort importante. Et, d'autre part, les difficultés de l'enquête, l'absence de renseignements précis pour quelques-uns de nos malades, le doute qui subsiste dans certains cas, permettent de penser que nous sommes resté peut-être au-dessous de la réalité. Sans qu'il nous soit possible d'établir un pourcentage exact, nous nous croyons en droit d'invoquer la syphilis héréditaire dans plus de la moitié des cas.

Les anomalies les plus diverses se retrouvent dans nos observations : une malformation cardiaque quelconque peut reconnaître une origine syphilitique. Le sexe masculin fournirait, d'après M. de Stefano, une plus grande proportion de cardiopathies congénitales (26 garçons et 6 filles). Nos cas personnels (11 garçons et 7 filles) semblent confirmer cette opinion, bien que la différence entre les deux sexes soit moins tranchée.

Il nous paraît intéressant de remarquer enfin que, chez quelques-uns de nos malades, nous avons soupçonné une syphilis de deuxième génération. Chez la plupart des autres, l'origine de la vérole n'est pas précisée. Si l'on pouvait toujours fouiller complètement les antécédents, sans doute trouverait-on plus souvent, à deux ou trois générations de distance, la syphilis comme cause probable de bien des malformations congénitales, alors même qu'elle ne se manifeste plus par aucun autre symptôme : c'est là un point que nous avons brièvement indiqué dans un mémoire récent (1), et qui mériterait une étude approfondie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1929)

Forme cavitaire d'un cancer primitif du poumon gauche à type d'abcès putride. — MM. Bezançon, Azoulay et Duruy rapportent, à propos de la dernière communication de MM. Ameuille et Huguenin, l'observation d'un malade de cinquante et un ans qui présentait un syndrome de suppuration pulmonaire de la base gauche avec putridité de l'haleine. L'examen radiologique confirma les données de la clinique en révélant une image en bulle à double contour avec niveau liquide. L'autopsie démontra l'existence d'un cancer cavitaire avec infection putride. L'évolution sur cinq années de la maladie, marquée par des épisodes pulmonaires à rechutes avec ou sans hémoptysies, pose, sans le résoudre, le problème des rapports du cancer avec la gangrène pulmonaire à rechutes.

Névraxite aiguë à forme névralgique et méningée. — MM. L. Babonneix et J. Sigwald présentent une jeune malade qui, depuis neuf mois a fait, à diverses reprises, des réactions méningées accompagnées de névralgies sous-occipitales très violentes, sans tendance à l'amélioration spontanée. Un traitement par des injections intraveineuses de Dmelcos a fait regresser presque complètement cette affection. Ils discutent les différents diagnostics possibles en pareil cas, et se rattachent à celui de névraxite aiguë à manifestations périphériques.

Nanisme pseudo-achondroplasique. — MM. André Léri et J. Weil.

Eloge de MM. Brocq, Letulle, Widal, Sicard, Lermoyez, Talamon, Balzer, Guinon, Alexandre Renault.

Élections. — MM. Dufour et Claude sont élus président et vice-président pour 1930.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1929)

Action de l'adrénaline sur les pressions rachidienne et veineuse du chien yohimbinisé. — MM. M. Loeper, A. Le-

(1) H. Grenet. Le problème de la syphilis héréditaire, *Revue de méd.*, déc. 1929, n° 10.

MAIRE et J. PATEL montrent que l'hypertension rachidienne et l'hypertension veineuse provoquées par l'adrénaline persistent quand l'action de la drogue sur la pression carotidienne a été inversée par l'yohimbine. L'hypertension rachidienne adrénalinique ne dépend donc pas de l'hypertension carotidienne. Les auteurs pensent qu'elle est simplement liée à l'hypertension veineuse, que n'inverse pas l'yohimbine.

Sidérose dans l'aspergillose splénique expérimentale. — MM. A. NANTA et Ch. OBERLING au cours de splénite aspergillaire chez le chien ont pu voir une sidérose marquée et précoce. Le fer se condense dans les macrophages ayant englobé déjà des spores aspergillaires, déterminant parfois par imbibition la sidérose massive des spores dont la paroi est diffluente, parfois celle des articles mycéliens récents, parfois celle du macrophage lui même.

Troubles circulatoires du foie consécutifs à des lésions expérimentales des noyaux gris centraux. — MM. Ch. OBERLING et A. KALLO, chez 29 animaux qui ont subi une thermocautérisation des noyaux gris centraux ont observé des troubles circulatoires du foie caractérisés par de la stase centrolobulaire et par des hémorragies. Ces troubles entraînent des lésions cellulaires diverses : infiltration graisseuse et atrophie des cellules centrolobulaires, réaction hyperplasique des travées périphériques. Il est donc démontré que des lésions des noyaux gris centraux peuvent retentir sur l'état du parenchyme hépatique.

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1929)

Recherches expérimentales sur l'action cholérétique du neptal. — MM. E. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN, J. PORIN et A. BOCQUENTIN, ayant constaté que l'introduction de l'iode ou du brome dans la molécule de salicylate de sodium donne à cette substance des propriétés cholérétiques incontestables, ont injecté le neptal, dérivé mercuriel du salicylate, à quatre chiens par voie veineuse et ont obtenu une augmentation de la sécrétion biliaire variant du simple au double.

Il ne semble pas que le mercure exerce une action cholérétique par lui-même. La cholérèse du neptal dépend donc surtout du poids moléculaire élevé d'un acide aromatique.

Equilibre protéique du sérum comparé dans le sang de la mère et le sang du cordon. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS. Chez la femme à terme l'équilibre protéique est sensiblement celui de l'adulte normal. Il existe cependant une tendance à la diminution légère de la sérine.

Dans le sang du cordon l'hypoprotéinémie est constante, la sérine sensiblement normale, la globuline habituellement abaissée, et souvent d'une façon très notable. Cette hypoglobulinémie explique à la fois l'hypoprotéinémie totale et l'élévation du coefficient albumineux.

Recherches expérimentales sur l'action cholérétique de certains acides-phénols. — MM. E. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et A. BOCQUENTIN. Le benzoate de sodium n'exerce aucune action cholérétique lorsqu'on l'injecte par voie veineuse.

Les oxybenzoates, parmi lesquels le salicylate de sodium, ont une action indéniable, mais légère ou inconstante; la position de l'oxhydrile OH en méta par rapport au carboxyle CO^2H semblant favoriser le développement des propriétés cholérétiques dans cette série d'acides-monophénols.

Les auteurs ont étudié deux acides-diphénols : protocatéchique et caféique; l'un et l'autre ont triplé pendant une ou deux heures le volume de la bile ainsi que le poids de l'extrait sec. Non moins actif est l'acide benzoïque trioxhydrilé que représente l'acide gallique.

La fonction phénol intervient donc incontestablement dans l'apparition des propriétés cholérétiques des acides aromatiques. Il ne faudrait pas croire cependant qu'elle soit une condition suffisante de la cholérèse; cette dernière ne se manifestant pas en l'absence du groupement carboxyle.

Action de l'éphédrine sur les pressions rachidienne et veineuse du chien avant et après yohimbinisation. — MM. M. LOEPER, M. LEMAIRE et J. PATEL. L'éphédrine abaisse les tensions rachidienne et veineuse du chien. Après yohimbinisation de l'animal, les mêmes effets persistent, alors que l'hypertension carotidienne est pratiquement supprimée. L'éphédrine agit donc sur la pression veineuse jugulaire, et par suite sur la pression rachidienne, de façon exactement contraire à celle de l'adrénaline. Il est à remarquer que l'yohimbine n'inverse pas l'effet veineux de l'éphédrine, pas plus que celui de l'adrénaline.

Sur l'infection tuberculeuse du cobaye par ingestion de bacilles virulents. — M. A. SAENZ. Les bacilles bovins virulents ingérés, même à dose relativement faible, provoquent constamment chez le cobaye adulte une infection tuberculeuse typique dont l'évolution, compatible jusque dans ses derniers stades avec un excellent état général, peut se prolonger plus d'une année. Les animaux ainsi infectés deviennent sensibles à la tuberculine vers le cinquantième jour; la réactivité de leur derme augmente deux ou trois mois et persiste ensuite avec la même intensité jusqu'à la dernière période de la maladie.

Sur la perméabilité de la muqueuse digestive du cobaye au B. C. G. — M. A. SAENZ. Contrairement aux affirmations de Chiari, Nobel et Solé, le B. C. G. administré per os à la dose de 10 à 20 milligrammes est absorbé par la muqueuse digestive; sans créer la moindre lésion tuberculeuse locale, ganglionnaire ou viscérale, il imprime à l'organisme du cobaye des modifications réactionnelles décelables par les épreuves tuberculiniques. L'hypersensibilité qui dénonce l'imprégnation bacillaire s'établit peu à peu, persiste avec son intensité maximum trois ou quatre mois, puis diminue progressivement et tend à disparaître vers le quinzième mois.

Variations de la toxicité du nitrate d'urane en injection sous-cutanée chez le lapin. — MM. GARNIER et MAREK. Ces variations sont assez étendues. Avec 0gr001 par kilo, 9 lapins sur 13 résistent. Avec 0gr002 par kilo, 1 sur 5 survit, avec 0gr003 par kilo 2 sur 8, et avec 0gr004 par kilo, 1 seul sur 5. Les femelles paraissent résister mieux que les mâles, et d'une façon générale l'intoxication semble être plus sévère en été que pendant les saisons fraîches. Dans tous les cas il y a de l'albuminurie, l'hyperazotémie se rencontre dans les formes mortelles, elle existe souvent, mais non toujours, dans les cas qui guérissent.

L'acide urique urinaire chez le nourrisson. — MM. R. DEBRÉ, R. GOIFFON et S. YOSHIMATSU. Si l'on inscrit sur un système de coordonnées le taux de l'acide urique mesuré par la méthode colorimétrique de Grigaut et le rapport acide urique-urée, les points obtenus suivent une courbe hyperbolique analogue à celle qui avait été précédemment établie pour l'adulte, mais de position différente. Cette courbe montre l'influence de la diurèse pour l'élimination de l'acide urique et peut permettre d'étudier sur un seul échantillon d'urine l'excrétion urinaire de l'acide urique chez le nourrisson.

Modifications de l'excitabilité d'un nerf centripète consécutives à des interventions sur d'autres nerfs. Durée de ces modifications. — M. et Mme CHAUCHARD, excitant chez le chien les fibres centripètes du sciatique, le phénomène observé étant l'arrêt respiratoire, et procédant à la section ou à l'excitation d'autres nerfs, montrent que l'excitabilité d'un neurone centripète est susceptible d'être influencée à distance par des interventions sur d'autres neurones. Ces

perturbations se manifestent par des augmentations ou des diminutions de la chronaxie et par des modifications des lois d'excitabilité des centres. Ces modifications sont transitoires.

Rapport des protéines et lipides dans le sérum. — On a pensé que l'élévation notable des lipides de sérum observée dans la néphrose lipoïdique avait peut-être pour effet de compenser la perte importante de protéines pour assurer la pression osmotique des colloïdes. Or, la recherche des protéines et des lipides chez différents malades a montré à MM. Achard et Arcaud, dans 33 analyses, que le rapport $\frac{\text{protéines}}{\text{lipides}}$ est très variable : dans 19 fois il était compris entre 13 et 18; le maximum a été 23,2. Les néphroses lipoïdiques forment un groupe à part, avec des valeurs comprises entre 4 et 2 dans quatre analyses. Chez un même malade, dans des examens successifs, une valeur presque identique des lipides peut coïncider avec des valeurs assez différentes des protéines et réciproquement. Le taux le plus bas des lipides (3g18 p. 1.000) chez un pneumonique correspondait à un taux de protéines assez bas lui-même (58g94).

Sur des races de bactériophages virulents pour les streptocoques. — M. V. Sertic décrit les caractéristiques de deux races de bactériophages : l'une virulente pour un streptocoque anhémolytique et qu'il a réussi à isoler des eaux d'égouts, l'autre virulente pour le streptocoque gourmeux provenant de pus et de crottins de chevaux gourmeux en voie de convalescence.

Sur des races de bactériophages virulents pour bacterium prodigiosum. — M. N. Boulgakow décrit les propriétés de deux races de bactériophages virulentes pour bacterium prodigiosum isolées par lui des eaux d'égouts : l'une donne une lysine diffusible en dehors de la plage, l'autre ne possède pas cette propriété. Ces résultats confirment la théorie de d'Hérelle sur la nature vivante du bactériophage.

Election. — M. Boquet est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 5 décembre 1929)

Macrogénitosomie précoce. — M. Heuyer et Mlle Vogt présentent un enfant de six ans, qui, dès son premier âge, a manifesté un retard du développement psychique et moteur. A quatre ans, les caractères sexuels secondaires ont fait leur apparition. Actuellement, l'enfant a la taille d'un enfant de douze ans, mais les diverses parties de son corps ne sont pas en harmonie : le développement du tronc est celui d'un sujet de quatorze ans; les organes génitaux sont ceux d'un adolescent, bien que les testicules soient peu volumineux. Le crâne est gros; il y a un méningocèle. La radiographie montre des impressions osseuses digitiformes et une tumeur calcifiée dont il est impossible d'affirmer la localisation pinéale. Au moment de la naissance, il y avait eu application de forceps et asphyxie du nouveau-né.

Syndrome protubérantiel — MM. Brodin et Delaporte présentent un malade de trente-six ans, qui a été pris en avril dernier, d'un ictus sans perte de connaissance. A la suite de cet ictus, il y avait une hémiplégie cérébelleuse gauche, associée à une hémiplégie pyramidale droite et à des troubles sensitifs du même côté, caractérisés par la conservation relative de la sensibilité tactile, avec hyperesthésie douloureuse et anesthésie thermique. Depuis lors, l'état du malade s'est amélioré constamment. En l'absence de toute cause évidente, un traitement spécifique a été institué, qui, au début, paraît avoir accentué l'amélioration.

Exophtalmie unilatérale isolée ne faisant la preuve de son origine basedowienne que par l'élévation du métabolisme basal. — MM. Faure-Beaulieu et Velter présentent une malade de quarante-deux ans, exempte de tout antécédent pathologique notable, qui, depuis cinq mois, est atteinte d'une exophtalmie accentuée et n'intéressant que l'œil droit. Aucun processus local, orbitaire ou juxta-orbitaire, ne pouvant être décelé comme cause possible de cette exophtalmie, on pense à une maladie de Basedow fruste, mais la malade n'en présente aucun signe clinique flagrant, notamment aucun degré d'hypertrophie thyroïdienne. On mesure alors le métabolisme basal, et on le trouve augmenté de 25 p. 100. L'irradiation de la glande thyroïde amène ensuite une diminution de l'exophtalmie, confirmant ainsi sa nature.

Les auteurs font remarquer que, si le diagnostic des exophtalmies unilatérales est facile quand un syndrome basedowien évident leur fait cortège, celui d'une exophtalmie aussi isolée est impossible dans la mesure du métabolisme basal; il se peut que, dans certains cas publiés comme exophtalmies unilatérales non basedowiennes, on ait passé à côté du diagnostic, faute de cette recherche.

Hypersomnie périodique rythmée par les règles dans un cas de tumeur basilaire du cerveau. — MM. J. Lhermitte et N. Kyriaco. C'est une notion assez banale que les crises de narcolepsie peuvent être déclenchées par l'apparition des règles, mais le cas rapporté ici est tout différent. Il ne s'agit pas, en effet, de narcolepsie, mais de crises d'hypersomnie prolongée se répétant régulièrement dans la période prémenstruelle et durant exactement quatre jours. Pendant le sommeil, la conscience est complètement obnubilée, et les fonctions organiques assez troublées pour qu'un signe de Babinski bilatéral apparaisse.

Ce fait a été constaté chez une malade de quarante-six ans, que les auteurs examinèrent deux ans et demi après l'apparition de l'hypersomnie.

On relevait non seulement un sommeil très profond, accompagné d'exagération des réflexes et de l'extension de l'orteil, mais encore des symptômes typiques qui indiquent l'évolution d'une néoplasie à la base du cerveau très vraisemblable avec localisation dans le lobe frontal du côté gauche, en raison d'une amaurose complète à gauche, d'une stase papillaire droite, d'une hémiplégie surtout nette à la face du côté droit, enfin des symptômes psychiques tels qu'on les voit dans les lésions frontales.

Pour expliquer le retour périodique des crises d'hypersomnie, les auteurs admettent que la tumeur basilaire est influencée, dans la période menstruelle, par l'augmentation de volume physiologique de la glande pituitaire, dont on sait les relations fonctionnelles avec l'ovaire.

Existence d'une dissociation dite corticale des troubles de la sensibilité par atteinte bulbo-protubérantielle et médullaire supérieure. — M. Gustave Roussy et Mlle Gabrielle Lévy rapportent l'observation anatomo-clinique d'une tumeur bulbaire volumineuse, qui avait détruit la presque totalité du bulbe et de la substance grise médullaire des premiers segments cervicaux, avec envahissement de la portion postérieure de la protubérance, et qui ne s'était cependant manifestée cliniquement que par de très légers troubles moteurs unilatéraux, et par des troubles sensitifs dissociés du type cortical, qui consistaient surtout en une astéréognosie très intense.

Ils opposent l'énormité de cette tumeur bulbo-médullaire haute, d'une part, et, d'autre part, l'absence des signes cliniques bulbaires et la symptomatologie sensitive apparemment corticale, et ils concluent que les manifestations sensitives du type cortical ne témoignent pas toujours d'une lésion corticale, et qu'en particulier, une tumeur de la région bulbo-protubérantielle ou médullaire supérieure peut les provoquer.

Les auteurs insistent, en outre, sur l'importance des con-

tractures occipito-cervicales pour le diagnostic d'une localisation tumorale de cette région.

Deux observations récemment publiées par Cushing et P. Bailey se rapprochent beaucoup du cas rapporté.

Tumeurs angiopathiques des centres nerveux. — MM. G. ROUSSY et OBERLING étudient les tumeurs angiopathiques des centres nerveux, au moyen de plusieurs observations personnelles, et montrent, par la projection d'une série de préparations histologiques, les diverses aspects que peuvent prendre les tumeurs de la maladie de Lindau, les hémangioblastomes et les angiogliomes. Ils insistent sur le type réticulo-endothélial du tissu angiomateux, sur la vacuolisation des cellules, sur la fréquence de la transformation kystique, sur l'intensité très variable de la réaction gliale, qui peut, dans certains cas, paraître prédominante. Des particularités analogues se retrouvent, semble-t-il, dans les lésions rétiniennes de la maladie de Lindau.

Paraspasme facial. — MM. G. HAGUENAU et GILBERT-DREYFUS présentent un malade et un film qui ont trait à cette dyskinésie faciale particulière, et qui la différencient bien d'un spasme pur bilatéral, d'une myoclonie ou d'une chorée. Ils en étudient les caractères, les causes provocatrices ou inhibitrices, et montrent que, malgré l'identité clinique des divers cas de cette maladie, l'étiologie peut en être différente (névraxite, lésions vasculaires, etc.).

Syndrome occipital avec alexie pure d'origine traumatique. — MM. J. LHERMITTE, Jacques DE MASSARY et R. HUGUENIN présentent l'observation d'un jockey de dix-huit ans qui fit une chute de cheval violente. Le blessé resta dans le coma pendant quinze jours. Depuis lors, il a perdu la possibilité de lire. A cette alexie, plus syllabique, verbale, que littérale, s'ajoute, comme de coutume, une hémianopsie latérale homonyme droite. Cette suppression de la lecture ne s'accompagne d'aucune trace de surdité verbale, d'anarthrie, d'agraphie (sauf pour la copie, qui est impossible de l'imprimé en manuscrit, bien entendu). Il n'y a pas non plus d'acalculie. Par contre, il existe un certain degré d'amusie et d'affaiblissement des facultés psychiques : mémoire, attention, évocation, orientation.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un petit foyer profond de ramollissement traumatique du lobule lingual et du lobule fusiforme, sans lésions de la zone de Wernicke, qui sectionne le faisceau longitudinal inférieur et les radiations optiques. Ils font des réserves sur la valeur des troubles psychiques, qui, pour eux, sont liés à toute commotion cérébrale et ne font que se superposer à l'alexie dont ils restent distincts. Celle-ci, d'ailleurs, demeure fixe, alors que les facultés intellectuelles du malade s'améliorent nettement.

Il existe sans doute deux autres petits foyers de ramollissement, l'un au cervelet gauche, entraînant un hémisyndrome cérébelleux fruste de ce côté, l'autre à la lèvre supérieure de la scissure calcarine droite, provoquant une hémianopsie en quadrant inférieur gauche, traduisent l'atteinte traumatique de toute la zone occipitale du crâne.

Il faut signaler que le blessé est un hérédo-syphilitique.

M. LHERMITTE insiste sur quelques particularités de cette observation : le malade reconnaît bien les couleurs et s'oriente bien dans le temps, mais il a perdu beaucoup de ses souvenirs spatiaux (géographie, route à suivre pour les itinéraires qui lui sont le plus familiers).

Syndrome pédonculaire de la calotte. — MM. DE MASSARY, J. BERTRAND et BOQUIEN rapportent l'observation d'un malade qui est mort dans le service de M. de Massary de méningite tuberculeuse, et chez lequel M. Guillain avait porté autrefois le diagnostic de syndrome de la calotte pédonculaire, au-dessus du noyau rouge. L'autopsie a pleinement vérifié ce diagnostic de localisation.

M. J. BERTRAND montre que l'on trouve une plaque de sclérose, de nature et d'origine indéterminées, qui intéresse le pédoncule cérébelleux supérieur immédiatement au-dessus du noyau rouge. Malgré les circonstances cliniques, qui incitent M. de Massary à croire à l'origine tuberculeuse de cette sclérose, les caractères anatomiques sont, à cet égard, tout à fait atypiques.

MM. G. GUILLAIN, M. PÉRON et A. THÉVENARD attirent l'attention sur les rapports qui unissent le tremblement et les signes cérébelleux monoplégiques à la lésion croisée du pédoncule cérébelleux supérieur, tout près de sa terminaison rubrique. Ils insistent, d'autre part, sur les modifications du tonus statique d'hémi-décérébration croisée et sur les perturbations des réflexes toniques (en particulier la diminution unilatérale du phénomène de la poussée), qu'ils avaient observées au moment où ils avaient présenté ce malade.

Sclérose en plaques chez la mère et chez la fille. — M. A. THOMAS présente une femme de trente-neuf ans, qui présente des signes évidents de sclérose en plaques typique. La fille de cette femme vient de mourir de sclérose en plaques à marche aiguë, et l'autopsie a permis de caractériser l'existence des lésions typiques de la maladie. Ces observations de scléroses en plaques familiales sont très rares dans la littérature.

M. GUILLAIN distingue les cas de maladies familiales simulant la sclérose en plaques, et les cas de véritable sclérose en plaques familiale, qui évoquent impérieusement l'idée d'une contagion. Il croit qu'il est nécessaire de prendre des mesures d'isolement et de prophylaxie à l'égard des malades atteints de formes aiguës ou fébriles de sclérose en plaques.

M. Léri, il y a quelques mois, MM. Lhermitte et Alajouanine, M. Thiers, M. Chavany signalent des faits analogues.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de physiologie normale et pathologique, en onze volumes, publié sous la direction de G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, doyen de la Faculté ; secrétaire général : Léon BINET, professeur agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. — Tome VIII : *Physiologie musculaire. Chaleur animale* (1).

Divisions de l'ouvrage. — I. LES MUSCLES. — *Les muscles*, par R. LAPICQUE. — Structure spéciale de la substance contractile. — Mécanisme chimico-colloïdal de la contraction. — Les phénomènes mécaniques. — Les phénomènes électriques. — Modalités du fonctionnement musculaire. — Excitabilité musculaire ; la chronaxie.

Classification fonctionnelle des muscles par la chronaxie, par Georges BOURGUIGNON. — Des conditions de l'excitation percutanée. — Etude physiologique de la chronaxie musculaire. — Technique de la mesure de la chronaxie à travers les téguments.

II. TRAVAIL ET CHALEUR. — *Principes généraux de la mécanique et de la chaleur*, par M. WEISS.

La fatigue. La locomotion, par P. CHAILLEY-BERT.

Chaleur animale et bioénergétique, par Jules LEFÈVRE. — La calorimétrie biologique et les bilans. — La physiologie de l'énergie. — La systématisation physiologique des grandeurs bioénergétiques. — L'énergie physiologique minima. — Les métabolismes de base et de sommet. — La bioénergétique de l'aliment, des substitutions et des réserves. — No-

(1) Un volume de 742 pages avec 186 figures dans le texte. — — Prix : broché, 95 fr. ; relié fers spéciaux, 110 fr. — Paris, Masson et Cie.

tions de thermochimie et de thermodynamique physiologiques.

La lutte contre la chaleur; son mécanisme physiologique, par J. Gautrelet. — Mécanisme chimique. — Mécanisme physique. — Régulation nerveuse.

La fièvre, par J. Gautrelet.

La lutte contre le froid, par Léon Binet. — Régulation physique. — Sur un mouvement de l'eau dans l'organisme qui lutte contre le froid.

III. L'os et le squelette. — *Physiologie générale du tissu osseux et de l'ossification*, par R. Leriche et A. Policard.

IV. Electricité et lumière. — *Reproduction de l'électricité par les êtres vivants. Reproduction de la lumière par les êtres vivants. Biophotogénèse*, par A. Strohl.

Les Anévrismes artério-veineux (1), par le docteur Raymond Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon.

L'histoire de l'anévrisme artério-veineux s'est augmentée au triple point de vue clinique, expérimental et thérapeutique. Le perfectionnement des instruments de laboratoire a permis des investigations plus précises. Enfin, les documents considérables fournis par les dernières guerres européennes ont permis des constatations, grâce auxquelles ont été complètement transformées les notions jusque-là classiques.

Enfin, l'étude de l'anévrisme artério-veineux s'est augmentée de toute l'expérience acquise dans ces dernières années en chirurgie vasculaire.

Toutes les données cliniques, expérimentales et thérapeutiques, jusqu'ici éparses dans des publications multiples, méritaient d'être réunies dans un même ouvrage, pour le profit de ceux qui cherchent à se documenter.

L'ouvrage comprend sept chapitres qui sont les suivants :

I. Les causes et les conditions de l'anévrisme artério-veineux.

II. Anatomie pathologique de l'anévrisme artério-veineux envisagée au point de vue chirurgical.

III. Les signes cliniques et leur interprétation physiologique.

IV. Evolution et pronostic de l'anévrisme artério-veineux.

V. Diagnostic.

VI. Traitement.

VII. Anévrismes artério-veineux particuliers.

Le docteur Raymond Grégoire, qui a pu observer de nombreux cas et en opérer beaucoup, tout en tenant compte de tous les travaux précédents, résume dans ce livre ses idées personnelles et une technique à qui il a tenu à donner un caractère essentiellement pratique. L. G.

Fiches de pratique médicale. (Direction et administration : docteur J. Desfour, 17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier.) — Cinquième série (25 fiches) parue. — Prix : France, 14 fr. franco; Etranger, 16 fr. franco.

151	**Néphrite urémigène** (pronostic)....	Pr agr. A. Puech.
152	**La pelade du cuir chevelu** (clinique).	Dr Plagniol.
153	**Psoïtis** (le symptôme)..............	Dr A. Guibal.
154	**Orbite** (Maladies de l')............	Dr Déjean.
155	**Exophtalmies** (maladie de l'orbite)..	Dr Déjean.
156	**Bagnères-de-Luchon**..............	Dr Moliméry.
157	**La rachi-analgésie**................	Pr Paul Delmas.
158	**Rachi-analgésies** (La pratique des)..	Pr Paul Delmas.

(1) Grand in-8 de 214 pages avec 5 planches et figures. — Prix : 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

RACHITISME

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT [1]

ÉVOLUTION

L'évolution est très variable suivant que l'enfant est convenablement traité ou non, et peut se faire vers :

1. **La guérison sans déformations**, en un, deux, trois ans, même en cas de déformations marquées.

2. **La guérison avec déformations persistantes**, les courbures osseuses pouvant siéger sur un ou plusieurs os :

a. **Au membre inférieur** :

— Courbure antéro-externe du fémur;

— Courbure antérieure du tibia;

— Genu valgum, genu varum, entrecroisement des membres inférieurs.

b. **Au membre supérieur**.

c. **Sur le rachis** (SCOLIOSE ou *cypho-scoliose*).

d. **Sur le bassin**, et c'est là une *notion capitale* puisque le *bassin rachitique* est l'une des plus importantes causes de dystocie : bassin aplati, rétréci, oblique ovalaire, annelé.

3. **L'arrêt ou le retard de la croissance**, ces sujets pouvant rester, comme cela est fréquent, petits et malingres.

4. **La mort dans la cachexie rachitique** ne se voit plus actuellement.

COMPLICATIONS

Les complications les plus fréquemment observées chez les rachitiques sont :

I. **La spasmophilie.** — Le rachitisme est très souvent rencontré chez les enfants spasmophiles chez lesquels on peut mettre en évidence le signe de *Chovstek* révélateur de la *tétanie* latente. Cette tétanie, à l'occasion d'une poussée de gastro-entérite aiguë, d'une poussée dentaire, va franchir le *seuil de la contracture* et s'extérioriser par des phénomènes *toniques* caractéristiques ou atypiques, pouvant revêtir l'aspect *convulsif* par exemple, chez les nourrissons, l'aspect d'un laryngo-spasme, etc.

Un *trouble humoral commun* est sans doute à la base de ces deux syndromes si fréquemment associés, et certains auteurs pensent qu'il atteint à la fois la *moelle osseuse* et les *parathyroïdes*.

II. **Les accidents gastro-intestinaux aigus** qui peuvent être mortels.

FORMES CLINIQUES

I. **Suivant l'étiologie : FAIT CAPITAL**, la notion d'étiologie imprime au rachitisme un aspect variable et parfois caractéristique. Deux grandes causes.

A. **Les infections chroniques.** — I. AU PREMIER RANG : L'HÉRÉDO-SYPHILIS (Marfan). — Ici, le rachitisme a des caractères très particuliers. Il est :

1. *Précoce*, survenant :

Soit *congénital*;

Soit *pendant les trois premiers mois* de la vie extra-utérine.

2. Il s'observe parfois chez les *prématurés*, les *jumeaux*.

3. *Les lésions craniennes prédominent* : crâne natiforme, cranio-tabès, saillies des bosses frontales et pariétales. Il s'accompagne de :

4. *Anémie intense*, et de

5. *Splénomégalie* qui chez l'enfant doit toujours faire penser à l'hérédo-syphilis.

6. Le *Wassermann*, souvent *négatif* chez l'enfant est *positif chez les parents*, dans bien des cas.

7. Le *traitement intensif* est *très efficace*.

II. LA SCROFULE donne un petit rachitisme.

III. LES AUTRES INFECTIONS CHRONIQUES, pyodermites chroniques, peuvent, mais avec une fréquence infiniment moindre, être causes de rachitisme.

B. **Les intoxications chroniques.** — I. Surtout d'**origine digestive** sont également un facteur étiologique important et qu'il faut systématiquement rechercher : allaitement mixte, sevrage précoce mal réglés, administration prématurée et intempestive de bouillies, de farines, aux nourrissons, d'où : *diarrhée à rechutes*.

II. **Alimentation carencée** et c'est là un point de pathogénie intéressant.

III. **Suivant la date d'apparition. Rachitisme tardif.** — Il s'agit sans doute de rachitisme *reviviscent* et c'est ce qui explique ces pieds plats, ces genu valgum qu'on voit se développer vers douze ans chez un enfant au décours d'une rougeole.

IV. **Maladie de Barlow.** — Elle peut évoluer chez le rachitique, avec sa pseudo-paralysie douloureuse, ses hémorragies, ses ecchymoses gingivales, ses hématomes sous-périostés.

Elle se rapproche ainsi du *scorbut des adultes*, et semble, comme lui, relever d'une *alimentation carencée*.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 1, p. 14.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 24 février 1930, à 8 h. 30. Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 à 17 h., du lundi 27 janvier au lundi 10 février 1930 inclusivement.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le lundi 10 février 1930, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du lundi 20 janvier au mercredi 29 janvier 1930 inclusivement.

— Concours pour l'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1930 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le samedi 1er mars 1930, à 10 h. du matin, dans la salle des conférences de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du samedi 1er au lundi 17 février inclusivement.

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation. — Les concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le 5 mai 1930 et auront lieu aux dates suivantes :

5 mai 1930 : Médecine générale.
7 mai 1930 : Chirurgie générale.
12 mai 1930 : Obstétrique, oto-rhino-laryngologie.
14 mai 1930 : Physiologie, physique médicale.
19 mai 1930 : Anatomie, chimie médicale.
22 mai 1930 : Histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, anatomie pathologique.
26 mai 1930 : Histoire naturelle pharmaceutique, chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les Académies jusqu'au 3 mars 1930 inclus.

Écoles de médecine. — Nantes. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le lundi 7 juillet 1930 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire le lundi 27 janvier 1930.

La durée de cette session est fixée à trois jours.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. Sacerdot, médecin aide-major à la 3e région. Anciennement au 5e rég. de tirailleurs : engagé volontaire, plein de bonne volonté et de dévouement. A été très grièvement blessé, le 2 mai 1916, sous Douaumont, en allant porter secours à des blessés dans les tranchées de première ligne.

Cette nomination comporte l'attribution de la Croix de guerre avec palme.

(Voir la suite des « Informations », p. 62.)

CHRONIQUE

LA COMMÉMORATION DU SÉJOUR DE PASTEUR A BORDIGHERA (1886-1887)

La Société médicale du Littoral méditerranéen organise, on le sait, chaque année, à Noël et à Pâques, des voyages médicaux qui remportent un succès très mérité.

Cette année, l'éminent président de la Société, le docteur Maurice Faure, avait eu l'heureuse pensée de terminer le voyage de Noël par un pieux pèlerinage à Bordighera où Pasteur, ainsi que nous l'avons rappelé (1), fit en 1886-1887 un séjour dans un moment émouvant de son existence.

La commémoration du séjour de Pasteur devait être d'abord une cérémonie intime. Par suite de l'adhésion complète et enthousiaste du Gouvernement italien, désireux de s'associer à l'hommage rendu à Pasteur, elle a pris, comme nous le verrons plus loin, le caractère d'une belle manifestation franco-italienne.

Le 3 janvier au matin, une longue file d'autocars amenait de Menton et de Nice les pèlerins de la Société médicale : une centaine de médecins étrangers, sous la conduite du professeur Marcel Labbé, de MM. Laignel-Lavastine et Lévi-Valensi (de Paris), de M. le doyen Euzière et du professeur Delmas (de Montpellier). Des confrères de Nice s'étaient joints au cortège : MM. Orticoni, Lautier, Forestier; de Saint-Raphaël : M. Caldaguès. Parmi les représentants de la presse niçoise, on remarquait notre éminent confrère Davin de Champclos. Beaucoup de dames apportaient leur charme et leur élégance au voyage. Une seule ombre : Maurice Faure, souffrant, n'était pas au milieu de ses amis, mais ce prestigieux animateur avait délégué son fils Jean-Paul Faure qui, pendant tout le voyage, fut le plus actif, le plus dévoué, le plus charmant des guides.

Après avoir refait sur la côte ligure le chemin parcouru jadis par Pasteur, les voyageurs furent reçus à Bordighera par le podestat. Il les accompagna à la salle de conférence du musée Bicknell situé à côté de la villa Bischoffsheim, jadis habitée par Pasteur.

Le docteur Targhetta, président, prit place au bureau ayant à sa droite M. le professeur Pende, de Gênes, représentant le ministre de l'Instruction publique d'Italie, et à sa gauche le podestat de Bordighera, le cav. uff. Mario Aprosio. Sur l'estrade on remarquait les délégués étrangers, les docteurs Iaroslav Drboklav, Thcéco-Slovaquie; Jacobsen, Danemark; Bellwald, Luxembourg; Welsch, Grande-Bretagne; Van Wilder, Belgique; Siestrop, Hollande; Mme Mustacesco, Roumanie; le docteur Orticoni, représentant l'Institut Pasteur; le professeur Marcel Labbé, de l'Académie de médecine; le professeur Euzière, doyen de la Faculté de Montpellier, et le docteur F. Le Sourd, président honoraire et délégué de l'Association de la Presse médicale française.

Après quelques mots de bienvenue de M. D. G. Coates, conservateur du musée, M. Targhetta prit la parole et donna lecture d'une lettre du Ministre de l'Instruction publique d'Italie donnant son adhésion entière à l'hommage rendu à Pasteur et annonçant que le Gouvernement italien désirait l'an prochain, organiser à Bordighera avec une splendeur toute particulière, une manifestation de respect et d'admiration envers celui qui fut le bienfaiteur de l'humanité. Le gouvernement italien désignait pour le représenter les éminents professeurs Pende, de Gênes, et Dante de Blasi, de Naples.

Notre confrère Orticoni, dans un discours d'une très belle tenue, qui fit une forte impression, rappela dans quelles circonstances mémorables Pasteur vint chercher le repos à Bordighera. C'était le moment où le traitement antirabique était si violemment attaqué, à l'Académie, que Pasteur ne pouvait retenir ce mot amer : « Je ne me croyais pas tant d'ennemis. » Les délégués étrangers apportèrent alors l'hommage émouvant de leur admiration pour l'immortel savant. Le professeur Pende, dans un français d'une grande pureté, salua au nom du Gouvernement italien le bienfaiteur de l'humanité et « le père véritable de la médecine moderne ». Le professeur Euzière, au nom de la Faculté de Montpellier, le docteur F. Le Sourd, au nom de la Presse; M. le professeur Marcel Labbé, au nom de la Faculté de médecine de Paris et de l'Académie de médecine, clôturèrent la série des discours.

Enfin le podestat de Bordighera vint dire le souvenir religieux que sa ville conserve du passage de Pasteur et unissant dans une même pensée les deux grandes sœurs latines il proclama « l'indestructibilité des liens qui les unissent ».

La villa Bischoffsheim, charmante construction de Charles Garnier, dans un nid de verdure et de fleurs, nous ouvrit alors ses portes. Après avoir reçu S. M. la reine Marguerite et des hôtes illustres cette villa est maintenant une *casa di riposo* pour veuves de guerre. Pendant notre visite recueillie ce fut vraiment un émouvant spectacle que celui de ces femmes en noir nous faisant le salut fasciste.

Après avoir traversé les terrasses fleuries que parcourut jadis Pasteur, les visiteurs se rendirent à l'hôtel Miramar où le podestat, saluant encore la mémoire illustre, leva son verre à la France et à la Société médicale du Littoral, M. Laignel-Lavastine, qui fut plusieurs fois dans la journée le porte-parole plein d'à-propos de la caravane, lui répondit en termes heureux.

Les voyageurs et leurs hôtes italiens se retrouvèrent tous dans la salle des fêtes du Casino de San Remo. Un très beau banquet réunit les 125 convives autour des autorités italiennes. On remarquait à la table d'honneur : le docteur Targhetta, président, le professeur Pende, de Gênes, MM. Marcel Labbé, Laignel-Lavastine, Euzière, Delmas, Lévi-Valensi, Agosti, podestat de San Remo, Aprosio, podestat de Bordighera, Boncario, podestat d'Ospedaletti, Parodi et Comm. Natta Soleri, les docteurs Roggieri, de San Remo, Daneri, d'Imperia, Valobra, de Turin, Sabatini, de Cagliari, Beltrand, secrétaire politique du Fascio de San Remo.

Après les toasts, sous la conduite de nos amis italiens, eut lieu une magnifique promenade dans les montagnes de la région de Taggia, puis après une halte à Ospedaletti, où le podestat Boncario offrit aux visiteurs une brillante réception, les médecins français, l'esprit et le cœur encore pleins des grands souvenirs de la journée quittèrent leurs amis italiens pour reprendre sur le littoral le voyage dont nous rendrons prochainement compte.

F. L. S.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, nº 99, p. 1778.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Paris (XXe). **SITUATION MÉDICALE IMPORTANTE** à prendre immédiatement par suite de décès subit récent. Loyer avantageux avec bail. — S'adresser Mme Bourlier, 6, avenue Gambetta, Paris (XXe).

REVUE GÉNÉRALE

LES SEPTICÉMIES A BACILLUS PERFRINGENS [1]

Par P. BAIZE,
Interne des hôpitaux de Paris.

II. **Formes cliniques.** — La forme d'ictère grave hémolytique à évolution suraiguë que nous venons d'étudier, tout en étant la plus commune et la plus typique, n'est pas la seule que puissent réaliser les septicémies à Bac. Perfringens. Suivant leurs symptômes, suivant leur étiologie, celles-ci peuvent revêtir d'autres aspects cliniques que nous décrirons rapidement.

A. Formes symptomatiques. — 1° *Forme anémique.* — Fiessinger, Wertheimer et J. Meyer (62), Fiessinger et Chenot (60) ont observé plusieurs fois chez des blessés de guerre une *forme anémique*, sans ictère, dans laquelle l'action du Bac. Perfringens paraît s'arrêter à l'hémolyse pure et simple, soit que le germe ne soit pas doué d'une grande virulence, soit que les conséquences de l'hémolyse n'aient pas le temps d'apparaître en raison de la rapidité de l'évolution. Chez le blessé de guerre observé par Fiessinger, Wertheimer et J. Meyer, il s'agissait d'une anémie aplastique, et le chiffre des hématies était tombé à 600.000 avec augmentation à 5 de la valeur globulaire.

2° *Forme avec hépato-néphrite.* — Boidin et de Gennes (71), Fiessinger, ont signalé au cours de septicémies à Bac. Perfringens l'existence d'hépatonéphrites véritables, confirmées à l'autopsie; ainsi dans ces observations, l'ictère, conformément aux idées de E. Chabrol et H. Bénard (96) ne reconnaissait pas exclusivement une origine sanguine, mais semblait bien résulter de la « combinaison en proportions variables d'altération du foie et des hématies ».

3° *Formes associées.* — Dans quelques cas l'hémoculture permet d'isoler avec le Bac. Perfringens, d'autres germes qui lui sont associés; le plus souvent, il s'agit de *staphylocoques* ou de *streptocoques*, aérobies ou non, parfois hémolytiques (Mouchotte et Carton, Brütt (12), Warnekros (55), Boez et Schreiber (78), Lardennois et Baumel), parfois d'autres anaérobies, par exemple le vibrion septique dans un cas de Lardennois et Baumel.

Ces associations modifient peu la physionomie clinique de l'affection; elles sont sans doute responsables des accès fébriles avec frisson et sueurs et des déterminations pyohémiques non putrides qu'on a pu observer au cours de certaines septicémies à Bac, Perfringens. Peut-être aussi jouent-elles un rôle important en exaltant la virulence du Bac. Perfringens, ainsi que Tissier (87) a pu le constater expérimentalement, comme le pensaient déjà Guillemot, Hallé et Rist (97) et comme Lemierre (106) l'a observé dans un cas de pleurésie à Bac. Perfringens devenue putride seulement après association du bacille pyocyanique.

4° *Formes frustes* (Nürnberger). — Il s'agit de formes à température peu élevée, ou même évoluant dans l'apyrexie; la coloration spéciale des téguments se limite à une légère cyanose du nez, des lèvres et des extrémités, et à du subictère conjonctival. La durée de ces formes est plus longue (six à sept jours), mais le pronostic n'en est pas moins fatalement mortel.

5° *Bactériémies à Bac. Perfringens.* — Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'une forme clinique, nous rapprocherons des septicémies à Bac. Perfringens, *les bactériémies transitoires à bac. perfringens* que l'on a constatées assez fréquemment chez des blessés gangréneux ou chez des puerpérales atteintes d'endométrite putride.

Chez de tels malades, le passage éphémère du Bac. Perfringens dans le sang était annoncé par des frissons, une brusque ascension thermique, de l'accélération du pouls, de la dyspnée et une légère cyanose, parfois du subictère, et l'hémoculture se montrait positive, mais de façon passagère. Parfois les signes étaient encore plus frustes, tout se réduisant à une élévation fugace de température (Vaucher et Woringer) ou à une anémie très accusée (Fiessinger) et le diagnostic eut été impossible sans l'hémoculture. Le pronostic était bénin,

Ces bactériémies, simples incursions transitoires du Bac. Perfringens dans le sang, ont été observées chez des accouchées et surtout des avortées par Bingold, Hamm (85), Heynemann, Warnekros, Lehmann particulièrement *après curettage.* Römer (77) a trouvé 20 fois sur 171 curettages, l'hémoculture positive au Bac. Perfringens. et Lehmann 18 fois sur 100, avec dans tous les cas, évolution bénigne.

Des faits analogues ont été observés chez des blessés de guerre par Klose, Lardennois et Baumel, Stockes, Taylor, Lévy, Cotte et Latarjet, Vaucher; chez des cholélithiasiques (Bangher); chez des typhiques (Weinberg) au cours d'un purpura simplex (Fraenkel). Boez et Schreiber qui ont fait une bonne étude de ces bactériémies passagères à Bac. Perfringens (78) les ont observées dans des affections aussi nombreuses que diverses : phlébites, otites, érysipèles, granulie, érythème polymorphe, et même isolément, à titre primitif, si bien que Boez (79) se demande si le Bac. Perfringens a bien dans tous ces cas une action pathogène spécifique, ou s'il ne se comporte pas plutôt comme un « germe de sortie », la bénignité habituelle de ces bactériémies étant suffisamment expliquée par les différences souvent très grandes de virulence entre les races du Bac. Perfringens.

Encore plus dégradées sont les formes de septicémie où le passage du Bac. Perfringens dans le sang n'a donné lieu à aucun symptôme clinique et ne s'est traduit ultérieurement que par l'apparition de *métastases* : arthrites à pus « chocolat » (Michaux); foyers musculaires à distance [Weinberg et Séguin (68), Walsch] pleurésies putrides, gangrène pulmonaire à forme embolique (Widal, May et Isch-Wall), abcès

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 2, p. 21.

du cerveau ou du foie, où le Bac. Perfringens a été retrouvé à l'état de pureté.

En définitive, le Bac. Perfringens peut réaliser tous les degrés d'infection sanguine, depuis les foudroyantes septicémies hémolytiques, jusqu'aux bactériémies les plus fugaces, celles-ci n'étant peut-être parfois qu'un premier temps de celles-là, et tous les intermédiaires restant possibles. La présence du Bac. Perfringens dans le sang n'est donc pas par elle-même un indice de gravité, et le pronostic dépend surtout du syndrome clinique associé.

B. Formes étiologiques. — 1° *Septicémies puerpérales à Bac. Perfringens.* — Nous avons vu que la puerpéralité est la cause de beaucoup la plus importante des septicémies à Bac. Perfringens. Celles-ci peuvent s'observer après un *accouchement à terme*, surtout quand la poche des eaux s'est rompue prématurément ou quand on a dû recourir au forceps ou à la version.

Mais la plupart du temps, les septicémies à Bac. Perfringens sont une complication *de l'avortement*, et presque toujours *de l'avortement criminel*, donc *à priori* septique et souvent compliqué de rétention placentaire. Il peut exister de graves lésions utérines mais bien souvent le traumatisme a été insignifiant, la septicité faible : il en était ainsi chez la malade que nous avons observée avec Maurice Mayer chez laquelle l'avortement avait été provoquée par introduction dans l'utérus d'une sonde molle préalablement stérilisée à l'eau bouillante, et qui n'en fit pas moins une septicémie à Bac. Perfringens rapidement mortelle.

C'est que, si quelquefois le Bac. Perfringens ou ses spores sont apportés par les instruments ou les mains de l'opérateur, dans beaucoup d'autres cas, le traumatisme de l'accouchement n'a fait qu'ouvrir une porte d'entrée à des germes cantonnés sur place. Le Bac. Perfringens, comme l'ont montré Fraenkel, Schottmüller et Bingold, Wordsworth (93), Hamm (85), Wegelius (90) est, en effet, un hôte normal des voies génitales de la femme (fond du vagin, col utérin); sa présence à ce niveau s'explique suffisamment par la proximité du tube digestif, infecté par ce microbe dès le début de la vie [Tissier (88)].

Les premiers signes de septicémies peuvent se manifester très tôt, dans les heures qui suivent les manœuvres criminelles, plus souvent vingt-quatre à quarante-huit heures après l'avortement; et les auteurs allemands ont insisté sur le rôle favorisant du curettage dans la genèse de ces septicémies. Dans d'autres cas, surtout après un accouchement, la septicémie n'éclate qu'au cinquième, sixième et septième jour et peut alors avoir été précédée de signes, ordinairement discrets, d'infection utérine putride.

D'après l'importance plus ou moins grande que prend le facteur local, point de départ de la septicémie, on peut décrire, avec Nürnberger :

a. *Une forme de septicémie pure*, où les signes locaux sont réduits au minimum ou manquent : forme d'apparition précoce, d'évolution ordinairement foudroyante.

b. *Une forme avec endométrite*, presque toujours secondaire à un avortement compliqué de rétention placentaire. Au tableau habituel d'ictère grave hémolytique s'ajoutent des symptômes locaux : lochies abondantes, rougeâtres ou brunâtres, spumeuses, d'odeur infecte : parfois émission de gaz par la vulve (Dobbin). L'utérus est gros, mou et sensible, le col perméable. Dans quelques cas la guérison a pu survenir *après curettage* (Nürnberger) d'autant qu'on a pu observer l'ictère et les autres symptômes d'hémolyse avec une hémoculture négative sans qu'il y ait eu passage du Bac. Perfringens dans le sang (Bingold).

c. *Une forme avec métrite totale* dans laquelle l'infection locale réalise un véritable *phlegmon gazeux* de l'utérus, dont le signe pathognomonique (mais inconstant) est la crépitation gazeuse perçue lorsqu'on palpe le fond de cet organe. Des lambeaux sphacéliques s'éliminent par les lochies qui sont horriblement fétides. La mort est presque fatale, souvent hâtée par une embolie gazeuse; la seule planche de salut, bien précaire, réside dans l'hystérectomie large et précoce, associée à la sérothérapie spécifique massive.

d. *Une forme avec péritonite* constamment mortelle.

2° *Septicémies à bac. Perfringens d'origine traumatique.* — Nous n'insisterons guère sur ces septicémies, ordinairement consécutives aux infections gangréneuses des membres (plaies putrides, phlegmon gazeux) parce qu'elles sont surtout une complication des *plaies de guerre* et ne s'observent pratiquement pas en temps de paix. Il s'agit presque toujours de traumatismes graves, ayant entraîné de grands délabrements musculaires, ou de plaies souillées de terre ou de débris vestimentaires, chez des blessés très shockés ou saignés à blanc.

Le début est relativement tardif, les premiers signes de septicémie apparaissant du quatrième au huitième jour de la blessure, après une phase d'infection locale avec signes généraux toxi-infectieux. La symptomatologie est tantôt celle d'un ictère hémolytique aigu, analogue à celui que réalise le bac. Perfringens ches les puerpérales (cas de Fiessinger et Vignes, de Sacquépée, de Vaucher), tantôt celle d'une anémie aiguë, parfois du type pernicieux (Fiessinger, Wertheimer et J. Meyer).

3° *Septicémies à bac. Perfringens d'autre origine.* — Les septicémies à bac. Perfringens peuvent encore venir compliquer d'autres infections putrides localisées, surtout celles qui intéressent le tube digestif ou ses annexes. On les a observées : après amygdalectomie (Marcel David, 74), au cours d'infections dentaires (Caussade et Glück, 73), dans le cancer de l'œsophage (Fraenkel, 23) — dans la cholélithiase (Bangher) chez deux typhiques (Garnier et Simon, 75) — dans un cas de purpura exanthématique (Carrière, 72). Il faut faire une place à part à quelques observations rares de septicémies à bac. Perfringens apparues brutalement après une *injection sous-cutanée de caféine ou d'huile camphrée* (Fraenkel 3 cas, Neuwerk, Neumann) ou

intraveineuse de Novarsénobenzol (Widal, May et Isch. Wall); on peut dire que ce sont là les seules septicémies *primitives* à bac. Perfringens.

Cliniquement, ces septicémies ne diffèrent pas des formes que nous avons déjà décrites : là encore, le bac. Perfringens se montre hémolytique et ictérigène. Il est probable que le bacille décrit en 1891 par Achalme (69) dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu, est identique au bac. Perfringens.

Enfin, comme le fait remarquer V. de Lavergne, la lecture de maintes observations d'appendicite gangréneuse, de gangrène gazeuse, d'infection puerpérale, permet de retrouver certains signes : ictère, cyanose, hématuries, toxi-infection grave, dont la constatation induit à penser que ces affections s'étaient compliquées, à un moment de leur évolution, de septicémie à bac. Perfringens. L'observation de Blackader et Gillies (95) que ses auteurs attribuent au colibacille, concerne très probablement une septicémie à bac. Perfringens, dont elle offre tous les symptômes, y compris la méthémoglobinémie. Les observations I, IV, VI, X, XVIII, XLV et LIV de la thèse de Paul (101), concernant les perforations utérines gangréneuses liées à des manœuvres criminelles, offrent des symptômes non douteux de septicémie à bac. Perfringens.

V. de Lavergne insiste encore sur la similitude que présentent avec les septicémies à bac. Perfringens certains ictères graves du nouveau-né [= maladie bronzée hématurique (Laroyenne), cyanose ictérique avec hémoglobinémie (Winckel)] dont voici les principaux symptômes : « ... teinte cyano-ictérique des téguments, cyanose des extrémités, hématuries donnant aux urines une teinte presque noire, avec fièvre et évolution mortelle en deux ou trois jours... » (Lesage et Demelin, 99). Ne croirait-on pas lire la description même d'une septicémie à bac. Perfringens? Pour qu'il y ait identité complète entre les deux affections, la preuve bactériologique seule fait défaut.

Les septicémies à bac. Perfringens sont donc probablement « moins exceptionnelles que méconnues »; elles se montreraient sans aucun doute plus fréquentes, *si l'hémoculture en milieu anaérobie* était systématiquement pratiquée dans nombre d'affections putrides, d'anémies aiguës ou de syndromes mal classés.

Anatomie pathologique. — Si dans quelques cas les lésions qu'on observe à l'autopsie sont banales ou peu importantes (cas de Fiessinger et Vignes) la plupart du temps, elles sont *très spéciales* et assez caractéristiques pour permettre le diagnostic rétrospectif de septicémie à bac. Perfringens.

Macroscopiquement : le cadavre est gonflé, distendu, « soufflé » comme un cadavre de noyé; des bulles de gaz s'échappent par les narines, les téguments crépitent sous le doigt. Après ouverture on constate que le tissu cellulaire, les reins, l'utérus, la rate, etc., sont criblés de *bulles gazeuses* (Schaumorgane des Allemands); en particulier *le foie*, tuméfié, sonore à la percussion, se montre à la coupe spongieux, creusé de logettes contenant des gaz fétides, au point que des fragments de cet organe flottent sur l'eau. Toutes les séreuses contiennent une petite quantité de sérosité rougeâtre, fétide, plus ou moins louche, où fourmillent les bac. Perfringens.

Histologiquement : plusieurs faits retiennent l'attention : 1° presque nulle part sur les coupes on ne trouve de globules rouges; ceux qui subsistent, très rares, sont altérés au point d'être méconnaissables; 2° par contre tous les organes *fourmillent de bac. Perfringens à l'état pur* : les germes sont particulièrement nombreux dans les capillaires et à la périphérie des bulles gazeuses dont ils tapissent les parois; 3° les organes présentent des zones étendues d'infiltration leucocytaire et de mortification cellulaire, et, lorsque l'évolution s'est suffisamment prolongée, des abcès miliaires.

Le *foie*, fait capital, ne présente ordinairement pas de lésions cellulaires graves, si l'on excepte l'état « emphysémateux » et l'infiltration bactérienne des espaces de Kiernan. La cellule hépatique elle-même est peu touchée, présentant souvent même un certain degré d'hyperplasie. Il est beaucoup plus rare d'observer des hépatites avec dégénérescence cellulaire accentuée (Boidin et de Gennes, Fiessinger).

Les *reins* sont augmentés de volume, brunâtres ou noirâtres à la coupe, comme « carbonisés » (Boidin et de Gennes, Baize et Mayer), parsemés de zones de nécrose et d'abcès miliaires. Presque toujours il y a *néphrite* : réaction glomérulaire discrète, mais dégénérescence kystique des tubuli, œdème et infiltration leucocytaire du tissu interstitiel. Quelques fois, l'appareil glomérulo-tubulaire semble peu altéré, mais se montre rempli « bloqué » en quelque sorte, par un exsudat pulvérulent probablement hémoglobinique (Widal).

L'utérus (lorsque la septicémie reconnait une origine puerpérale) est gros et mou, le col est entr'ouvert, et la cavité agrandie : la muqueuse est noirâtre villeuse, irrégulière, presque toujours il y a rétention placentaire. On trouve parfois la preuve des manœuvres abortives sous la forme *d'une perforation* d'aspect et de dimensions variables. La muqueuse est nécrosée souvent en totalité, et remplacée par une épaisse couche de Bac. Perfringens. Les sinus utérins sont occupés par *des thrombus* constitués presque uniquement par des amas microbiens.

Rate, pancréas, cœur, poumons (Baize et Mayer) système nerveux (Widal) présentent des lésions analogues.

Ces altérations se distinguent nettement de celles qui résultent de la putréfaction cadavérique : elles sont infiniment *plus précoces* dans leur apparition (on peut les constater quelques heures seulement après la mort, et en fait, elles sont contemporaines de l'existence même du sujet); elles ont un caractère strictement *monomicrobien*, bien différent de l'invasion polymicrobienne cadavérique ; enfin elles s'accompagnent histologiquement de réactions cellulaires et de petites hémorragies liées à la dislocation des capillaires par les bulles de gaz qui ne peuvent avoir été réalisées qu'ante mortem.

Diagnostic. — Le diagnostic de septicémie à Bac. Perfringens dans sa forme typique (la plus commune) ne présente pas cliniquement de grande difficultés; il suffit d'y penser lorsqu'on constate la triade : ictère cyanique, hémoglobinurie, sérum laqué, avec signes généraux graves chez un blessé porteur d'une plaie gangréneuse ou chez une femme qui vient d'accoucher ou d'avorter.

Mais dans certains cas, le syndrome est moins nettement tranché, la femme peut dissimuler les manœuvres abortives qu'elle a subies. Divers diagnostics sont alors à discuter.

On établit assez facilement *la nature hémolytique* de l'ictère, ce qui permet d'éliminer les *ictères infectieux par hépatite* et en particulier l'*ictère grave spirochétien* dont certains symptômes (coloration « grenade » des téguments, oligurie, azotémie) ne sont pas sans analogie avec ceux des septicémies à Bac. Perfringens (Boidin et de Gennes, Fiessinger). La distinction entre ictères hémolytiques et hépatogènes est d'ailleurs un peu schématique, et l'on sait, depuis les travaux de E. Chabrol et H. Bénard (96) que dans la plupart des cas, altérations hépatiques et sanguines combinées en proportions variables concourent à la production des ictères septicémiques.

Le diagnostic avec *les autres ictères graves hémolytiques* infectieux ou toxiques, est beaucoup plus difficile cliniquement. Certaines *septicémies streptococciques* [Sacquépée (103)], Abrami, Ch. Richet fils et R. Monod (94) ou *colibacillaires* [Blackader et Gillies (95)], certains états infectieux avec ictère, anémie intense et métastases pulmonaires que Schottmüller, Bingold, Schwartz ont décrit chez des puerpérales sous le nom de « sepsis putrida » et qu'ils attribuent à un streptocoque anaérobie(?), réalisent des tableaux cliniques presque identiques à ceux des septicémies à Bac. Perfringens et ne peuvent en être distingués qu'après l'hémoculture. Les autres septicémies à microbes anaérobies, assez mal connues, ne sont généralement pas ictérigènes sauf lorsqu'elles déterminent une hépatite, comme dans le cas de Teissier, Reilly, Rivalier et Layani (104) où l'hémoculture révéla le Bac. Funduliformis.

L'absorption de certaines substances : extrait éthéré de fougère mâle, essence de Mirbane, acétanilide, aniline, dont quelques-unes ont pu être ingérées dans un but abortif, ou de certains champignons peut être à l'origine d'ictères graves hémolytiques, à la vérité peu fréquents. L'apyrexie habituelle, l'odeur d'amandes amères de l'haleine et des vomissements dans l'intoxication nitrobenzénique, l'hémoculture négative sont autant de caractères différentiels entre ces ictères toxiques et l'ictère des septicémies à Bac. Perfringens.

En dernier ressort, c'est *l'hémoculture* qui permet de poser avec exactitude le diagnostic de septicémie à Bac. Perfringens. L'ensemencement du sang sur milieux ordinaires ne donne habituellement *rien*; il est indispensable, lorsqu'on soupçonne une septicémie de cette nature, de cultiver directement le sang *en milieu anaérobie*. Parmi les nombreuses techniques préconisées à cet effet, une des plus pratiques est celle de L. Boez (80); on peut encore utiliser le procédé si simple indiqué par Veillon, et résumé dans un article récent de Teissier, Reilly, Rivalier et Layani (104) « ... Dans deux longs tubes de verre de $25^{cm} \times 2^{cm}5$, on introduit 8 centimètres cubes de gélose Veillon (agar, peptone, sucre et bouillon de viande macérée) et 80 centimètres cubes de bouillon peptoné ordinaire, additionné de 2 centimètres cubes d'une solution de glucose à 20 p. 100. Les tubes ainsi préparés sont portés au bain-marie bouillant durant une demi-heure, de manière à éliminer tout l'air dissous, puis maintenus dans l'eau tiède à 45 degrés, et transportés au lit du malade. On pratique alors l'ensemencement en projetant dans le premier tube 1 centimètre cube de sang et dans le second 3 à 4 centimètres. Aussitôt après, les tubes sont plongés dans l'eau froide. En un quart d'heure le milieu se prend en une masse demi-molle... Il ne reste plus qu'à placer les tubes à l'étuve et à surveiller les jours suivants le développement des colonies. »

On identifie ensuite le germe ainsi isolé par la recherche des caractères que nous avons énumérés au début de cet article. On peut enfin, pour s'assurer que le Bac. Perfringens ne se comporte pas seulement comme un « germe de sortie », mais bien comme un agent pathogène spécifique, rechercher (comme l'ont fait Widal et ses collaborateurs) *l'agglutination* du microbe par le sérum du malade, ainsi que le phénomène de Pfeiffer.

La *culture des urines* pratiquée dans les mêmes conditions d'anaérobiose que celle du sang, donne presque constamment un résultat positif.

Traitement. — Etant données la gravité habituelle et la marche souvent foudroyante des septicémies à Bac. Perfringens, tout essai thérapeutique peut sembler illusoire. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et d'indiscutables guérisons ont été rapportées par Weinberg et Seguin, N. Fiessinger, Lehmann, Nürnberger, et d'autres grâce à la sérothérapie spécifique intensive associée à l'exérèse chirurgicale du foyer gangréneux. D'autre part, une thérapeutique opportune a peut-être empêché certaines bactériémies de se transformer en septicémie vraie (V. de Lavergne). Il faut donc, dès que la présomption clinique est suffisante, et sans attendre les résultats de l'hémoculture, instituer un traitement rationnel dont nous nous bornerons à indiquer les grandes lignes :

Trois buts essentiels doivent être poursuivis : 1° détruire le Bac. Perfringens en circulation dans le sang et neutraliser ses toxines; 2° supprimer le foyer infectieux d'où les germes sont incessamment déversés dans la circulation; 3° soutenir l'état général et donner à l'organisme des moyens de défense.

1° *La première indication* est remplie par la sérothérapie antiperfringens, qui doit être selon l'expression classique, « précoce, massive et prolongée ». Les doses moyennes chez l'adulte sont de 60 à 100 centimètres cubes par vingt-quatre heures, introduites moitié par voie intraveineuse (avec les précautions d'usage), moitié par voie cutanée ou intra-musculaire.

2° *Supprimer le foyer gangréneux* n'est pas tou-

jours facile; s'il s'agit d'une plaie de guerre, on pratiquera le débridement large et le nettoyage, les irrigations à l'eau oxygénée de la blessure ou du phlegmon gazeux. Dans les septicémies à Bac. Perfringens d'origine puerpérale, la conduite à tenir est subordonnée à la gravité des lésions locales. En cas d'endométrite, *le curettage* (Lehmann) peut suffire, mais lorsqu'il y a métrite totale, seule l'hystérectomie précoce et large peut sauver la malade (Heim, Brune). La péritonite est toujours mortelle.

3° Bien entendu, on luttera contre l'algidité et la tendance au collapsus par les tonicardiaques, l'éther l'huile camphrée, les injections de sérum physiologique ou glucosé, etc. Les *transfusions sanguines*, compte tenu des compatibilités qui sont ici d'une particulière importance, sont très indiquées, et doivent être abondantes et répétées.

Malgré tous les efforts thérapeutiques, le pronostic des septicémies à Bac. Perfringens reste très sombre et leur mortalité effroyable.

BIBLIOGRAPHIE

a. **Septicémies à Bac. Perfringens en général.** — 1. De Lavergne (V.). Rapport sur les septicémies médicales aiguës ou chroniques, à germe connu ou inconnu, *XIXe Congrès franç. de méd.*, 1927, t. I, p. 223.
2. Teissier (P.). *Bull. méd.*, 31 juillet 1926, p. 895-900.
3. Vaucher et Woringer. *Septicémies. Septicopyohémies. Bactériémies*, Doin, Paris 1924 (avec bibliographie).
4. Vaucher et Woringer. *Journ. méd. franç.*, 1925, t. XIV, p. 141 à 155.

b. **Septicémies à Bac. Perfringens d'origine puerpérale.** — 5. Baize (P.) et Mayer (M.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 nov. 1929.
6. Bar et Belloy. *Soc. d'obst. de Paris*, 15 fév. 1900.
7. Bar, Brindeau et Chambrelent. *Traité d'obstétrique*, 4e édition, 1927, t. II, p. 321 (avec petite bibliographie).
8. Bingold (K.). *Beitr. z. klin. d. Infekt.*, 1914, Bd III, p. 377; — *Ibid.*, 1915, Bd IV; — *Ibid.*, 1917, Bd VI, p. 209; — *Deut. med. Woch.*, 1915, n° 7, p. 191; — *Zeit. f. klin. Med.*, Bd XCII, p. 140; — *Virch. Arch.*, 1921, Bd CCXXXIV, p. 332; — *Ibid.*, 1924, Bd CCXLVI, p. 13.
9. Bondy. Gasbacillen sepsis mit hämoglobinämie, *Centralbl. f. Pathol.*, 1912; — *Münch. med. Woch.*, 1911.
10. Brindeau et Macé. Sur les anaérobies dans l'infection puerpérale, *Congrès intern. de méd.*, comptes rendus, Paris 1900, section d'obstétrique, p. 107-111.
11. Brodhead (G. L.). *Med. Record*, New-York 1918, t. XCIII, p. 744.
12. Brütt. *Arch. f. gyn.*, 1923, Bd CXVI, p. 1; — *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, p. 1317.
13. Brütt et Lehmann. *Klin Woch.*, 1927, n° 32, in *Münch. med. Woch.*, 1927, p. 1522.
14. Chomé. *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, avril 1926, t. III, p. 193 (Revue générale).
15. Cole. *John's Hop. hosp. Bull.*, 1902, t. XIII, p. 234.
16. Dennig. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1900, Bd LXV, p. 524.
17. Dobbin (G. W.). *John's Hop. hosp. Bull.*, 1897, t. VIII, p. 24-28.
18. Dohrn. *Arch. f. gyn.*, Bd III, p. 492.
19. Demelin et Létienne. *Soc. anat. de Paris*, 10 nov. 1893.
20. Ernst (P.). *Virch. Arch.*, 1893, Bd CXXXIII, p. 308.
21. Feuillée, Mouzon et David (M.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 oct. 1926, p. 1452.
22. Fink. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1920, Bd LII, p. 386.
23. Fraenkel (Eugen). *Münch. med. Woch.*, 1899, nos 42 et 43, p. 1369 et 1420; — *Ibid.*, 1912, p. 2924; — *Centralbl. f. Bakt.*, Bd XIII, n° 1; — *Virch. Arch.*, 1923, Bd CCXLI; — *Ibid.*, 1889, Bd CXVIII, p. 526; — *Zeit. f. Hyg.*, 1902, t. XL, p. 73; — *Deut. med. Woch.*, 1919, n° 12, p. 317.
24. Fraenkel (E.) et Zeissler. *Berl. klin. Woch.*, 1920, p. 1017.
25. Gwynn. *John's Hop. Hosp. Bull.*, 1899, t. X, p. 134.
26. Halban. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, Bd XI, p. 88.
27. Heim (K.). *Centralbl. f. Gyn.*, 1924, p. 119; — *Zeit. f. Geb.*, 1924, Bd LXXXVII, p. 156.
28. Heynemann. *Zeit. f. Geb. u. Hyg.*, 1911, Bd LXVIII, p. 425 (avec bibliographie); — *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, p. 855; — *Verh. d. Nord. ges. f. Gyn.*, 28 oct. 1922, in *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, p. 136.
29. Jeannin (Cyrille). Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides, *Th. de Paris*, 1902.
30. Kohl (A.). *Centralbl. f. Gyn.*, 1928, n° 21, in *Münch. med. Woch.*, 1928, p. 1096.
31. Krönig. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 422.
32. Krönig et Menge. *Monat. f. geb. und Gyn.*, vol. IX.
33. Lehmann (W.). *Virch. Arch.*, 1923, Bd CCXLVI, p. 434-442; — *Münch. med. Woch.*, 1926, Bd LXXIII, p. 1606-1655 (travail important).
34. Lehmann (W.) et Fraenkel (E.). *Arch. f. Gyn.*, 1924, Bd CXXII, p. 692.
35. Lenhartz (H.). *Arch. f. klin. med.*, 1895, Bd CXLVI; — Die septischen Erkrankungen, *Noth. Spez. Pathol. und Therapie*, 1903, t. III, p. 2.
36. Lehndorf et Stieffler. *Münch. med. Woch.*, 1917, p. 1311.
37. Little (H. M.). *John's Hop. hosp. Bull.*, 1905, t. XVI, p. 196-203.
38. Marx (A. M.). *Centralbl. f. Gyn.*, 1921, p. 773.
39. Milian (G.). *Soc. anat. de Paris*, juillet 1900, p. 694.
40. Mouchotte et Carton (J.). *Soc. anat. de Paris*, 1902, t. LXXVII, p. 125-138.
41. Natvig. *Arch. f. Gyn.*, n° 76.
42. Naujoks. *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, p. 240.
43. Norris. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1899, t. CXVII, p. 172.
44. Nürnberger (L.). Die diagnose u. Therapie des Puerp. Infektion mit Fränkelschen gasbacillen, *Münch. med. Woch.*, 1925, t. LXXII, p. 1671 et 1735 (gros travail avec importante bibliographie); — *Münch. med. Woch.*, 1926, t. LXXIII, p. 1460.
45. Schäfer. *Verh. d. ges. f. Gyn. z. Berlin*, 20 juin 1924, in *Zeit. geb. u. Gyn.*, Bd LXXXVIII, p. 440.
46. Schmid (H. H.). *Wiener klin. Woch.*, 1915, p. 1317.
47. Schöttmuller (H.). *Münch. med. Woch.*, 14 mars 1911, t. LVIII, p. 557; — *Ibid.*, 1910, p. 1817; — *Ibid.*, 1913, p. 156; — *Ibid.*, 1921, p. 662; — *Centralbl. f. Bakt.*, orig., Bd LXIV, p. 270; — *Mitt. Grenz.*, 1910, Bd XXI, p. 450.
48. Schumm (O.) et Hegler. *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 2924.
49. Schuler. *Münch. med. Woch.*, 1914, n° 48.
50. Simon (W.). *Münch. med. Woch.*, 18 août 1922, t. LXIX, p. 1209.
51. Teissier (P.), Rivalier (E.) et Thurel (R.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 avril 1926, p. 596.
52. Théobald (G. W.). *Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp.*, 1924, Bd XXXI, p. 282.
53. Thoyer-Rozat. *Soc. anat. de Paris*, nov. 1901.
54. Trivino. *Med. Ibera*, 1923, t. XVII, p. 1.
55. Warnekros. *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, p. 1010; — *Arch. f. gyn.*, 1913, Bd C, p. 173; — *Ibid.*, 1915, Bd CIV, p. 301.
56. Wendeler. *Monat. f. Geb.*, 1896, Bd IV, p. 581.
57. Widal, Lemierre, Abrami et Léon-Kindberg. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 nov. 1911, p. 335.

58. WOOD (F. C.). *Proc. New-York pathol. Soc.*, 1901, p. 25-31.
59. YOUNG (E. B.) et KHEA (L. J.). *Boston med. and surg. Journ.*, 1909, t. CLX, p. 401.

c. **Septicémies à Bac. Perfringens consécutives aux plaies de guerre.** — 60. FIESSINGER et CHENOT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 avril 1926, p. 601.
61. FIESSINGER et VIGNES. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 mars 1916, p. 470-474.
62. FIESSINGER, WERTHEIMER et MEYER (J.). *Lyon chir.*, janv. 1919.
63. LÉVY, COTTE et LATARJET. *Paris méd.*, 28 août 1915, p. 312-313.
64. SACQUÉPÉE. In *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Widal et Teissier, 1920, t. I.
65. STOCKES. *Lancet*, 10 avril 1925.
66. TAYLOR. *Journ. of pathol. and bactériol.*, 1916, p. 384.
67. VAUCHER. In *Septicémies, septico-pyohémies, bactériémies* de Vaucher et Woringer, Paris 1924, Doin.
68. WEINBERG et SEGUIN. *La Gangrène gazeuse*, Paris 1918.

d. **Septicémies à Bac. Perfringens de causes diverses.** — 69. ACHALME. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1902.
70. BANGHER. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1914, p. 1153.
71. BOIDIN et DE GENNES. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 avril 1926, p. 601.
72. CARRIÈRE. In *Septicémies*, etc. de Vaucher et Woringer.
73. CAUSSADE et GLÜCK (L.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 juillet 1927, p. 1244.
74. DAVID (Marcel). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 oct. 1926.
75. GARNIER et SIMON. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 oct. 1907.
76. WIDAL, MAY et ISCH-WALL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 juin 1925.

e. **Bactériémies à Bac. Perfringens.** — 77. BOEZ (L.). *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, déc. 1927, p. 820.
78. BOEZ et SCHREIBER. *Presse méd.*, 14 sept. 1927, p. 1122, Revue générale.
79. RÖMER (C.). *Beit. z. klin. d. Infekt.*, usw, 1912, Bd 1, p. 299.

f. **Bactériologie du Bac. Perfringens.** — 80. BOEZ (L.). *C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, t. XCI, p. 1276.
81. BULL et PRITCHETT. *Journ. of experim. med.*, 1917, p. 119.
82. COSTA et TROISIER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1915, p. 354.
83. DOPTER et SACQUÉPÉE. *Traité de bactériologie*, 1921, t. II, p. 702.
84. FRAENKEL (E.). *Ueber gasphlegmonen*, Hamburg und Leipzig, 1893; — *Lubartsch-Ostertag Engebn. d. allgem. Path. u. Pathol. Anat.*, édit. 1902, t. VIII, p. 403.
85. HAMM. *Die Puerperale Wundinfektion*, Berlin, Springer 1912.
86. SCHÖTTMULLER et BINGOLD. Die septischen Erkrankungen, in *Mohrst. Hand. d. inn. Med.*, 1925, Bd 1.
87. TISSIER. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1916, et avril 1917.
88. TISSIER. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1908, p. 189-207.
89. VEILLON (A.) et ZUBER. *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1898, p. 539; — *Semaine méd.*, 1897, p. 85.
90. WEGELIUS. *Arch. f. gyn.*, 1909, Bd LXXXVIII, p. 249.
91. WEINBERG. *C. R. de la Soc. de biol.*, 18 juillet 1917.
92. WELCH et NUTTAL. *John's Hop. hosp. Bull.*, 1892, t. III, p. 81.
93. WORDSWORTH. *Amer. Journ. of obst.*, avril 1901.

g. **Divers.** — 94. ABRAMI, Ch. RICHET fils et MONOD (R.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 mars 1910, p. 199.
95. BLACKADER et GILLIES. *New-York med. Journ.*, 1907, p. 483.
96. CHABROL (E.) et BÉNARD (H.). *Gaz. des hôpit.*, 19 fév. 1921, p. 229.
97. GUILLEMOT, HALLÉ et RIST. *Arch. de méd. expérim.*, sept. et nov. 1904.
98. LAVERGNE (V. DE). *Paris méd.*, 7 juin 1924.
99. LESAGE et DEMELIN. *Revue de méd.*, janv. 1898.
100. MORIZE. Sur la maladie bronzée hématurique, *Th. de Paris*, 1911.
101. PAUL (Ch.). Contribution à l'étude de l'avortement criminel : les perforations utérines gangréneuses, *Th. de Paris*, 1906.
102. POLLAK. Maladie de Winckel, *Wiener med. Press.*, 1871, n° 18.
103. SACQUÉPÉE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 fév. 1909, p. 165.
104. TEISSIER, REILLY, RIVALIER et LAYANI. *Paris méd.*, 30 mars 1929, p. 301.
105. WEIHE. Maladie de Winckel, *Zeit. f. Kind.*, 1918, p. 319.
106. LEMIERRE (A.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1918, p. 1001-1004.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1929)

Rôle d'Ornithodorus erraticus dans la transmission naturelle de deux spirochètes récurrents. Danger de la propagation de la fièvre récurrente hispano-marocaine à l'Algérie et à la Tunisie. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et Jacques COLAS-BELCOUR.

Pseudo-cocaïne droite et cocaïne gauche : essais comparés de rachi-anesthésie chez le chien. — MM. Jean REGNIER et Fernand MERCIER.

Mécanisme d'action du bistouri électrique à haute fréquence. (Etude des effets mécaniques des courants de haute fréquence; leur action hémostatique sur les vaisseaux.) — MM. Ch. CHAMPY et M. HEITZ-BOYER.

Technique nouvelle de perfusion sanguine. — MM. Léon BINET et Charles MAYER.

Mode de transmission de l'érythème polymorphe aigu épidémique. — MM. C. LEVADITI et F.-R. SELBIE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1930)

Installation du bureau pour l'année 1930. — Discours de M. Quénu, président sortant; allocution de M. Ménétrier, président pour 1930.

Le bureau pour 1930 est donc ainsi constitué : président, M. Ménétrier; vice-président, M. de Lapersonne; secrétaire général, M. Achard; secrétaire annuel, M. J. Renault; trésorier, M. Hanriot.

Notice nécrologique sur M. Vialleton. — M. PORTIER.

Rapport sur des demandes d'autorisation de sérums. — M. RENAULT.

Rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance. — M. LESAGE.

Sur les œufs et leur conservation par le froid. — M. CADIOT. La production annuelle des œufs en France dépasse 5 milliards. Aux Etats-Unis, elle est d'environ 25 milliards. Chaque année, « la poule américaine » produit 1.250 millions de dollars, plus de 30 milliards de francs. Les statistiques de l'octroi établissent que la consommation annuelle des œufs à Paris s'est élevée à 780 millions en 1912 et 1913;

qu'elle a diminué graduellement de 1921 à 1928, sans doute en raison de la cherté de cet aliment. Pour chacune des années 1927 et 1928, elle a été inférieure de 245 millions à celle de 1912 et 1913.

La production des œufs est abondante de mars à juin avec maximum en avril (16 p. 100) et très réduite d'octobre à janvier avec minimum en novembre (1,3 p. 100); aussi, au printemps, conserve-t-on des œufs pour la période de pénurie. Seul, le froid — la réfrigération des œufs à + 1° C. dans une atmosphère composée d'acide carbonique et d'azote — permet leur parfaite conservation. C'est le procédé Everaert-Lescardé, appliqué par la Société normande de produits alimentaires dans le frigorifique du Havre, et qui traite annuellement 10 millions d'œufs. MM. Deval et Kohn-Abrest, après avoir étudié le procédé et ses résultats, ont conclu que les œufs ainsi traités possèdent toutes les qualités gustatives et organoleptiques de l'œuf frais. Ils estiment qu'on devrait les désigner sous le nom d'*œufs frais stabilisés*.

Le mot répond bien à la chose, mais aujourd'hui, ajoute M. Cadiot, les mots *stabilisé* et *stabilisation* sonnent plutôt mal à beaucoup d'oreilles françaises. Cette fois, heureusement, il s'agit d'une stabilisation qui ne fait de tort à personne tout en rendant accessible aux petites bourses, pendant la saison rigoureuse, un aliment complet, sain et savoureux.

Sur la radio-activité de la source n° 10 (Source des Arcades) récemment captée à Plombières. (Présentation faite par M. Desgrez.) — MM. Delaby et Janot.

Considérations sur les avantages sociaux et économiques de la malariathérapie. — MM. Leroy et Medakovitch attirent l'attention sur les avantages sociaux et économiques de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale en 1928.

Paralytiques traités par les anciennes méthodes : sortis 2 p. 100, maintenus en traitement 25 p. 100, transférés 18,1 p. 100, décédés 56,8 p. 100.

Paralytiques traités par l'impaludation : sortis 47,9 p. 100, améliorés 14,7 p. 100, maintenus en traitement 8,8 p. 100, transférés 5,8 p. 100, décédés 22,5 p. 100.

Il en résulte que les sorties des paralytiques généraux impaludés atteignent environ 50 p. 100 contre 2 p. 100, et que la mortalité, sous l'influence de ce nouveau mode de traitement, est passée de 56,8 p. 100 à 22,5 p. 100.

Avant la malariathérapie on ne connaissait pas de pareils succès. La plupart des malades sortis ont récupéré la capacité professionnelle antérieure ou se sont montrés, en tout cas, capables de subvenir à leurs besoins et de se diriger dans la société.

Les avantages économiques ne sont pas moins importants. Les paralytiques traités sans paludisme ont une durée moyenne de séjour à l'asile de 240 jours contre 124 pour les paralytiques traités par l'impaludation. Cette réduction de la durée d'hospitalisation entraîne une réduction des frais s'élevant à 167.000 fr. environ pour les paralytiques traités dans le service en 1928.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1929)

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. Lenormant présente avec leurs radiographies de nouvelles observations de disjonction symphysaire. Un des malades présentait en même temps une fracture verticale de l'aile iliaque qu'il a opéré avec bon résultat.

Allongement traumatique du tendon rotulien. — M. Schwartz fait un rapport sur cette observation de M. Villechaise (de Toulon). L'allongement du tendon paraît dû à une série de ruptures partielles.

Ostéite primitive du frontal. — M. Martin rapporte cette observation de M. Murard (du Creusot). Après une première ouverture d'un abcès sous-orbitaire, un nouvel abcès apparut au niveau de la bosse frontale gauche et fut incisé. Guérison après élimination d'un séquestre, mais une nouvelle poussée tardive d'ostéomyélite emporta l'enfant.

Hématocolpos. — M. Martin fait un rapport sur une observation de M. Guillemin (de Nancy). Après ouverture de la poche la malade commença une grossesse terminée par avortement.

Spondylite typhique. — M. Lance rapporte cette observation de MM. Guillemin et Mathieu (de Nancy). Le diagnostic fut tardivement posé grâce à l'examen sérologique. Le diagnostic est très difficile si la typhoïde a été méconnue car l'aspect radiographique n'est pas caractéristique. Mais l'évolution suivie sur des radiographies successives montre la rapidité d'évolution des lésions. M. Lance estime que la vaccinothérapie a une action extrêmement favorable tant sur les douleurs que sur l'évolution de cette affection.

M. Sorrel pense également que les lésions typhiques évoluent très rapidement, ce qui permet parfois de soupçonner le diagnostic.

Quatre cas de volvulus du grêle. — M. Grégoire rapporte ces observations de M. Jacques Guibal (de Nancy). M. Grégoire insiste sur le fait que dans trois cas ces volvulus paraissaient « secondaires » à une bride péritonéale entravant les pieds de l'anse intéressée.

Luxations récidivantes de l'épaule. — M. Bazy présente ces observations de MM. Paitre et Didier qui insistent sur l'existence d'un traumatisme réel, sur le fait que la réduction a toujours été faite sans anesthésie, sur la coexistence d'autres malformations osseuses chez les trois malades. Ils ont constaté à l'intervention l'existence d'une bourse préglénoïdienne avec usure antérieure du bourrelet glénoïdien et encoche postérieure de la tête humérale qui est elle-même en hachette. Les auteurs insistent sur l'utilité de la fermeture du collet de la bourse préglénoïdienne.

Thrombo-angéite oblitérante juvénile aiguë. — M. Grégoire présente une observation personnelle de cette affection. Ce cas est en faveur d'une origine inflammatoire de cette affection et appuie donc l'opinion de Leo Bürger sur la pathogénie de cette thrombo-angéite oblitérante juvénile. Guérison rapide après amputation. L'injection lipiodolée faite après amputation montre un arrêt de la substance opaque au même niveau dans tous les vaisseaux.

M. Schwartz fait remarquer que parfois on ne perçoit pas les battements artériels alors que l'artère est restée perméable.

Diagnostic des tumeurs cérébrales. — M. de Martel fait remarquer que le plus souvent il s'agit non pas de tumeurs cérébrales à proprement parler, mais de tumeurs intracraniennes; il insiste sur l'utilité de l'interprétation de l'examen ophtalmoscopique; sur la valeur localisatrice du premier symptôme, et illustre ses dires d'une série d'observations personnelles.

Présentation de radiographies. — M. Mauclaire : Disjonction symphysaire après symphyséotomie.

Présentation de malades. — M. de Martel présente une série de malades opérés pour tumeurs intracraniennes.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION ANALGÉSIQUE (1),

Par le docteur HOLLANDE.

En médecine générale aussi bien qu'en stomatologie, les médicaments analgésiques qui agissent d'une manière certaine sont très rares. Sans doute, il y a l'opium, la morphine et leurs dérivés, mais on sait les inconvénients de ces narcotiques. Certes, le pantopon réalise à l'heure actuelle le moyen le plus sûr d'administrer la thérapeutique opiacée : il ne faut pas oublier néanmoins que tous les médicaments injectables peuvent exposer à ce qu'on a justement appelé « la piquomanie ». Il est donc très intéressant d'avoir à sa disposition un produit absorbable seulement par voie buccale, qui jouisse de propriétés antalgésiques très nettes : l'allonal est, on l'a dit, un véritable analgésique renforcé. Comme on sait, l'allonal est l'allylisoprophylbarbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ; il présente toutes les propriétés en quelque sorte spécifique de la diméthyl-amido-antipyrine, complétées, prolongées et consolidées par les qualités sédatives et progressivement hypnogènes de l'acide allyl-isopropylbarbiturique, qui, d'après l'expérimentation physiologique et clinique, est le moins toxique des barbituriques ; d'où les indications multiples de l'allonal, et comme hypnotique, surtout dans les insomnies causées par la douleur, et comme sédatif, surtout chez les agités et les anxieux, et comme analgésique, dans les algies les plus intenses, comme par exemple celles que vient d'étudier M. Abbal, au centre anticancéreux de Montpellier. Mais M. Hollande, le distingué stomatologiste de l'hôpital Foch, a étudié surtout l'allonal au point de vue de la pratique stomatologique et il a tâché d'utiliser ce médicament sans être obligé d'avoir recours à l'anesthésie locale : pour obtenir ce résultat, il faut employer l'allonal à doses massives, en une seule fois, c'est-à-dire 1/2 à 1 comprimé chez les enfants et intervenir une demi-heure après ; 2 à 2 comprimés 1/2 chez les adultes et intervenir trois quarts d'heure après ; une dose supérieure serait trop forte et pourrait provoquer le sommeil du patient ; en agissant ainsi, on peut pratiquer dans d'excellentes conditions l'extraction d'une dent abcédée, l'ajustage de bagues pour couronnes et pour bridges, l'obturation de caries du collet avec hyperesthésie et, d'autre part, l'allonal présente un gros intérêt, car il calme l'appréhension et, comme son action se prolonge quelques heures, le patient peut rentrer chez lui sans souffrir et même passer une excellente nuit. Cette action tout à fait exceptionnelle de l'allonal doit être connue de tous les praticiens, car elle est susceptible de rendre les plus grands services en médecine comme en chirurgie.

(1) *Concours méd.*, Paris, 7 juillet 1929.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 14 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président ; Lesbouyries et Moussu. — M. BARRAULT. Considérations sur l'excès de volume du fœtus dans la race normande.

Mercredi 15 janvier. — Jury : MM. Teissier, président ;

Ombrédanne, Mathieu et Moreau. — M. MORAUX. Etude de la question du pied plat statique. — M. PINOCHE. Contribution à l'étude du traitement du tétanos.

Jeudi 16 janvier. — Jury : MM. Cunéo, président ; Nobécourt, Basset et Chevallier. — M. VIDAL-NAQUET. Les abcès chroniques des os. — M. KENESI. Etude de l'ostéopsathyrose. — M. SERVEL DE COSNIS. L'acrodynie infantile. — M. PARIS. Les polypes du bassinet.

INFORMATIONS

(SUITE)

GUERRE. — Mutations :

M. le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé de la région de Paris, membre du Comité consultatif de santé, a été nommé directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, en remplacement du médecin général Lévy.

M. le médecin général Lévy, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, a été nommé directeur de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon et membre du Comité consultatif de santé, en remplacement du médecin général inspecteur Lanne.

M. le médecin général inspecteur Lanne, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, membre du Comité consultatif de santé, a été nommé directeur du Service de santé de la région de Paris, en remplacement du médecin général inspecteur Dopter.

— (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Garret, 10e région; André, 20e région; David de Drazigue, 9e région.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Molinie, 15e région; Benard, 20e région; Billet, 1re région; Trémolières et Roinet, région de Paris; Buy, 13e région; Debeyre, 1re région.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Lefavre, 9e région; Ledoux, 19e corps d'armée; Sézary, région de Paris; Lhoste, 4e région; Renard, 14e région; Dupain, 9e région; Jacod, 14e région; Fabre de Parrel, région de Paris; Pezet, 6e région; Pouget, 1re région; Gonot, 7e région; Minon, 2e région; Monges, 15e région; Santiard, 8e région; Garnier, troupes de Tunisie; Delaunay, 18e région; Tourneux, 17e région; Dive, 12e région; Zaepffel, 5e région; Schreiber, région de Paris; Cauchoix, 3e région; Kuss, région de Paris; Chabeaux, 20e région; Baumel, 16e région; Stern, 6e région; Sergent, 19e corps d'armée; Beaussart, 5e région ; Terracol et Haton, 20e région; Grandclaude, région de Paris ; Laquiere, 19e corps d'armée; Desplas et Brocq, région de Paris; Dionis de Séjour, 13e région; Burnier, région de Paris.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE. — EN FAVEUR DE LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE. — Un tract de propagande est édité par les soins de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine.

Il sera mis à la disposition de tous ses membres pour être, s'ils le désirent, déposé ou épinglé dans leur salon d'attente. Il est ainsi conçu :

Faites vacciner vos enfants contre la diphtérie.

En dépit du sérum, la diphtérie reste une maladie *redoutable* encore beaucoup trop fréquente, traitresse et parfois brusquement *mortelle.*

5.924 cas dans le département de la Seine, en 1928, dont 3.529 à Paris, avec un chiffre de décès en progression constante depuis sept ans. (Bulletin de la statistique municipale.)

Le sérum nécessite, dans les cas graves, de fortes doses et néanmoins n'assure pas toujours la guérison.

Heureusement, la *préservation efficace* et durable de la diphtérie peut être réalisée par une vaccination consistant en une série de piqûres faites à quelques semaines d'intervalle (anatoxine de Ramon).

Ces piqûres sont peu ou pas douloureuses et d'autant moins que l'enfant est plus jeune. L'âge de choix est de deux à dix ans.

Elles sont sans danger à condition d'un *examen médical préalable* qui ajourne les sujets dont l'état général est défectueux.

Cet examen et ces piqûres se font pour le mieux dans le calme du cabinet du *médecin de famille* et individuellement plutôt qu'en séries comme cela se pratique dans les établissements scolaires.

Pères et mères de famille, dans l'intérêt de vos enfants comme de leurs petits camarades, pour faire disparaître la diphtérie comme nous avons vaincu la variole, n'attendez pas les épidémies, conduisez vos bambins à la consultation de votre médecin habituel et demandez lui de les vacciner.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — Cette Ligue a été fondée le 22 février 1929, sous la présidence du professeur Marcel Labbé.

Elle est une branche de la Ligue internationale contre le rhumatisme dont le Siège social est à Amsterdam.

Elle a pour but de poursuivre des recherches sur les causes et la nature du rhumatisme, et d'organiser les moyens de le combattre.

Son Siège social est à Paris : 5, rue Las Cases (VIIe).

Pour faire partie de la Ligue, il faut être présenté par deux membres et agréé par le Conseil d'administration.

Celui-ci fait appel à tous les médecins français qui s'intéressent à la question.

Les demandes d'adhésion doivent être adressées au docteur Lacapère, trésorier-adjoint, 51, rue Bonaparte à Paris (VIe).

Le Conseil d'administration est formé des médecins des hôpitaux, agrégés et professeurs de la Faculté de Paris et des Facultés de province.

Le bureau est ainsi constitué : président-fondateur : professeur Marcel Labbé (de Paris); vice-présidents : professeurs Fernand Bezançon (de Paris), J.-M.-Ch. Etienne (de Nancy), P.-M. Laignel-Lavastine (de Paris); secrétaire général : docteur Henri Forestier (d'Aix-les-Bains); secrétaire-adjoint : docteur Justin-Besançon (de Paris); trésorier général : docteur Jacques Forestier (de Paris); trésorier-adjoint : docteur Lacapère (de Paris).

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Les consultations de M. le docteur Babonneix pour les *maladies nerveuses des enfants* auront désormais lieu le *mercredi matin*, à 9 h. 1/2, au service d'enfants, annexe Grancher, 12 *ter*, rue Grange-aux-Belles, Paris (Xe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henry Bichat, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, maire de Lunéville, mort victime du devoir professionnel; de Boissière (du Havre), victime du devoir professionnel; Guelpa, sénateur du royaume d'Italie, bien connu par ses travaux de thérapeutique et créateur de la méthode qui porte son nom, décédé à Montmorency; Paul Bourlier, Camille Astier et Ulric Bernard (de Paris), Lamacq-Dormoy (de Bordeaux), professeur C. G. Scoritchenko-Ambodie (de Leninegrade), professeur G. N. Pinéguine (de Tachkent), Amédée Puttemans (de Bruxelles), professeur Radziwillowicz (de Varsovie), Léon Petitpierre (de Fleurier, Suisse), Albert Thévenot (de Carouge, Suisse).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Alger. — *Concours d'internat et d'externat.* — Prix Poisson. — M. Ezes.

Internat. — Internes titulaires : MM. Imbert (Charles), Gauthier-Saliege, Huguenin.

Internes à la suite : MM. Favre, Seror, Bardenat, Castanier.

Externes en premier : MM. Raynal, Mechali.

Externat. — Externes titulaires : MM. Toreilles, Cohen-Solal, Mises, Mlles Odry, Brigol, Demtchenco, MM. Deymes, Xicluna, Lafuente, Guedj, Ricard, Morali, Molandre, Chef, Benyamine, Dendale, Agostini, Drigues, Constant, Lavallée, Laffargue, Coste, Burou, Mlle Marill, MM. Casanova (J.-A.), Albou, Casenove, Fabregoule, Chakroun, Bougues, Clément, Bouquet de Jolinière, Masseboeuf, Laborde, Mlle Segonds, MM. Arnaud, Mereau.

Externes provisoires : MM. Osmont, Theron, Pigache, Mlle Poli, MM. Vignardoux, Munera, Bratigny, Dugast, Poitrot, Jourdan, Casanova (J.-B.), Martinez, Lièvre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Examens du nouveau régime (médecine), session de février 1930.* — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le mercredi 29 janvier 1930.

Ouverture de la session le lundi 3 février 1930.

Examens de chirurgie dentaire. — L'affichage pour la session de réparation (exclusivement réservée aux étudiants bénéficiaires du décret du 10 janvier 1919) aura lieu le mercredi 29 janvier.

L'ouverture de la session le lundi 3 février 1930.

— Strasbourg. — MM. Muller, ancien doyen de la Faculté des sciences, et Weiss, ancien doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, sont nommés doyens honoraires desdites facultés.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de physique de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont s'ouvrira le lundi 10 mars 1930, au siège de ladite Ecole.

— Marseille. — Sont nommés :

Prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire : M. Salmon.

Aide d'anatomie et de médecine opératoire : M. Dor.

Préparateur d'histologie et d'embryologie : M. Paul Sarradon.

Préparateur de bactériologie : M. Schafer.

Préparateur de physique : M. Viala.

Chef de clinique chirurgicale (professeur Imbert) : M. le docteur J.-B. Paoli ; adjoint : M. le docteur Raymond Imbert.

Chef de clinique chirurgicale (professsur Silhol) : M. le docteur Jules Giraud ; adjoint : M. le docteur Albert Caire.

Chef de clinique chirurgicale infantile : M. le docteur Georges Darcourt ; adjoint : M. le docteur Jean Bouyala.

Chef de clinique dermatologique : M. le docteur André Fournier ; adjoint : M. le docteur Gabriel Avon.

Chef de clinique médicale (professeur V. Audibert) : M. le docteur C. Toinon ; adjoint : M. le docteur Antoine Raybaud.

Chef de clinique obstétricale : M. le docteur Adrien Artaud ; adjoint : M. le docteur Raymond Acquaviva.

Chef de clinique oto-rhino-laryngologique : M. le docteur Paul Bonnet ; adjoint : M. le docteur Joseph Pourtal.

Le service de clinique médicale de M. le professeur V. Audibert est transféré à l'hôpital de la Conception ; un service de consultations gratuites de médecine générale est annexé à la Clinique et recevra les malades indigents tous les jeudis, de 9 h. à midi.

M. le professeur D. Olmer a pris possession de son service

de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu; les consultations gratuites de médecine générale annexée à la Clinique auront lieu tous les samedis, à 9 h.

— REIMS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le lundi 7 juillet 1930 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 15 janvier, à 15 h.

L'éloge de Jalaguier, écrit par le regretté Lecène, secré taire général, sera lu par M. Lenormant.

Rappelons que le bureau pour 1930 est ainsi constitué : président, M. Gosset; vice-président, M. Lenormant; secrétaire général pour cinq ans, M. Proust; secrétaires annuels, MM. Basset et Sauvé; trésorier, M. Toupet; archiviste, M. Mocquot.

MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA BANLIEUE. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Comet, 69; Kahn, 68 1/2; Mlle Lavedan, 68; MM. Weissmann, 67; Morin, 66 1/2; Briand, Tibert, 66; Camus, Mme Scali, 65; MM. Savatier, 62 1/2; Colson, 62; Calonne, Cayla, 61; Vallée, 60; Cornillot, Mlle Tisserand, 58; M. Lefèvre, Mme Michaux, 57; M. Lévy, 56; Mlle Aizière, 55; M. Domingeau-Dulhem, Mlle Campergue, 54; MM. Cavaillès, 53; Cathala, Mme Duter, MM. Pageot, 51; Laurens, Leroy, 50.

ÉCOLE D'APPLICATION DE MARSEILLE. — La chaire de clinique médicale et pathologie exotique est déclarée vacante à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire, dans les conditions prévues à l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services, et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 15 mai 1930, au plus tard.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée à M. le docteur Henri Bichat, maire de Lunéville, chirurgien chef de l'hôpital, mort victime de son dévouement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — NICHAM-IFTIKAR. — *Grand cordon.* — M. Lucien Graux.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Sont désignés pour faire partie de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1930 :

Médecins. — MM. les docteurs Lenglet, Noir et Fanton d'Andon (Seine).

Membres suppléants. — Représentant de l'administration, M. le docteur Legendre.

Médecins. — MM. les docteurs Caillaud (Loiret), Humbel (Seine-et-Oise) et Hartmann (Seine).

MINISTÈRE DE LA MARINE. — AVIS DE CONCOURS (Service de santé). — Des concours pour les emplois de chef de clinique et de professeur dans les écoles de médecine navale auront lieu à Toulon dans le courant du mois de juin 1930 à des dates qui seront fixées ultérieurement :

I. Chef de clinique d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie à l'Ecole d'application de Toulon.

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par l'instruction du 14 avril 1910, modifiée les 26 juin 1923 et 15 mai 1929 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 59).

II. Professeur de pathologie interne et thérapeutique à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

III. Professeur de chimie, physique, histoire naturelle et matière médicale à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

IV. Professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

V. Professeur de physique biologique à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par l'arrêté du 29 juin 1908, modifié les 17 juillet 1926, 27 janvier 1927 et 15 mai 1929 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 46).

— Ont été nommés dans le Corps de santé de la marine : *Au grade de médecin de 2e classe.* — Les élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine :

MM. Le Breton, Billaut, Lemeillet, Chevalier, Lafferre, Legrand, de Tanouarn, Duval, Carre, Magrou, Pasquet, Chrétin, Le Merdy, Morvan, Comby, Le Gallou, Badelon, La Folie, Chabrillat, Coulonjou.

LA VARIOLE A LONDRES. — Quatre-vingts nouveaux cas de variole ont été signalés, la semaine dernière, dans différents quartiers de Londres. Le total des cas serait actuellement de 440 pour l'agglomération londonienne.

XXIe CONGRÈS ITALIEN D'HYDROLOGIE. — Le XXIe Congrès d'hydrologie, climatologie et thérapie physique aura lieu à la fin de septembre 1930 dans l'île de Rhodes.

Les inscriptions avec la cotisation (30 lire) sont reçues par le président du Comité d'organisation, M. le professeur Carlo G. Gasperini (Rhodes, Egée).

Le nombre des inscriptions est limité en raison des nécessités de la Compagnie de navigation.

RENOUVELLEMENT DE LA CARTE DE SURCHARGE. — Les médecins parisiens qui désirent faire renouveler leur carte de surcharge devront se présenter à la préfecture de police, jusqu'au 15 février, porteurs d'une photographie.

La carte de surcharge avait été accordée parcimonieusement pour deux mois lors de l'épidémie de grippe de 1917-1918; elle fut mise à l'essai par M. Jean Chiappe, au début de 1929, sur la suggestion du professeur J.-L. Faure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Giergio Rattone, professeur de pathologie générale à la Royale Université de Parme; de MM. les docteurs Jean Terrasse, médecin assistant des sanatoriums d'Assy; Desmoulins (de Lyon), Emile Kuhn (de Vitteaux), père de M. le professeur Robert Kuhn (de Dijon); Martin (d'Angers).

ASTHÉNIE CHRONIQUE. ALCOOLISME
TENTATIVE DE MEURTRE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Il arrive, en médecine légale psychiatrique, qu'on rencontre des cas d'asthénie chronique, de forme légère, sinon de forme fruste, qui embarrassent spécialement l'expert au moment de la discussion de la responsabilité de l'inculpé. Cette asthénie chronique, incontestable, quoiqu'atténuée dans ses manifestations, doit-elle contribuer à la diminution de la responsabilité pénale et civile du sujet, ou même entraîner son irresponsabilité? L'asthénie chronique lorsqu'elle est très accentuée, lorsqu'elle amoindrit la capacité professionnelle de 60 p. 100 et plus, enfin lorsqu'elle engendre habituellement des réactions impulsives fâcheuses, doit avoir pour conséquence la séquestration à l'asile des aliénés : la question du degré de l'asthénie chronique, a donc, pour nous, une grosse importance pratique. Faut-il conclure de même en présence d'un cas d'asthénie chronique légère, puisque l'affection névropsychopathique n'est pas douteuse? Nous ne le pensons pas.

Nous avons la conviction que quelques-uns de ces cas d'asthénie chronique légère sont rangés par certains médecins dans la débilité mentale constitutionnelle. Or, c'est une erreur. On fera remarquer de suite que l'inculpé qui a fait, de notre part, l'objet d'un examen spécial et dont nous rapporterons plus loin l'observation, était, avant d'être affecté d'asthénie chronique, d'un niveau intellectuel normal, et, en outre, que ce niveau intellectuel à ce jour n'a pas baissé : il est faible, il est peu résistant, au double point de vue musculaire et psychique, mais ses jugements et raisonnements ne sont ni puérils ni contradictoires. Les mêmes médecins, dans ces sortes de cas, relativement à l'irresponsabilité ou à la diminution de la responsabilité, font jouer un rôle à l'hérédité vésanique, lorsqu'elle existe, comme par exemple il en est chez notre inculpé. Nous ne nions pas l'intérêt scientifique de l'hérédité en matière de pathologie mentale, mais ce que nous contestons, c'est qu'elle doive intervenir dans la *pratique* comme élément de diminution de la responsabilité, quand, au moment de l'examen, l'individu n'est atteint ni de psychopathie, ni de névro-psychopathie. Dans notre cas, il y a, à la fois, légère hérédité vésanique et syndrome asthénique de forme atténuée : quid de la responsabilité?

*
* *

Chez cet inculpé, le syndrome chronique apparaît comme une séquelle d'insolation : l'affection est survenue à treize ans, en août 1924. Depuis cette époque, il présente des signes d'épuisement musculaire et psychique, avec céphalée, troubles du caractère, fatigabilité très rapide : son travail, chez ses parents, est assez régulier, mais toujours de faible rendement. Quoique bien constitué, il ne peut accomplir tous les travaux de la culture, comme d'autres jeunes gens de son âge. En outre, au mois de novembre 1928, un dimanche soir, en rentrant chez lui vers minuit — il avait passé la soirée avec des camarades et peut-être fait des excès de boisson — il éprouve une vraie frayeur; il dit que ce jour-là, il a été poursuivi sur la route par plusieurs individus. A la suite de ce fait, sans prévenir ses parents, il achète un revolver, et c'est avec cette arme que, le dimanche 23 février 1929, au sortir d'un débit de boissons, il blesse deux de ses camarades, dont un gravement à la poitrine. Ce sujet, légèrement asthénique chronique qui fit, en novembre 1928, un petit accès d'hyperthymie anxieuse et qui, par intervalles avec ses camarades, commettait de légers excès de boisson, devait-il être considéré comme irresponsable ou comme responsable? Et s'il était responsable dans quelle mesure devait-on médicalement atténuer sa responsabilité? Sa conduite est parfaite : aucun renseignement fâcheux n'est fourni sur lui; chacun le considère comme sain d'esprit. Pratiquement, il a été déclaré par nous responsable de ses actes. Sa responsabilité a été atténuée, à cause de l'asthénie chronique et aussi à cause des dispositions à l'anxiété du sujet. L'acte qui lui a été reproché paraît s'être accompli de la façon suivante : il avait bu plus que de coutume (chez ses parents, il boit très peu, il supporte mal la boisson); au sortir du cabaret, ses camarades le taquinaient sur sa situation, sur l'achat de son revolver qu'on connaissait. A un moment, pris de peur, il s'est éloigné d'eux et a tiré sur le groupe qu'ils formaient; il a blessé deux de ses camarades, et vite il est rentré chez lui. Nous n'avons considéré la responsabilité que comme faiblement atténuée parce que nous estimons que l'appoint alcoolique dans le cas actuel a joué un rôle très appréciable, important pratiquement, et que l'alcoolisme, quand il n'engendre pas du délire ou de l'affaiblissement intellectuel, ne diminue pas médicalement la responsabilité de l'individu. Nous nous demandons si, dans des cas semblables, il ne se trouve pas des médecins qui concluent à l'irresponsabilité du sujet. Nous pensons que c'est une erreur de pratique médico-légale. En fait, cet inculpé n'est pas un aliéné : s'il l'a été à un moment, durant quelques secondes, quelques minutes même, sous l'influence de l'anxiété, faut-il le dire irresponsable? La colère aussi est un « court accès de folie ». Cela conduirait à considérer comme morbides tous les actes impulsifs et, en conséquence, cela devrait entraîner l'internement : une pareille mesure à ce jour serait inapplicable, socialement parlant.

*
* *

Le nommé Erletm... (Emile), cultivateur, dix-sept ans, né le 9 juin 1911, à Saint-A..., et y demeurant, au lieu dit la Ville-au-Blais, est inculpé de tentative de meurtre.

Le fait et le dossier. — Le dimanche 3 février 1929, vers vingt-deux heures et demie, le nommé E... (Emile) se trouvait au débit Poisson, au bourg de Saint-A..., en compagnie de nombreux camarades, notamment les sieurs M... (Louis), M... (Donatien), L... (Robert), G... (Gaston), etc., tous jeunes gens âgés de seize à vingt ans. Ils sont sortis du cabaret à

vingt-trois heures environ. Sur la route de G..., une discussion s'est engagée entre E... (Emile) et ses camarades. L... (Robert) reprochait à E... d'être porteur d'un « rigolo ». E..., dit M... (Louis) était légèrement pris de boisson et provoquait tout le monde. Il tenait à peu près les propos suivants : « Celui qui voudra me f... une tournée ne le fera pas deux fois... Bande de c..., vous me faites ch... ». Il se vantait de sa fortune : « Mes parents sont plus riches que les vôtres. Ma ferme est moins grande que la tienne, disait-il à M... (Donatien), mais j'ai plus d'argent que vous J'emm... tout le monde, je ne crains personne. » — Quelqu'un lui dit : « On sait que tu dis cela parce que tu as un revolver. » — Il répondit : « Il faut le prouver. » — A un moment, il s'est éloigné du groupe; il pouvait être à une vingtaine de mètres, et il a tiré quatre coups de revolver. M... (Louis) a eu le poumon droit traversé : la balle a pénétré dans le thorax en arrière par le neuvième espace intercostal droit et elle est venue se loger sous la peau en avant, près du sternum, au niveau du cinquième espace intercostal. G... (Gaston) a été également blessé par une balle à l'avant-bras gauche, région de la face antérieure.

L'inculpé a expliqué dans la suite qu'il avait cru devoir acheter un revolver parce qu'à la Toussaint 1928, il avait été poursuivi par des individus. du côté de la Croix de Saint-Méen, en Saint-A..., et qu'il en avait éprouvé une grande frayeur.

Au dossier figure un certificat du docteur B... (Félix), concernant le nommé E... et ainsi conçu : « Je, soussigné, etc., certifie que le nommé E... a été soigné par moi au mois d'août 1924 pour une congestion cérébrale, occasionnée par une insolation, avec délire, coma, fièvre à 41 degrés. Il en est résulté une atrophie notable de la jambe gauche (?). Depuis cette époque, à plusieurs reprises, j'ai constaté chez lui un état de nervosité extrême accompagné de céphalalgie, j'estime que ces antécédents doivent atténuer la responsabilité... 4 février 1929... »

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été les uns fournis par l'inculpé, les autres puisés au dossier.

Son père, cultivateur-fermier, âgé de quarante-six ans, est en bonne santé. Sa mère, âgée de quarante et un ans, porte un goitre et serait assez nerveuse. L'inculpé est fils unique. Un oncle, du côté maternel, qui était célibataire et commettait des excès de boisson, s'est suicidé dans une « bouère » à Saint-A..., vers 1925. Une tante, toujours du côté maternel, après la mort de son mari, tué à la guerre, a manifesté des troubles cérébraux. Il n'y a pas eu, toutefois, dans la famille, de cas d'aliénation mentale suivie d'internement.

Elevé par ses parents, il était dans son enfance de constitution plutôt chétive; par intervalles, il souffrait de maux de ventre. Il a reçu une bonne instruction primaire et aurait obtenu à treize ans son certificat d'études. Il travaille à la culture de la terre avec ses parents.

En août 1924, quelques semaines après l'examen d'études primaires, il aurait été frappé d'insolation : plusieurs médecins ont été appelés près de lui par sa famille en consultation et on a prononcé les mots de congestion cérébrale, de méningite. Le matin, en se levant, il s'était senti indisposé. Ses parents partis au marché, il s'était couché dans la journée au soleil. Durant la nuit, il resta plongé dans un état de profond assoupissement et, les jours suivants, il fut pris de délire. Il aurait été environ huit jours sans connaissance. Alité pendant trois semaines, il n'a commencé à travailler qu'au bout de cinq à six mois. Au cours de la convalescence de sa maladie, il a perdu ses cheveux. Actuellement il ne peut guère s'occuper encore qu'à de petits travaux.

Il n'a jamais subi aucune condamnation et les renseignements généraux qu'on donne sur sa conduite sont excellents.

Examen spécial : mars 1929. — L'inculpé a fait l'objet d'un examen spécial, d'abord dans le temps présent, puis, rétrospectivement, dans le temps de l'action (tentative de meurtre).

Actuellement, le nommé E... n'accuse pas de signes de maladie mentale caractérisée. Son attitude, devant nous, est toujours très correcte, et il répond avec exactitude aux questions qui lui sont posées. Son intelligence n'est certainement affaiblie à aucun degré. La démence précoce ou psychose juvénile ne se manifeste ici par aucuns symptômes, soit d'ordre dysphrénique, soit enfin d'ordre catatonique. En particulier, au point de vue émotionnel, il n'est indifférent à aucun mode. Il n'exprime pas d'idées délirantes et il n'est en proie ni à des illusions ni à des hallucinations. Une fois, dit-il, sur la route (en novembre 1928), il a eu peur; mais, de ce fait, il n'a pas de tendances à formuler des idées de persécution. Il regrette l'acte qu'il a commis, toutefois sans incliner aux idées vésaniques d'auto-accusation, d'indignité, de damnation. Il n'est ni hypocondriaque, ni mégalomane, ni mystique, etc. C'est dire que tout thème paranoiaque est absent de son esprit. Au cours de nos nombreux examens, nous n'avons observé chez lui, ni excitation maniaque, ni confusion mentale, ni débilité psychique constitutionnelle, ni obsessions-phobies, ni crises d'épilepsie ou d'hystérie. On constate quelques signes légers d'asthénie nerveuse (amyosthénie, amnésie, fatigabilité, céphalée, bourdonnements d'oreille, irritabilité), séquelle de l'affection dont il a été frappé à l'âge de treize ans. Au point de vue organique ou physique, la motilité, la sensibilité, la réflectivité ne sont pas altérées : le sujet est de petite taille, mais assez bien musclé. Les pupilles sont en mydriase; leurs réactions sont actives. Les grands appareils de l'économie apparaissent comme sains.

Relativement aux faits de tentative de meurtre qui lui sont reprochés, il n'exprime pas d'idées délirantes ou paranoïaques à proprement parler. Il s'explique ainsi : « J'étais parti de chez mes parents l'après-midi du dimanche 3 février 1929, vers deux heures. J'étais allé voir jouer aux quilles. J'avais assisté à une séance du patronage paroissial... Je ne me sentais pas très bien, j'avais comme un peu de grippe (?). Je suis allé dans plusieurs débits avec des camarades. J'avais bu plus que d'habitude. Je supporte mal la boisson. Le soir, vers dix heures et demie, au cabaret Poisson, il y a eu dans la rue une querelle. On parlait de mon revolver... Je ne me rappelle pas bien... J'ai tiré sans savoir. J'ai eu peur certainement... Quand j'ai tiré, je croyais être entouré de camarades. Après les coups de revolver, il me semble que j'ai entendu : « Ils reviennent. » J'ai pris ma bicyclette qui était au café, et je me suis rendu vite chez mes parents... Je regrette ce que j'ai fait : j'aurais préféré être blessé moi-même...

D. — Pour quelles raisons avez-vous acheté un revolver?

R. — C'est une mauvaise idée que j'ai eue. Un dimanche soir, après la Toussaint (1928), en revenant à la maison, j'avais été poursuivi par des individus sur une quinzaine de mètres. Il pouvait être onze heures et demie. J'étais resté à m'amuser avec des amis... J'ai eu une vraie frayeur... Pourtant, je ne connais pas de mauvais sujets par là... Alors j'ai acheté un revolver à Saint-Nazaire, sans le dire à mes parents, je n'avais pas dit non plus à mes parents que j'avais eu peur. Je cachais mon revolver dans une grange, sous la toiture. »

Ces explications de l'inculpé sont exposées, semble-t-il, sans réticence ni exagération d'aucune sorte.

* * *

Les questions médico-légales, en psychiatrie comme en médecine générale, doivent être appréciées et réglées d'un point de vue essentiellement pratique : un certain excès de science est ici un défaut ou, en tout cas, cet excès s'il était appliqué catégoriquement produirait de véritables bouleversements sociaux. On a placé autrefois dans les asiles

d'aliénés des individus qui pratiquement n'étaient pas des malades: il faut revenir à des conclusions plus rationnelles, à moins de créer des établissements propres, d'une part, pour les demi-aliénés et, d'autre part, pour les pervers récidivistes.

ACTUALITÉS

L'IONOTHÉRAPIE ACONITIQUE

L'aconitine. — Tout a été dit de l'épouvantable violence de certaines névralgies, de la névralgie faciale surtout et de la gravité de leur retentissement sur l'état physique et moral des malades. Certains d'entre eux qui ont essayé tous les traitements et épuisé les bienfaits qu'ils en recevaient, après avoir passé par des alternatives d'espérance et de désillusion finissent par un suicide; ce sont là des faits depuis longtemps connus.

Ce n'est pas cependant que la médecine soit impuissante puisqu'en pareil cas on parle plutôt moins ou moins longtemps des succès des diverses méthodes que des cas où nos moyens ont été de prime abord ou à la longue inefficaces.

Un seul médicament se montre d'une fidélité supérieure à la moyenne et d'une efficacité prolongée, c'est l'*aconitine* dont nous rappellerons succinctement les propriétés.

Sous sa forme cristallisée, la seule qu'il convienne d'employer actuellement, l'aconitine a pour formule globale $C^{34}H^{47}NO^{11}$; c'est un alcaloïde extrait de la racine de l'aconit (renonculacées) portion de la plante la plus riche en principe actif; l'aconitine y voisine avec une série d'autres alcaloïdes plus ou moins voisins de nature et de propriétés mais dont aucun ne semble devoir lui être préféré. Elle est peu soluble dans l'eau, comme la plupart des alcaloïdes et c'est surtout sous forme de sels qu'elle est employée, l'*azotate d'aconitine* surtout qui cristallise aisément ($C^{34}H^{47}NO^{11}NO^{3}H$) en cristaux prismatiques solubles dans l'eau mais dont la solution ne doit pas être portée à 200 degrés sous peine de décomposition. Les propriétés de l'azotate sont les mêmes que celles des produits galéniques que l'aconitine a remplacés dans la plupart de leurs applications.

Son action physiologique prédominante s'exerce électivement sur les portions sensitives du système nerveux central, en particulier sur les noyaux sensitifs bulbospinaux parmi lesquels ceux des nerfs de la face et surtout du trijumeau sont les plus importants.

Son administration expérimentale donne lieu d'abord à des signes d'excitation : fourmillements, brûlures, sensation de constriction de la face, de gonflement des lèvres qui font rapidement place à des signes d'analgésie puis d'anesthésie. La sensibilité consciente et douloureuse d'abord puis la sensibilité inconsciente et réflexe sont diminuées puis abolies.

Si la dose est plus forte, ces phénomènes s'étendent aux téguments des membres et du reste du corps mais il faut pour cela des doses plus fortes approchant ou atteignant la dose toxique.

Le système nerveux central est seul en cause dans la production de ces symptômes; quant au système moteur, dans ses divers éléments, il demeure absolument hors de l'influence de l'aconitine.

C'est également par l'intermédiaire du système nerveux central que s'exerce l'influence sur les autres appareils.

Sauf le cas d'intoxication il n'y a rien à noter dans le domaine digestif ni respiratoire. *Du côté de l'appareil circulatoire*, au contraire, on observe d'abord une accélération du pouls avec élévation de la tension artérielle et dans une deuxième phase un ralentissement du pouls parfois considérable (12 à 15 pulsations à la minute) avec abaissement de la tension artérielle; la température s'abaisse, surtout si le malade présentait de la fièvre.

L'aconitine semble s'éliminer assez rapidement et par un grand nombre de voies simultanément. Il y a en effet stimulation des sécrétions salivaire, biliaire, urinaire et sudorale; une certaine élimination semble aussi s'opérer au niveau de la muqueuse gastro-intestinale.

En dépit de la puissance de ce mécanisme d'élimination la *toxicité de l'aconitine* — comme de l'aconit lui-même — *est extrême*. Le pis est que les variations individuelles de sensibilité sont très grandes et que, non seulement la dose globale, mais aussi le rythme de l'administration ont une grande influence.

Le Codex autorise pour l'adulte une dose quotidienne de cinq dixièmes de milligramme fractionnée en trois prises au moins; tous les auteurs recommandent une surveillance médicale attentive des effets du médicament et recommandent d'explorer la susceptibilité du malade par des doses initiales pouvant descendre jusqu'à un dixième de milligramme; ils recommandent aussi de préférer les solutions (à 1/1000 = LIII gouttes au milligramme) à des granules où la répartition du médicament est forcément moins régulière.

Néanmoins, même avec de faibles doses, on a pu voir des accidents se produire : un quart de milligramme en une fois a pu chez certains sujets donner des accidents.

Très rapidement après l'absorption du médicament le malade ressent au niveau de la face, de la bouche et de la gorge des fourmillements caractéristiques, s'alliant à une sensation pathognomonique de rétraction de la peau, d'épaississement des lèvres, de la langue et des narines, qui peuvent même pour des faibles doses se prolonger pendant une à trois heures. Si l'intoxication est plus grave, les fourmillements, l'hypoesthésie s'étendent aux membres s'accompagnant de la même sensation constrictive et d'une sensation de froid. En même temps apparaissent de la mydriase, des troubles de la vue, de l'anosmie, de l'agueusie, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la céphalée qui témoignent de l'action élective du poison sur les appareils sensitifs.

Puis ce sont des lipothymies et des troubles cardiorespiratoires : le pouls se ralentit, devient irré-

gulier, intermittent, la respiration irrégulière, le malade se cyanose.

L'état syncopal et asphyxique s'aggrave; des vomissements et de la diarrhée se produisent, en même temps que progressent les phénomènes d'anesthésie et qu'apparaît de l'impotence motrice. La mort survient par syncope et asphyxie.

Lorsqu'on rapproche de la gravité de ces symptômes et de leur rapidité d'apparition la quasi-égalité des doses toxiques et des doses médicamenteuses, on ne peut que déplorer que la seule arme efficace du médecin contre les névralgies graves soit aussi une arme dangereuse et qu'aucune précaution ne puisse mettre absolument à l'abri d'accidents rapides et graves.

* * *

L'ionothérapie aconitique. — Le clinicien est donc exposé à deux risques lorsqu'il administre l'aconitine per os : l'impuissance thérapeutique s'il est timoré ou même seulement prudent, l'intoxication souvent grave s'il force la dose, sans que sa prudence soit jamais une protection sur laquelle il puisse compter.

C'est ici que l'application relativement récente des principes de l'ionothérapie que nous avons récemment exposés de façon succincte, rend ses services les plus appréciables peut-être. Il ne semble pas, en effet, que ce mode d'administration ait jusqu'ici donné lieu à aucun incident notable.

C'est en 1917 que le professeur Barré (de Strasbourg) et qu'à Nantes Lavigne, ont commencé d'essayer cette méthode thérapeutique. Les succès obtenus ont encouragé de nouveaux essais depuis cette époque; les techniques varient un peu, comme nous le verrons, avec les auteurs mais il ne s'agit que de détails n'intéressant pas les principes mêmes de la méthode.

APPAREILLAGE. — MODE OPÉRATOIRE. — *Source de courant.* — Comme nous l'avons dit il ne peut s'agir ici que de courant galvanique continu à l'exclusion de tout autre. La puissance nécessaire est de 60 volts au moins. On l'obtient soit au moyen d'une batterie d'accumulateurs (30 éléments) soit au moyen d'une batterie de piles disposées en tension, en quantité suffisante pour donner la force électromotrice désirée.

Le débit minimum nécessaire doit pouvoir atteindre 100 milliampères pendant une heure; on le mesurera avec un galvanomètre approprié. Un autre constituant indispensable de l'appareillage est un appareil de graduation (rhéostat ou réducteur de potentiel) dont le type importe peu à condition qu'il permette d'obtenir par transitions insensibles et sans secousse aucune les variations nécessaires du potentiel dans un sens ou dans l'autre.

Les conducteurs ne présentent aucun caractère particulier. Les électrodes au contraire doivent répondre à certaines conditions. Si théoriquement, en tant qu'électrodes humides, le bain médicamenteux peut être l'équivalent d'une électrode spongieuse, il en est tout autrement au point de vue des applications médicales. Avec un bain médicamenteux pour électrode, la pénétration ne se produit en effet qu'au niveau correspondant à la surface du liquide. Pour ce qui est de l'aconitine même, il n'y a là aucun danger mais l'inconvénient d'une plus grande résistance à la pénétration du courant.

On devra donc *employer exclusivement des tampons.* Ils seront constitués par un corps spongieux, gaze ou coton hydrophile, soigneusement lavé au préalable à l'eau distillée afin d'éviter la présence d'ions parasites dont les ions NaCl, à la fois les plus fréquents, les plus petits et les plus transportables sont de ce fait même les plus gênants.

Le corps spongieux sera plié sur lui-même de façon convenable (12-24 épaisseurs de gaze par exemple) pour pouvoir retenir une quantité suffisante de la solution médicamenteuse dont on l'imbibera; on l'essorera soigneusement pour empêcher l'écoulement de liquide autour de l'électrode.

L'élément spongieux de l'électrode entourera une électrode métallique recevant le fil conducteur; elle sera formée d'une plaque métallique mince et malléable s'adaptant convenablement à la région où elle s'applique.

L'ensemble sera en tous sens enveloppé d'un tissu caoutchouté largement fenêtré en son centre qui limitera à l'étendue nécessaire le contact avec les téguments et sera un isolant à la fois physique et électrique qui empêchera la diffusion nuisible ou inutile du courant et des ions.

L'électrode sera maintenue en place par un bandage légèrement compressif afin d'anémier légèrement les téguments.

En tant qu'alcaloïde, l'acotinine est un cation et devra être placée au pôle positif afin d'être entraînée par le courant vers l'intérieur de l'organisme. L'autre électrode semblablement constituée sera imbibée d'eau ordinaire ou mieux d'eau salée; ses dimensions importent peu, mais il est préférable qu'elle soit d'une certaine étendue.

Pour diminuer la résistance au courant, on devra, avant l'application des électrodes, dégraisser l'épiderme par un nettoyage à l'éther.

On devra enfin rendre aussi uniforme que possible la pénétration du courant sur tout le champ opératoire en isolant au moyen de papier tous les accidents de la surface tégumentaire (éraillures, folliculites, productions épidermiques) où la résistance est moindre et où peuvent se produire des brûlures.

Le pôle positif, imbibé d'aconitine, sera placé au niveau de la région à traiter.

C'est seulement l'observation soigneuse de ces précautions de détail qui est le gage du succès thérapeutique et la garantie contre les menus désagréments que peut occasionner cette méthode.

A ce moment on pourra faire passer le courant.

Ce qu'il faut essayer d'atteindre au plus près, pour obtenir l'indolence du traitement, *c'est la graduation insensiblement et lentement croissante ou décroissante du voltage admis.* Les sensations ressenties par le malade doivent être faibles; un léger picotement ou un peu de chaleur sous les électrodes sont chose normale et sans inconvénient; une dou-

leur ou une brûlure trop marquée doivent faire vérifier l'application des électrodes, et si possible améliorer les contacts. La douleur est surtout fonction de la rapidité dans le changement de régime du courant, rapidité qu'on devra réduire autant qu'il sera possible. Durée d'application et puissance du courant varient avec les auteurs.

D'une manière générale, la *durée des séances* varie de trente à soixante minutes et *leur nombre* chaque semaine est en moyenne de 3. Si de nombreuses séances doivent se succéder, il est prudent d'en interrompre la série de temps à autre par des pauses d'une semaine environ; la fragilité de l'épiderme s'accroît, en effet, à mesure que les séances se répètent.

Solution a employer. — C'est là un détail accessoire, puisque la quantité d'aconitine véhiculée dépend surtout de la quantité d'électricité mise en œuvre. Aussi peut-on remarquer qu'une proportionnalité inverse, quoique sans fixité précise, s'établit pour chaque auteur entre la concentration de la solution qu'il emploie et la puissance du courant qu'il met en jeu.

Barré (de Strasbourg), promoteur de la méthode, et d'autres auteurs après lui (Delherm et Laquerrière) emploient une solution faible : 1/4 de milligramme d'azotate d'aconitine dans 125 grammes d'eau distillée (solution à 1 p. 1.500.000).

Béhague, Juster et Lehmann ont employé une solution moins diluée : 5 milligrammes pour 250 gr. d'eau distillée (solution à 1 p. 50.000).

Duhem, enfin, a employé une solution qui, par comparaison et étant donné qu'il s'agit d'aconitine, est une solution concentrée : 1 p. 2.000.

Dans tous ces cas d'excellents résultats ont pu être obtenus, mais la méthode de Duhem donne lieu à des symptômes un peu particuliers et a été accusée de provoquer des signes d'imprégnation toxique.

Puissance et durée du courant. — La plupart des auteurs qui emploient des solutions faibles font passer le courant pendant plus longtemps et sous une plus grande intensité : 20 à 30 milliampères pendant trente minutes (Delherm et Laquerrière), 45 milliampères pendant quarante-cinq minutes (Vignal), 40 à 60 milliampères pendant trente minutes (Béhague, Juster et Lehmann). Duhem préfère employer un courant plus faible : 15 milliampères et une durée plus courte (quinze minutes). Malgré cette puissance moindre il semble que les effets thérapeutiques soient au moins aussi puissants puisque dans bien des cas une seule séance a procuré une sédation totale. L'inconvénient, d'ailleurs relatif, est que pendant même le traitement le malade se plaint au niveau de l'électrode active d'une sensation de chaleur brûlante assez intense pour qu'on ne puisse en aucune façon pousser le courant au delà de 15 milliampères. L'auteur trouve par contre à cette technique l'avantage de procurer un soulagement immédiat : anesthésie succédant immédiatement à la séance, durant vingt-quatre heures environ et suivie dans bien des cas et sans renouvellement du traitement d'une guérison complète.

Les procédés moins énergiques nécessitent en général des séances répétées; trois par semaine sont la cadence la plus habituelle et les résultats semblent acquis en dix à quinze séances en général.

Peut-être les deux techniques doivent-elles être pratiquées conjointement selon les cas à traiter. On peut être amené aussi dans certains cas à faire des applications quotidiennes. Sans employer des solutions trop diluées d'aconitine, il semble qu'il y ait avantage à employer le courant le plus intense que puisse supporter le malade.

Indications et résultats. — Comme nous l'avons dit l'indication cardinale est la *névralgie du trijumeau*. Il ne semble pas qu'aucune condition d'âge ni de terrain puisse constituer une contre-indication en présence surtout de l'intensité des phénomènes douloureux. Le succès ou l'insuccès permanents ou durables des autres agents thérapeutiques employés, même s'il s'agit d'autres méthodes électrothérapiques, ne présagent en rien des résultats de l'ionothérapie. Ceux-ci sont généralement bons et rapides mais naturellement comportent des différences individuelles. Delherm a obtenu de grosses améliorations après échec du courant sans ionisation, Béhague, Juster et Lehmann de même après échec de l'alcoolisation, Drevon après échec de l'ionisation salicylée.

Si l'origine de la névralgie n'a pas une importance capitale au point de vue des résultats immédiats, il est certain pourtant que ceux-ci auront d'autant plus de chance de devenir définitifs qu'on aura fait disparaître la cause initiale des névralgies (sinusite, arthrite temporo-maxillaire, par exemple); il est remarquable que dans quelques cas c'est seulement à la faveur de l'accalmie procurée par l'ionisation que le diagnostic étiologique a pu être établi et le traitement étiologique entrepris, pour le plus grand bien du patient.

D'autres névralgies peuvent aussi bénéficier de l'ionothérapie : *névralgies scapulo-humérales cervico-brachiales* (Drevon, Delherm); mais les résultats dépendent ici en grande partie de la proximité du tronc nerveux par rapport à la surface.

Nous mentionnerons, enfin, à titre d'attente que l'ionisation à l'aconitine a donné entre les mains de certains auteurs (Juster et Lehmann) des succès dans diverses dermatoses; cette technique est encore à l'étude.

Ce qu'il importe de retenir c'est que le courant électrique nous permet dans des cas où la maniabilité du seul médicament actif est d'une étroitesse extrême d'employer contre une affection redoutable une substance qu'aucun autre procédé ne nous permet de faire pénétrer dans l'organisme avec autant d'innocuité ni de précision.

R. LEVENT.

Le Cancer, par G. Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut du cancer. Deuxième édition entièrement refondue avec la collaboration de MM. Roger-Leroux et M. Wolf. Gr. in-8, 846 pages, 284 figures et 19 planches hors texte dont 4 en couleurs, relié demi-toile. Fasc. 5. Tome II du *Nouveau Traité de médecine* Roger, Widal et Teissier. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1930)

De la vaccination contre la fièvre aphteuse par voie intracutanée. — M. A. L. SCOMOROKHOFF. Les expériences ont porté sur trois lots de bovidés qui, après avoir été vaccinés dans la peau, ont été, soit inoculés avec du virus aphteux, soit mis en contact avec des animaux malades. Alors que les témoins contractèrent une maladie grave, les animaux vaccinés présentèrent des lésions minimes ou bien restèrent complètement indemnes. L'auteur conclut que le procédé de cutivaccination, fondé sur les recherches de Besredka, semble ainsi appelé à rendre de signalés services dans la lutte contre la fièvre aphteuse.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 DECEMBRE 1929)

Sur un cas d'intoxication par l'hydrate de chloral. — M. H. BUSQUET rappelle que la dose mortelle de chloral hydraté chez l'homme est d'environ 10 grammes en une prise unique. Au-dessous de cette dose la mort est possible, mais rare ; au-dessus, la survie est exceptionnelle. L'auteur a cependant observé une intoxication *non mortelle*, après ingestion de 18 grammes de chloral. Ce fait montre qu'une dose très supérieure de 10 grammes ne doit pas faire porter un pronostic fatal, ni décourager le traitement.

Contribution à l'étude pharmacodynamique du chlorhydrate de pseudococaïne droite. — MM. Fernand MERCIER et Jean REGNIER présentent les résultats d'essais avec le chlorhydrate de pseudococaïne droite, isomère optique et stéréochimique du chlorhydrate de cocaïne officinal. La pseudococaïne droite possède un pouvoir anesthésique local sur les muqueuses et les nerfs sensitifs, pratiquement semblable à celui de la cocaïne ordinaire. Sa toxicité pratique réelle est 2,5 fois plus petite que celle de la cocaïne. Ces qualités rendent le chlorhydrate de pseudococaïne droite particulièrement favorable à l'emploi clinique.

A propos d'un cas d'angine diphtérique chez un enfant de huit ans, correctement vacciné depuis six mois. Nécessité d'une vaccination pré-scolaire. — M. André TARDIEU fait connaître l'histoire d'un enfant de huit ans, hérédo-syphilitique, ayant reçu, sans incident, les trois injections d'anatoxine anti-diphtérique, à des intervalles successifs de trois, puis de deux semaines. Aucune réaction de Schick de contrôle n'avait été pratiquée et, six mois plus tard, évolua avec adénopathies minimes et fièvre modérée, une angine diphtérique, bactériologiquement confirmée, qui guérit très rapidement et complètement, à la suite d'une injection de 50 centimètres cubes de sérum. Le frère de cet enfant vacciné dans les mêmes conditions, et non isolé, échappa totalement à la contagion.

Cette observation démontre la nécessité de la réaction de Schick de contrôle, demandée par M. Louis Martin; mais se plaçant au point de vue prophylactique, l'auteur pense que s'il est commode d'immuniser les enfants à l'école, une vaccination systématiquement entreprise, conseillée ou exigée avant la rentrée serait de beaucoup préférible. Elle permettrait d'éviter à coup sûr l'éclosion des cas encore trop fréquents de diphtérie survenant au début au au cours de la vaccination; le fléchissement de l'immunité, la période critique qui suit immédiatement l'injection d'anatoxine se produisant chez des enfants non encore soumis au danger des collectivités scolaires, n'aurait plus désormais les mêmes conséquences fâcheuses. La vaccination par l'anatoxine de Ramon ayant fait la preuve de sa remarquable efficacité, ceux qui sont chargés de la réaliser, et plus spécialement les médecins de dispensaires doivent rechercher les conditions d'application les meilleures.

La méthode concentrique dans le traitement des psychonévroses. — M. LAIGNEL-LAVASTINE expose dans une conférence très documentée l'intérêt considérable de la méthode de recherches cliniques, dites *concentriques* : celle-ci consiste à ne laisser dans l'ombre aucune des causes des différents appareils de notre organismes pouvant entraîner un désordre psychonévrotique. Très schématiquement celle-ci consiste à étudier d'abord l'appareil pouvant être mis en cause principale, puis le système endocrino-sympathique, et enfin la cause vraiment efficiente : syphilis ou hérédo-syphilis, tuberculose, goutte, etc.

Les injections intra-musculaires autohémothérapiques sont hémostatiques; leur curieuse action dans l'hémorragie cérébrale. — M. ARTAULT (de Vevey) présente plusieurs observations cliniques montrant les bienfaits presque immédiats des injections intra-musculaires autohémothérapiques chez les sujets venant d'être atteints d'une hémorragie cérébrale ayant entraîné l'hémiplégie. L'action la plus remarquable de ces injections est la disparition presque immédiate (pour la plupart des observations dans l'heure qui suit), de l'hémiplégie. La technique consiste à prendre de 25 à 50 centimètres cubes de sang dans une veine du bras et de réinjecter ce sang immédiatement dans les muscles fessiers ou de la cuisse.

L'auteur pense à une action hémostatique, mais ceci sous toutes réserves.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1929)

A propos du traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire du genou par l'incrustation de greffons. — M. DUPUY DE FRENELLE cherche, par l'avivement large de l'os au voisinage des lésions osseuses, à provoquer un remaniement osseux qui aide à la fixation de la chaux sanguine sur l'épiphyse malade. Sur chaque côté du genou il ouvre une tabatière taillée dans le condyle fémoral et dans la tubérosité tibiale. Dans cette tabatière il dépose le volumineux greffon osseux prélevé sur le tibia, puis referme le couvercle. Il compte sur l'action de présence du greffon pour créer un mouvement de recalcification osseuse dans l'épiphyse malade. Il cite deux observations d'opérations datant de neuf et sept ans avec guérison sans récidive.

La chirurgie des emphysémateux. — M. Ch. BUIZARD fait un rapport sur un travail de M. Bossy (de Liége). L'auteur étudie la physiologie de la respiration à l'état normal et chez les emphysémateux; il insiste, en particulier, sur la solidarité qui existe entre le cœur et les poumons. Pour lutter contre le premier degré d'emphysème, il pratique la myorraphie des grands droits; il a fait cette opération dans 41 cas avec bon résultat. Dans un second degré d'emphysème, avec cœur non compensé, il pratique la phrénicectomie; il en communique une observation avec résultat très satisfaisant.

Diagnostic topographique des appendicites aiguës. — M. BONNET fait un rapport sur un travail de M. Deolindo A. Pasqualis (de Buenos-Aires). Pour l'auteur il serait possible de déterminer la situation de l'appendice dans les appendicites aiguës en se basant sur la dissociation des températures rectale et axillaire. Les cas où la dissociation serait supérieure à un degré correspondraient à des appendices libres avec risque de péritonite généralisée. Par contre, les

cas où la dissociation serait inférieure à un degré correspondraient à des appendices sous-séreux pré ou surtout rétrocæcaux. Ces conclusions basées seulement sur dix observations semblent au rapporteur un peu théoriques étant données surtout les incertitudes et les irrégularités de la température axillaire.

Le traitement chirurgical opératoire de la néphrolithiase bilatérale. — M. Nora fait un rapport sur un travail important de M. Dziembowski (de Bydgoszcz, Pologne), où l'auteur donne les résultats de son expérience sur ce sujet : les cas où il faut intervenir et ceux où il vaut mieux s'abstenir ; si l'opération doit être uni ou bilatérale ; sur quel rein il faut intervenir d'abord, quel laps de temps doit séparer les deux interventions. Avec une grande prudence, il montre que les cas relevant de la chirurgie sont peu nombreux.

Sésamoïdes douloureux des gros orteils. — M. André Trèves rappelle les travaux de Mouchet et Froelich sur les fractures des sésamoïdes et les sésamoïdes bipartites. Il a publié une observation de sésamoïdite qui présentait un aspect flou et pommelé analogue à celui des épiphysites des adolescents et des adultes jeunes. D'autres cas analogues ont été publiés depuis. L'auteur a enlevé récemment trois sésamoïdes sur quatre chez une jeune fille qui ressentait des douleurs à ce niveau : il n'existait pas d'altération visible des sésamoïdes. La pathogénie de ces diverses lésions n'est pas univoque et peut être rattachée à des causes très diverses.

Gastro-entérostomie simplifiée. — MM. Victor Pauchet, Le Gac et Luquet communiquent les observations de trois cas récents de gastro-entérostomie opérés à l'aide du bistouri diathermique. Le procédé simplifie beaucoup l'intervention. Pas de clamps, pas d'hémostase. Pas d'ouverture de la cavité gastrique ; on fait un seul rang de suture sur l'incision séro-musculaire ; le sillon tracé par le bistouri diathermique sur la muqueuse de l'estomac et du jéjunum prépare la nécrose de cette muqueuse dont l'ouverture spontanée se fait secondairement.

Fracture du cou-de-pied avec luxation du pied en dehors et issue de la malléole tibiale par la plaie. — M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'un homme de quarante-neuf ans présentant une fracture sus-malléolaire du péroné avec luxation du pied en dehors et issue de la malléole tibiale à travers les téguments. Epluchage soigné de cette plaie ; réduction ; gouttière plâtrée fenêtrée retirée un mois plus tard. Guérison six semaines après l'accident.

Chirurgie du hile du poumon. — M. Petit de la Villéon présente une jeune femme opérée pour un projectile inclus dans le hile du poumon et donnant lieu à des hémorragies très graves. Il appliqua sa méthode d'extraction des projectiles hilaires : thoracotomie postérieure et tamponnement. Extraction du projectile. Guérison.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(Séance de novembre 1929)

Péricardite tuberculeuse avec épanchement. — MM. Victor Audibert et Jean Olmer. Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de quarante-neuf ans, entré dans le service avec un syndrome asystolique. Bordet-Wassermann négatif. La thérapeutique cardiaque restant sans effet, on fait pratiquer une radiographie qui révèle un épanchement péricardique, confirmé par la ponction. L'inoculation au cobaye a été positive. L'autopsie a confirmé encore le diagnostic. L'intérêt de cette observation réside dans : 1° l'évolution insidieuse de la péricardite ; 2° la difficulté du diagnostic ; 3° l'inefficacité du traitement cardiaque habituel, le malade n'étant soulagé momentanément que par la ponction ; 4° la rareté relative de la péricardite tuberculeuse.

Caverne cancéreuse du poumon gauche avec syndrome médiastinal et cancer secondaire du foie. — MM. Jean Brahic et Ben Recassa. Observation d'un malade, vieux tousseur, qui fait brusquement une paralysie récurrentielle gauche. A l'examen, absence presque complète de signes au niveau du poumon gauche avec signes cavitaires au sommet droit. A la radio, sommet droit normal, volumineuse masse médiastino-pulmonaire gauche avec image cavitaire visible sur la radio de profil. A l'autopsie, volumineuse caverne de la partie moyenne du poumon gauche avec adénopathie comprimant le recurrent. Sommet droit normal. Cancer secondaire du foie. Les auteurs rappellent la latence classique de pareilles cavernes cancéreuses qui seraient peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit communément.

Epithélioma de la lèvre traité par le radium. — M. J. Paoli.

Syndrome de Banti avec ascite transitoire. — MM. Paul Giraud et Jean Olmer. Il s'agit d'un malade atteint, depuis trois ans, de splénomégalie qui a présenté, il y a sept mois, une ascite qui rétrocéda après quatre ponctions. Foie très diminué de volume. A ce moment, la rate atteint l'ombilic, elle est dure, non douloureuse. Pas de paludisme, de tuberculose, de syphilis. La splénectomie pratiquée, est suivie six jours après de décès, avec délire, rapidité du pouls, non enrayés par une transfusion. L'examen de la rate a montré une sclérose diffuse de la pulpe rouge avec dépeuplement très accentué des cordons de Billroth ; peu de modifications de la pulpe blanche. Il s'agit, en somme, d'un syndrome de Banti qui présente ce caractère particulier de la disparition de l'ascite.

Trois cas de fièvre boutonneuse arthromyalgique. — M. A. Rayraud. Malades infestés respectivement au Brusc (Var), à Sarragosse et à Aubagne (Bouches du-Rhône). Tableau clinique banal avec éruptions typiques et arthromyalgiques très douloureuses. Chez une seule, la « tache noire » de J. Piéri a été constatée. Les trois malades ont été en contact avec des chiens fortement parasités par des tiques. Ils n'ont donné lieu à aucune contagion dans leur entourage immédiat.

Données actuelles sur la valeur pratique de l'électrocardiographie. — M. J. Berthier.

La valeur thérapeutique des eaux thermales d'Aix-en-Provence. — M. Vaissade.

Traitement des néoplasmes cutanés en une seule séance de radiothérapie. — M. G. Pranier.

MÉDECINE PRATIQUE

CHOLAGOGUES ET CHOLÉRÉTIQUES (1)

Il est légitime de distinguer avec Brugsh et Horsters deux grandes classes de cholagogues : les *cholagogues proprement dits et les cholérétiques*.

I. Les cholagogues. — Les premiers mettent en branle la bile renfermée dans les voies extrahépatiques et en particulier dans la vésicule. Ils ont été à l'ordre du jour au cours de ces dernières années, lorsqu'à la suite des recherches d'Einhorn sur le tubage duodénal, Meltzer et Vincent Lyon ont fait

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du docteur Lian, agrégé, médecin des hôpitaux ; — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial et questions prof.) ; — 25 p. 100 de réduction aux souscripteurs.
Envoyer avant le 15 mars : France et colonies, 22 fr. 25 ; Etranger, 26 fr., à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (VIIIe). Compte chèques postaux : 712,04.

appel au sulfate de magnésium pour drainer la bile vésiculaire en relâchant le sphincter d'Oddi. Le sulfate de magnésium dans l'épreuve de Meltzer Lyon, la peptone dans l'épreuve de Stepp, l'huile d'olive, le jaune d'œuf, le lait. l'eau, le vin ont été tour à tour préconisés comme susceptibles d'ouvrir les voies biliaires extra-hépatiques sans entraîner nécessairement une hypersécrétion de la bile excrétée par le foie. Dans cette classe de faits, il convient de ranger les multiples excitants de la muqueuse duodénale qui, agissant par voie réflexe, règlent le jeu du sphincter pylorique et du sphincter cholédorien. L'étude de la sécrétine s'y rattache, encore que le mécanisme d'action de cette substance soit assez complexe et nous laisse entrevoir qu'il n'y a pas toujours une cloison rigoureusement étanche entre le groupe des cholagogues et celui des cholérétiques.

II. **Les cholérétiques**. — Beaucoup plus intéressantes et moins étudiées sont les substances qui augmentent le flux de la sécrétion biliaire et que l'on peut précisément appeler les *cholérétiques* pour marquer ainsi leurs analogies avec les diurétiques, qui augmentent la sécrétion urinaire. Avec elles, nous pénétrons dans l'intimité de la lymphe interstitielle et du système lacunaire; nous entrevoyons les facteurs qui agissent sur la cellule hépatique directement ou par l'intermédiaire du système nerveux végétatif; c'est à ces substances qu'il convient de faire appel lorsqu'on veut réaliser un véritable lavage des voies biliaires. Voici la classification que nous avons proposée de ces cholérétiques, en nous basant sur nos recherches expérimentales.

Dans la série aromatique, ils sont essentiellement représentés par l'atophan, le naphtoate et l'oxynaphtoate de sodium ou de potassium, les sels biliaires.

Dans la série grasse, c'est l'huile de Haarlem, à cheval sur la série aromatique et sur la série grasse, puis les produits de dédoublement des huiles, l'acide oléique et les oléates. Mentionnons également l'action cholérétique de la choralose.

Certaines substances organiques d'origine animale et de constitution mal définie doivent être énumérées dans ce chapitre : la sécrétine dont la conception revient à Balyss et Starling, l'histamine et peut-être aussi l'insuline. *Différentes drogues d'origine végétale* sont considérées comme cholérétiques : l'écorce de bourdaine, la racine d'eupatoire, le rhizome de polypode, les racines de pissenlit, les feuilles de romarin, d'artichaut, les feuilles et racines de chicorée sauvage, l'aloès, la rhubarbe, le cascara, ont été tour à tour préconisés. Dans ce groupe on doit surtout souligner le boldo, le romarin, l'artichaut et la menthe, accessoirement, le combretum et le podophyllin.

Parmi les cholérétiques minéraux, le sulfate de soude et le chlorure de magnésium laissent à l'arrière-plan le sulfate de magnésie qui n'est pas un cholérétique, comme nous l'avons montré avec M. Maximin. L'action des sels de mercure a inspiré depuis fort longtemps des débats contradictoires. Le calomel doit son antique réputation à la coloration verdâtre des selles qu'il provoque; cependant beaucoup de physiologistes estiment qu'il dimiuue manifestement la sécrétion de la bile. Par voie veineuse à fortes doses, chez le chien, le neptal s'est révélé un cholérétique dans des expériences que nous avons poursuivies avec M. R. Charonnat (1).

Accordons enfin une place à part aux *cholagogues kydrominéraux* dont Vichy, Carlsbad et Chatel-Guyon constituent trois exemples.

E. CHABROL.

(1) E. Chabrol et R. Charonnat. *Paris méd.*, déc. 1929.

NOTES POUR L'INTERNAT

RACHITISME

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT [1]

DIAGNOSTIC

I. **Positif.** — En présence d'un enfant pâle, à la peau ridée, au ventre gros avec hernie ombilicale, et qui a des déformations craniennes, palatines, dentaires, des nooures chondro-costales, des bourrelets dia-épiphysaires, des incurvations des membres, le diagnostic est évident. Il s'agit alors d'en préciser la cause avec le plus grand soin et de rechercher systématiquement :

l'hérédo-syphilis;
les troubles digestifs,

et plus généralement toutes les causes d'infection et d'intoxication chronique et prolongée de l'enfance que nous avons citées et sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

L'on fera : une enquête :

1. FAMILIALE : recherche d'un *rachitisme familial, Wassermann des parents.*

2. HYGIÉNIQUE : l'enfant vivait-il dans une chambre obscure et mal aérée?

3. ALIMENTAIRE.

L'*examen radiologique* viendra confirmer le diagnostic clinique, et sera spécialement utile dans les *formes frustes ou incomplètes* où le diagnostic pouvait être délicat.

II. **Différentiel.** — *A.* L'hérédo-syphilis osseuse pose les diagnostics les plus difficiles, car les limites restent imprécises et discutées sur le terrain respectif de la syphilis, du rachitisme, et du rachitisme syphilitique. Ce n'est pas tant dans :

1. L'HÉRÉDO-SYPHILIS TARDIVE que le diagnostic est difficile. Car ici, l'aspect *boursouflé* des os qui ne sont pas incurvés, mais couverts d'*exostoses, de périostoses, d'ostéophytes...* est assez caractéristique, cliniquement et radiologiquement. Ces enfants ont également une asymétrie cranienne, un nez en selle, et d'autres stigmates assez caractéristiques d'hérédo-syphilis, et ceux-là ne sont guère discutables.

Pour ce qui concerne le front olympien, les malformations dentaires, la voûte ogivale, le tibia en lame de sabre.

— Certains auteurs disent : *rachitisme.*
— D'autres : *syphilis.*
— D'autres : *rachitisme syphilitique.*

C'est surtout dans :

2. L'HÉRÉDO-SYPHILIS PRÉCOCE que la discrimination est difficile. Il y a bien encore ici les exostoses asymétriques, les périostoses simulant les nooures et la Radio. Mais lorsque ces signes manquent, l'on discute sur la nature d'un cranio-tabes, d'un crâne natiforme.

Dans tous les cas il faut faire le *Wassermann* des parents et de l'enfant et faire un traitement spécifique énergique en cas de doute.

B. Les autres diagnostics se posent à l'occasion des déformations. — Ce sont :

L'*achondroplasie*,
Le *mal de Pott*,
La *double luxation congénitale de la hanche*,
L'*hydrocéphalie* enfin,

Que leurs signes propres permettront aisément d'éliminer. Enfin en cas de :

a. RACHITISME CONGÉNITAL, il faut éliminer l' « osteogenesis imperfecta » et la dysplasie périostale de Durante avec ses fractures multiples et les modifications de la voûte cranienne.

b. EN CAS DE FRACTURE il faut éliminer la *pseudo-paralysie syphilitique de Parrot*, mais elle est *précoce* et le reste du squelette est indemne.

TRAITEMENT

I. **En cas de rachitisme déclaré,** il faut :

a. Laisser l'enfant **au lit**, en ayant soin de le coucher alternativement dans des *positions différentes.*

b. Aérer la chambre largement, y laisser pénétrer le soleil, et soumettre l'enfant à

c. **L'héliothérapie.** — Naturelle (mer, altitude).

— Ou par les rayons *ultraviolets* dont l'on sait les résultats merveilleux dans les villes où la cure d'air n'est pas toujours possible.

d. **Surveiller et corriger l'hygiène alimentaire.**

e. **Prescrire des médicaments** parmi lesquels se place *avant tout :*

1. L'HUILE DE FOIE DE MORUE qui fixe le calcium.

Elle apporte le vitamin D à la carence de laquelle Mac Callum et les Américains ont attribué le rachitisme.

Certains conseillent l'huile de foie de morue *phosphorée*, car l'on sait que la carence phosphorée a pu être aussi invoquée. D'autres préfèrent l'*huile irradiée.*

2. L'ERGOSTÉROL. — *f.* **Les cures hydrominérales** à Salies-de-Béarn sont également utiles.

II. **Prophylactique.** — Il se résume en un mot : *Une bonne hygiène de l'enfance.* Il faut surveiller l'allaitement, l'allaitement maternel restant le meilleur. Il faut aussi *peser* l'enfant régulièrement, surveiller sa *croissance*, éviter l'alimentation trop riche en farines, l'aérer et lui donner du soleil.

Dans le traitement du rachitisme, l'avènement des ultraviolets, de l'utilisation de la lumière solaire et des stérols a marqué un progrès *immense* et transformé le pronostic.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 1, p. 14, et n° 3, p. 46.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ENREGISTREMENT DES DIPLÔMES. — STATISTIQUE. — *Département de la Seine.* — Le nombre des diplômes de docteur en médecine enregistrés à la Préfecture de police au cours de ces dernières années est le suivant :

1920 : 365. — 1921 : 332. — 1922 : 299. — 1923 : 245. — 1924 : 278. — 1925 : 269. — 1926 : 302. — 1927 : 263. — 1928 : 253. — 1929 : 236. (*La Vie médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Sur le rapport de sa commission administrative, l'Académie des sciences a décidé, en sa séance du 4 novembre 1929, la création de la Fondation Pierre-Félix Lagrange.

Cette Fondation est destinée « à récompenser ou encourager toute découverte ou recherche dans le domaine des sciences intéressant l'appareil visuel et la vision elle-même. »

ACADÉMIE DE MARINE. — M. le médecin général de 1re classe de la marine Girard, associé national de l'Académie de médecine, vient d'être nommé membre de l'Académie de marine.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille en bronze est décernée à M. le docteur Bidon (du Mans).

DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE. — M. Serge Gas, préfet de 1re classe de l'Yonne, est nommé directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère du Travail, en remplacement de M. Népoty, décédé.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — A la suite d'une assemblée générale des médecins électro-radiologistes de la région de Bordeaux et du Sud-Ouest — comprenant 19 départements — il a été procédé à la création d'une Société ayant pour but de grouper les docteurs en médecine, reconnus comme électro-radiologistes habitant dans les diverses villes de la région du Sud-Ouest. Cette Société prendra le nom de « Société d'électroradiologie de Bordeaux et du Sud-Ouest ». Elle comprendra des membres résidents et des membres non résidents, des membres honoraires, des membres correspondants et des membres associés. La Société se réunira au moins trois fois par an. Une séance aura lieu à Bordeaux, une à Toulouse, les autres séances se tiendront dans des villes à désigner lors de l'assemblée générale. Le bureau, pour l'année 1930, est ainsi constitué :

Président : professeur Réchou ; vice-présidents : docteurs Chabaneix (La Rochelle) et de Coste (Toulouse) ; secrét. gén. : docteur Labeau (Bordeaux) ; secrét. gén. adjoint : docteur Bertrand (Périgueux) ; trésorier : docteur Serret (Bergerac) ; secrétaires des séances : docteurs Lachapèle (Bordeaux) et Bru (Agen) ; membres du Conseil : docteurs Dubédat (Saint-Sever), Cazeux (Bayonne), Laroche (Niort), Priolo (Brive), Pérochon (Poitiers), Raynal (Limoges), archiviste : docteur Mathey-Cornat (Bordeaux).

La prochaine réunion aura lieu à Bordeaux, à la Clinique d'électricité médicale, 1 rue Jean Burguet, le mardi 28 janvier 1930, à 17 h. 1/2.

Pour les adhésions nouvelles et les renseignements concernant la Société, écrire au secrétaire général : docteur Roger Labeau, 50, rue Judaique, Bordeaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE. — Le mercredi 22 janvier 1930, M. Louis Martin présentera un film de M. J.-B. Benoit Lévy sur « la diphtérie et la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon ». La séance aura lieu à

5 h. au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur et le public y est admis.

HÔPITAL BRETONNEAU. — CONFÉRENCES CLINIQUES DE MÉDECINE INFANTILE. — M. H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile, avec présentation de malades (salle de la consultation de chirurgie).

Première conférence : vendredi 24 janvier 1930.

INFIRMERIE SPÉCIALE DES ALIÉNÉS (près la Préfecture de police). — CONFÉRENCES CLINIQUES. — Les conférences du vendredi reprendront le vendredi 24 janvier 1930, à 15 h.

Présentation de malades : docteurs de Clérambault, Logre et Heuyer.

Docteurs et étudiants en médecine à 16 inscriptions. — S'inscrire à l'Infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André Champrigaud (de Beauregard-l'Evêque, Puy-de-Dôme); Roussel, ancien médecin des hôpitaux de Saint-Etienne; Félix Vincent (de Toulon); Bettencourt, directeur de l'Institut Pasteur de Lisbonne; L. Plumier-Petit (de Liége); Jaime Ferran, l'éminent bactériologiste espagnol, décédé à Tortosa; Thomas Finlayson Dewar (d'Edimbourg).

Léopold DEJACE

(DE LIÉGE)

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de Léopold Dejace, doyen de la presse médicale belge, directeur du *Scalpel* de Liége, président d'honneur de l'Association de la presse médicale belge, décédé à l'âge de 76 ans.

La vie entière de Léopold Dejace a été consacrée au travail, à son journal et aux œuvres confraternelles auxquelles il a donné le meilleur de lui-même. Sa bonté qui était proverbiale et son dévouement n'ont jamais été sollicités en vain.

Très respectueusement nous nous inclinons devant sa mémoire et nous prions nos confrères de la presse médicale belge, et en particulier notre confrère Delchef qui prend la direction du *Scalpel*, de recevoir l'expression de nos condoléances émues.

F. L. S.

CHRONIQUE

L'ÉPIDÉMIE DE PESTE DE TUNIS

Au début de janvier une épidémie de pneumonie pesteuse s'est déclarée dans la ville indigène de Tunis. Les précisions nous manquaient jusqu'ici sur cette épidémie dont la gravité était exceptionnelle dans une ville de 200.000 habitants, dont la moitié d'indigènes musulmans.

M. Charles Nicolle, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur de Tunis donne dans le *Temps* du 15 janvier des renseignements précieux sur l'éclosion de l'épidémie, son développement et les mesures énergiques qui ont permis d'en arrêter le développement.

« L'épidémie actuelle a été importée à Tunis par des indigènes en provenance de la région de Douiret, située dans l'extrême sud de la Régence. Les premiers cas urbains passèrent inaperçus; ils furent attribués, vu la saison, à une grippe infectieuse. Cependant, la mortalité mit vite en éveil les services de l'hygiène. Tunis jouit de la bonne et rare fortune d'avoir, comme chef de son bureau municipal d'hygiène, le docteur Ernest Conseil dont la science n'a d'égales que la belle conscience, l'activité, l'énergie et la clarté de décision. La nature du mal fut établie. Le danger parut d'abord très grand. Une vingtaine de cas avaient été reconnus ou reconstitués; une dizaine d'immeubles, sis dans divers quartiers, recélaient ou avaient recélé des malades. Prévenu par les services municipaux et par l'Institut Pasteur de la nécessité d'une intervention énergique, M. Thierry, directeur général de l'intérieur, n'hésita pas à appliquer des mesures extrêmes. Outre le service de dépistage, dirigé par le docteur Conseil auquel le docteur Paul Durand, de l'Institut Pasteur, apporta sa collaboration courageuse et constante, des services de surveillance de la population indigène de la ville et de sa banlieue, un service de production du vaccin antipesteux, des centres de vaccination publique furent sans retard organisés.

On transforma en lazarets d'isolement l'hôpital de contagieux et de tuberculeux de la Rabta et les forts voisins, vidés de leurs pensionnaires habituels. Le docteur Delastre, interne de l'hôpital indigène, s'enferma dans la Rabta avec les malades et les suspects de leur entourage, extraits des maisons contaminées.

Le nombre des cas nouveaux ne cessait pas cependant de s'accroître et le péril semblait de plus en plus redoutable, quand un fait d'observation vint, à la fois, l'éclairer et le diminuer. Tous les cas observés, une quarantaine alors, se rencontraient exclusivement sur des indigènes de la tribu des Douiret habitant Tunis, chez qui les premiers malades en provenance du Sud, étaient venus s'installer. On avait notion que, si l'on parvenait à extraire de la ville indigène cette population tout entière et à l'isoler au dehors, la peste se trouverait du même coup expulsée de Tunis.

L'œuvre paraissait difficilement réalisable en raison du nombre et de la dispersion des immeubles suspects, une cinquantaine, et de celui de leurs habitants, 850 environ. Sur l'initiative de M. Thierry, directeur général de l'intérieur, prise d'après les renseignements donnés par le docteur Conseil et avec la pleine approbation de M. Manceron, résident général, elle fut cependant exécutée dans la nuit du 30 au 31 décembre. A peine y eut-il quelques fuites, vite repérées. Toute cette population reçut l'hospitalité dans la vaste prison civile évacuée; on l'y répartit en groupes séparés afin d'éviter la contamination générale.

Le résultat de cette mesure hardie et radicale a été celui qu'elle méritait. Aucun autre cas ne s'est depuis révélé en ville, très peu chez les isolés. A l'heure présente, tout danger est conjuré. Le nombre des victimes n'excède pas soixante.

Un tel succès, ajoute M. Nicolle, doit être donné comme exemple. Ce qui a été fait à Tunis pourra être exécuté partout, dans des circonstances analogues, et le résultat sera le même, pourvu que les services compétents soient dirigés, comme à Tunis, par des hommes de conscience et de décision. »

L. G.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GÉNÉRALE

INFARCTUS DU MYOCARDE

Par M. Paul VÉRAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'infarctus du myocarde est un foyer de nécrose, un séquestre musculaire, succédant directement à l'arrêt brusque de la circulation sanguine dans un territoire circonscrit du cœur.

HISTORIQUE

L'histoire de la thrombose myocardique passe par deux phases.

1° **Phase anatomique.** — Harvey, Corvisart, Morgagni (1777) publient les premiers faits anatomiques. Biett rapporte en 1827 l'observation célèbre de Talma, mourant d'un anévrisme du cœur, que Breschet attribue, de façon un peu romanesque, aux « efforts violents auxquels s'est livré le grand acteur dans le rôle passionné d'Hamlet ». Elleaume, Ziegler, Weigert, Hippolyte Martin, font, les premiers, la part de l'ischémie à l'origine de l'infarctus. Les travaux de Letulle, la belle thèse désormais classique de René Marie (1896), mettent au point, de façon définitive, l'anatomie pathologique des thromboses coronariennes.

2° **Phase clinique, électrocardiographique et physio-pathologique.** — Toute récente, elle fait entrer l'infarctus dans le domaine de la clinique. En France, Gallavardin et ses élèves Gravier, Destandreau et Mme Bachmann, estompent (1921-1926) les principales formes cliniques de l'affection. Lian décrit avec Pollet (1924) l'état de mal cardio-gastro-angineux, et avec Puech (1927) l' « angor aigu coronarien fébrile ». Weissenbach et Kaplan insistent sur « l'état du mal angineux hyperalgique ». Clerc, avec P.-N. Deschamps, Stieffel, étudie la physiopathologie de l'oblitération coronarienne. Laubry et ses élèves ajoutent à ces faits une importante contribution.

E. Donzelot avait, dès 1915, étudié expérimentalement l'effet produit par la ligature des coronaires. C'est à lui que revient le mérite d'avoir récemment [1928 (1)] clarifié la symptomatologie jusqu'alors confuse de la forme angineuse de l'infarctus du myocarde, et d'en avoir brossé un tableau qui permet le diagnostic de cette affection, d'une façon quasi-certaine, à ceux qui le connaissent.

En 1919, R. Boucomont (de Royat), synthétise dans sa thèse le bilan des notions acquises, tandis que Robert-Lévy insiste, dans la sienne, sur l'électro-pronostic.

A l'étranger, les faits s'accumulent grâce aux travaux de Herrick, Gorham, Libmann, Hamman, Pardee, Oppenhetmer et Rotschild, en Amérique; Gibson, Parkinson et Bedford, en Angleterre; Krause, Rindfleisch, en Allemagne; Antonelli et surtout Pezzi qui, en Italie, réunit (1929) 15 observations d'infarctus avec électrocardiogrammes en séries.

(1) Donzelot. Trois cas de guérison clinique d'infarctus du myocarde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1928, n° 4, p. 179.

ÉTIOLOGIE. DONNÉES PATHOGÉNIQUES ET EXPÉRIMENTALES

Beaucoup plus fréquent *chez l'homme* que chez la femme (72 hommes pour 11 femmes, Parkinson et Bedford), relevant presque toujours de coronarite chronique thrombosante et d'athéro-sclérose artérielle l'infarctus du myocarde s'observe habituellement à partir de la cinquantaine, chez des polyscléreux, parfois syphilitiques anciens, presque toujours hypercholestérinémiques et non exceptionnellement diabétiques (Pezzi).

Il est logique de penser que la variété des lésions anatomiques, l'atteinte élective de telle ou telle portion du myocarde (faisceaux uniquement moteurs ou jouant un rôle dans la conduction), influent sur l'aspect clinique de la thrombose coronarienne (Weissenbach et Kaplan), de même que la brutalité ou la lenteur de sa constitution (Gallavardin). Sans doute faut-il également attribuer un rôle important à la circulation coronanienne de suppléance. On sait que chez l'homme normal, les artères coronaires sont généralement considérées comme terminales, et seulement reliées par des anastomoses capillaires. Campbell (d'Edimbourg) étudiant stéréoscopiquement le système coronaire injecté de baryum, a confirmé tout récemment ce fait avancé, en 1921, par Gross (de Toronto) que chez le sujet âgé, dont la vascularisation cardiaque est troublée, on peut voir se développer une circulation collatérale de suppléance très importante. L'homme âgé, plus exposé que les jeunes, à la thrombose myocardique, jouirait ainsi du privilège imprévu de pouvoir se défendre mieux contre elle.

Données expérimentales. — Smith fut le premier à étudier expérimentalement l'effet de la ligature des coronaires chez le chien. Il fut suivi dans cette voie par G. Sée et Roussy, Cohnheim et Rechberg, mais il faut arriver aux travaux récents de Lewis, Pezzi, E. Donzelot pour obtenir des résultats comparables et des techniques précises.

L'étude des modifications évolutives du complexe électriques du cœur complète utilement les données de l'enregistrement graphique simple. Récemment, Clerc et Stieffel, reprenant les expériences de Smith, Eppinger et Rothberger, provoquent la formation d'un escarre myocardique en injectant dans la région apexienne quelques gouttes d'une solution concentrée de nitrate d'argent. Stattman et Uhlenbruck, provoquant des embolies coronaniennes par l'air ou les poussières de charbon, apportent le bilan de leurs observations électrocardiographiques.

Quelle que soit la technique employée, la mort peut être brutale, presque immédiate, survenant sans doute par fibrillation ventriculaire, en cas d'ischémie massive d'un vaste territoire cardiaque.

Si elle ne survient qu'au bout d'une demi-heure ou une heure, elle est précédée d'extrasystoles ventriculaires, puis de tachycardie parexystique ventriculaire que suit de peu la mort probablement par fibrillation ventriculaire. Dans les cas légers, tout se borne à quelques extrasystoles passagères, mais les modifications de l'électrocardiogramme attestent presque toujours de la lésion myocardique.

Insistons dès maintenant sur ce fait que *les troubles électriques enregistrés après infarctus expérimental sont exactement les mêmes que ceux observés en clinique*. Nous reviendrons longuement sur le syndrome électrocardiographique *évolutif* caractérisé pendant les premières heures, par la grande onde monophasique en dôme englobant R T (voir fig. 1); pendant les semaines suivantes par l'onde dite coronanienne de Pardee (voir fig. 2); et plus tardivement par les anomalies persistantes ou totalement régressives de l'onde T. *Le parallélisme évolutif des lésions anatomiques et des modifications du tracé électrique l'identité des électrocardiogrammes expérimentaux et cliniques*, expliquent l'intérêt de ces derniers dans l'infarctus du myocarde.

Expérimentalement, comme sans doute en clinique, les deux systèmes coronariens réagissent de façon bien différente, et pour obtenir des effets à peu près identiques, il faut lèser, par exemple le tronc même de la coronaire droite, peu sensible, ou bien, à un niveau assez bas, la tranche descendante de la coronaire gauche, très sensible (Clerc).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Oblitération coronarienne.** — Les branches de la *coronaire gauche* sont de beaucoup les plus souvent atteintes non dans les rameaux auriculaires, mais dans les rameaux ventriculaires dont l'importance fonctionnelle dépasse de beaucoup le maigre calibre. La thrombose siège habituellement dans le rameau inter-ventriculaire antérieur, après la naissance de l'artère auriculo-ventriculaire, ou dans la région de la pointe, après la naissance de l'artère de la cloison. Elle peut encore atteindre la branche auriculo-ventriculaire ou ses rameaux destinés au bord gauche du cœur.

Le thrombus, anatomiquement banal, peut s'organiser, ou se désagréger, laissant l'artère redevenir perméable.

2. **Foyer de nécrose.** — Il demande pour se constituer, une survie de vingt-quatre à quarante-huit heures et n'offre aucun caractère anatomique particulier. Ordinairement unique, il peut être de volume considérable (les deux tiers de la paroi antérieure du ventricule gauche, dans un cas de Bouchut, Ravaut et Petouraud), ou minime. A l'autopsie, on peut l'observer sous l'une des formes suivantes : a. *forme hémorragique*, à type d'apoplexie cardiaque, pouvant faire irruption dans le ventricule gauche, et provoque une rupture incomplète du cœur; b. *forme nécrotique*, de teinte jaunâtre ou rousse, de contours festonnés ou flous.

Histologiquement, René Marie décrit les stades évolutifs suivants : dégénérescence, état alvéolaire, sclérose molle, sclérose dure, calcification.

3. **Lésions associées.** — Siégeant dans la zone correspondante à l'infarctus, elles peuvent consister en endocardite hyperplasique, péricardite subaiguë ou chronique, aboutissant à la formation de plaques laiteuses.

4. **Conséquences de l'infarctus.** — Bien rattachées par René Marie à la thrombose coronarienne, ce peuvent être :

a. La *rupture du cœur*, siégeant habituellement comme la thrombose, à la face antérieure du ventricule gauche;

b. L'*anévrisme pariétal du cœur*, situé à la pointe, peu ou non saillant et rempli de caillots;

c. Les *cicatrices fibreuses* du myocarde, seuls témoins, parfois, d'infarctus anciens, cliniquement méconnus.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous décrirons tout d'abord la *forme angineuse hyperalgique*, si bien individualisée par E. Donzelot auquel nous empruntons sa description clinique. Si elle n'est pas la plus fréquente, elle est à peu près la seule dont on puisse faire le diagnostic clinique avec certitude. Deux variétés de signes la caractérisent : cliniques, électrocardiographiques.

I. **Signes cliniques.** — *A*. Symptômes essentiels. — Au nombre de quatre, ils prennent, par leur groupement, une haute valeur diagnostique.

1° *La douleur angineuse.* — Phénomène initial, elle est caractérisée par deux traits particuliers : son *acuité atroce*, sa *durée prolongée*, ce dernier étant peut-être le plus important. Littéralement insupportable, torturante, angorhyperalgique, elle s'exalte en paroxysmes intenses dont la particularité la plus frappante est peut-être la diffusion étonnamment lointaine des irradiations (mâchoires, membres supérieurs, abdomen). S'il s'agit d'anciens angineux à l'effort ou au décubitus, ils disent que la souffrance actuelle est infiniment plus intense que celles endurées jusqu'alors.

Cette douleur dure des heures, des jours, parfois huit, dix jours, et, fait important, résiste aux thérapeutiques habituellement efficaces dans l'angor (Donzelot).

2° *L'effondrement rapide de la tension artérielle*, porte au début sur la maxima ou la minima, tôt ou tard *sur les deux tensions*, et prédomine sur la maxima avec chute de la différentielle. Elle se produit d'emblée ou après vingt-quatre ou quarante-huit heures.

3° *La fièvre*, modérée, aux environs de 38, 38,5, *constante*, revêt de ce fait une grande importance diagnostique. Elle apparaît du deuxième au quatrième jour et peut s'atténuer pour réapparaître en cas de rechute.

4° *Le frottement péricardique*, bien qu'il soit inconstant (5 fois sur 12 cas, Donzelot), discret, localisé, fugace, apparaissant au bout de quelques jours,

pour ne durer que quelques heures, est pour E. Donzelot un signe *pathognomonique* de l'infarctus s'il coexiste avec les symptômes précédents. C'est dire qu'il faut la rechercher systématiquement.

B. Symptômes accessoires. — 1° *Les troubles du rythme et les signes cardiaques.* — La tachycardie régulière à 100, 120, témoin habituel des défaillances du myocarde, est très fréquente. Les extrasystoles ventriculaires (deuxième ou troisième jour), les crises de tachycardie paroxystique ventriculaire, la fibrillation auriculaire sont plus rares. L'alternance du pouls est exceptionnelle, de même que la bradycardie avec dissociation auriculo-ventriculaire par lésion hisienne.

Les bruits du cœur sont comme « éloignés » (Donzelot) et cet assourdissement rend souvent difficile le diagnostic d'un bruit de galop présystolique ou mésodiastolique.

2° *Les troubles gastro-intestinaux,* inconstants (épigastralgie, vomissements, météorisme, constipation) peuvent prédominer au point de caractériser un véritable état de mal cardio-gastro-angineux. (Lian et Pollet.)

3° *Les signes pulmonaires* font rarement défaut allant des quelques râles fins disséminés aux bases ou du foyer congestif souvent compliqué d'un petit épanchement tardif, à la crise typique d'œdème aigu du poumon.

4° *La dyspnée* qui trahit constamment la défaillance ventriculaire aiguë, peut être modérée, intermittente ou paroxystique, accompagnant ou non l'œdème pulmonaire. La toux est spasmodique, incessante, pénible.

5° *L'état de shock* est beaucoup plus accentué que dans toute autre crise angineuse. Le malade, d'une « pâleur cendrée », mêlée d'une légère cyanose est angoissé, immobile, ou au contraire en proie à une agitation qui contraste avec l'acuïté de sa douleur (R. Boucomont).

La *leucocytose sanguine* avec polynucléose n'apparaît que si l'infarctus est très volumineux et n'a pas de valeur diagnostique.

II. **Signes électrocardiographiques.** — Ils sont de grande valeur puisque l'expérimentation permet de les reproduire avec une quasi-similitude.

Le fait capital consiste en *modifications évolutives du segment S T* du complexe ventriculaire électrique. Ces déformations signalées pour la première fois par Smith chez le chien, étudiées par Herrick, Levine, Willius, Oppenheimer et Rotschild, Parkinson et Bedford, Clerc et ses élèves, peuvent être, un peu schématiquement groupées de la façon suivante.

1° **Phase initiale.** — Dans les heures ou les jours qui suivent l'accident ischémique, apparaît une *grande onde monophasique* de direction opposée en D_I et en D_{III}, branchée sur le versant descendant de R ou ascendant de S, s'élevant de façon à dépasser parfois le sommet de R, et englobant S T (voir fig. 1). Cette onde d'amplitude considérable, serait pour certains l'onde T. Pour Pezzi, c'est une

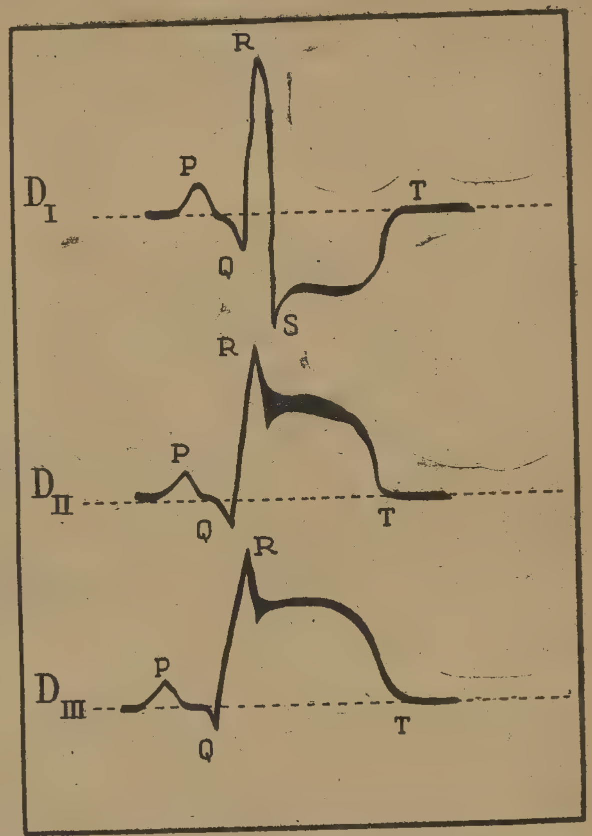


Fig. 1. — *Grande onde monophasique englobant* S T *apparaissant dans les heures qui suivent la thrombose coronarienne* (schéma, d'après Pardee).

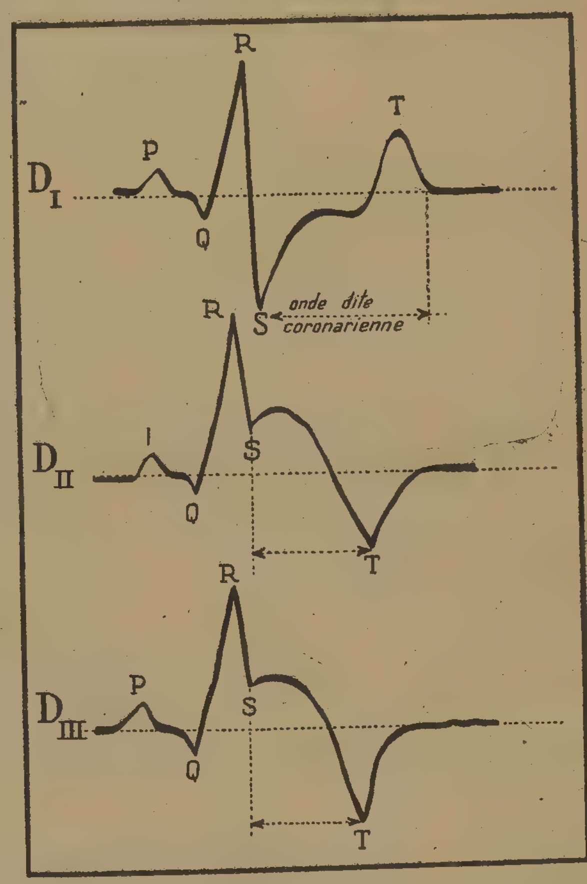


Fig. 2. — *Onde coronarienne de Pardee, ou « cover plane T » que l'on observe pendant les semaines qui suivent la thrombose* (schéma, d'après Pardee).

onde nouvelle qui répond sans doute au « current of

injury » (courant d'irritation) des auteurs anglais, développé dans la fibre lésée. Cette déformation n'aurait jamais été observée chez des malades au myocarde sain et serait pour Pezzi, presque pathognomonique d'infarctus du myocarde si elle coexiste avec un syndrome clinique qui permettra de le soupçonner.

2° **Deuxième étape.** — Dans les deux ou trois mois qui suivent le début de l'infarctus, rarement plus tôt, l'onde T se dégage du groupe Q R S, perd de son amplitude et s'inverse généralement. En même temps, l'intervalle S T récupère à peu près son individualité, mais au lieu de devenir rectiligne reste curviligne, précédant, en sens inverse, un T habituellement négatif. Ainsi se constitue l'*onde dite « coronarienne » de Pardee*, ou « cover-plane T » d'Oppenheim et Rothschild (voir fig. 2).

Ces modifications tardives de T sont celles que l'on observe le plus communément et leur constatation permet presque d'affirmer « une *lésion myocardique d'origine vasculaire* » (R. Lévy).

3° **Troisième étape.** — Tantôt s'installe définitivement l'inversion de T en plusieurs dérivations. Tantôt régressent toutes anomalies et l'on a pu, en présence de tracés électriques devenus normaux chez des malades cliniquement guéris, parler de « guérison » de l'infarctus du myocarde (Willius, E. Donzelot, R. Boucomont).

A côté des modifications précédentes, de beaucoup les plus importantes, on peut noter l'élargissement du complexe Q R S qui peut être diminué d'amplitude, crocheté, transitoirement ou définitivement. Les tracés peuvent être de faible amplitude, se réduisant à de courtes oscillations autour de la ligne iso-électrique.

Quelle que soit la valeur diagnostique de la grande onde monophasique englobant S T et de l'onde coronarienne de Pardee, l'existence de ces déformations du complexe ventriculaire ne peut suffire à faire affirmer un diagnostic que la clinique permettrait de suspecter. Elles ne sont pas constantes, peuvent n'être que passagères, et Clerc signale des cas où le complexe ventriculaire, normal avant la crise angineuse, l'est redevenu aussitôt après, l'hypothèse d'une simple claudication coronarienne pouvant, il est vrai, être soulevée ici. Laubry, Walser et Deglaude ont vu de telles déformations de l'électrocardiogramme au cours de défaillances myocardiques sans infarctus. Ces faits prouvent qu'on ne saurait attendre de l'électrocardiogramme que des arguments de grande probabilité en faveur de la thrombose coronarienne, dans les seuls cas où la clinique autorise également cette hypothèse diagnostique.

Evolution. — La phase dangereuse de l'infarctus du myocarde à forme angineuse est de « trois à quatre semaines. Jusqu'au vingtième jour, la syncope, façon de mourir quasi-constante de ces malades, est à craindre » (Donzelot). La mort subite survient parfois dès les premières heures ou les premiers jours, parfois plus tardivement, après une phase d'accalmie. Elle est la terminaison habituelle de l'insuffisance cardiaque aiguë et progressive qui peut se déclarer chez ces malades, malgré toute thérapeutique. Au-delà de trois semaines, M. Donzelot n'a jamais vu se produire la mort subite, et il pense « être dans le vrai en assignant à la période dangereuse, une durée d'un peu plus d'un mois ».

Quand ce cap est franchi, si toute douleur a cessé, si la tension artérielle est remontée à son niveau antérieur à la crise et si la régression totale des anomalies électrocardiographiques ajoute un *électro-pronostic* favorable à cet ensemble clinique, on peut assister à la « guérison clinique » apparente de l'infarctus, et voir certains malades mener une vie normale, plusieurs mois, deux, trois, cinq ans; après l'accident paroxystique (Parkinson et Bedford, Donzelot, Lian).

Il semble cependant que l'on doive toujours faire quelque réserve sur l'avenir de ces malades qui, s'ils évitent l'anévrisme ou la rupture du cœur, toujours possibles, mais rares, restent exposés à de nouveaux infarctus et à la mort subite.

FORMES CLINIQUES

Bien des morts subites s'expliquent par des infarctus du myocarde sans histoire clinique; il est permis de penser que l'oblitération aiguë spasmodique des coronaires, entraînant une ischémie brutale suivie peut-être de fibrillation ventriculaire, revendique nombre de cas de mort par syncope.

A l'opposé de ces formes qui posent des questions médico-légales, il en est de latentes, plus fréquentes, découvertes à l'autopsie.

Elles se manifestent, dans un cœur scléreux, par l'existence de plaques fibreuses cicatricielles. Il est beaucoup plus rare de découvrir un infarctus rouge, assez récent, n'ayant donné lieu à aucun trouble fonctionnel et dont il est difficile de faire la part dans les causes probables de la mort (Gallavardin).

Parmi les diverses variétés cliniques d'infarctus myocardique, on peut avec les auteurs récents souligner, dans leur importance, les formes suivantes :

I. **Formes évolutives.** — *A.* **Formes s'accompagnant d'insuffisance cardiaque subaiguë** (Gallavardin). — L'infarctus peut, en ce cas, se manifester de diverses façons.

1° *Formes à début brutal.* — Chez un homme âgé, cardio-scléreux, mais bien portant, surviennent subitement une violente crise d'angor ou d'œdème pulmonaire aigu. Contrairement à ce que l'on prévoit, l'état fonctionnel de ces malades ne s'améliore pas par l'ouabaïne, et l'insuffisance cardiaque subaiguë évolue rapidement, pouvant revêtir l'un des types suivants :

a. *Cardioplégique.* — C'est le tableau de l'insuffisance ventriculaire gauche avec galop, souffle fonctionnel, effondrement de la pression différentielle, œdème pulmonaire subaigu et stases multiples précédant la mort de quelques semaines.

b. *Cachectique.* — Les signes cardiaques passent au second plan tandis que le malade se cachectise et meurt.

2° *Forme à début insidieux ou masqué.* — La plus fréquente [21 fois sur 29 cas d'infarctus myocardique (Gallavardin)], elle ne peut être que soupçonnée cliniquement. Il s'agit d'un brightique dont l'insuffisance ventriculaire gauche évolue à un moment donné avec une rapidité surprenante. Le caractère d'irréductibilité subite de l'asystolie, la discordance entre l'hypertrophie du cœur gauche et la chute de la pression artérielle dont la *minima se maintient basse*, l'absence d'alternance du pouls qui est habituelle dans les cas cliniquement analogues, l'intensité du bruit de galop sont des signes qui, par leur groupement, peuvent seuls faire soupçonner la coronarite oblitérante.

3° *Ictus myocardique pur.* — Traduit par un tableau d'insuffisance aiguë du cœur gauche avec chute brutale de la tension artérielle et état de shock, l'iotus myocardique pur peut exister seul ou venir mettre fin à un état de mal angineux évoluant depuis plusieurs jours avec des accalmies successives.

B. **Forme à étapes successives.** — Débutant par une crise angineuse suivie d'accalmie, elle se termine par des accidents arythmiques reproduisant exactement ce que l'on observe dans la ligature expérimentale d'une branche coronarienne importante et qui précèdent, de peu, la mort.

II. **Formes symptomatiques.** — *A.* **Forme gastro-intestinale.** — Les vomissements alimentaires, puis bilieux, l'hyperesthésie cutanée, l'état de shock, l'aspect pseudo-péritonéal du facies, peuvent égarer le diagnostic vers celui de perforation digestive, pour peu que les signes angineux restent au second plan. Cet « état de mal cardio-gastro-angineux » (Lian et Pollet, Schulmann et Théodoresco) est d'un pronostic fatal à brève échéance. Beaucoup plus rares sont les formes suivantes.

B. **Forme indolente et dyspnéisante.** — Dyspnée intense et modifications électrocardiographiques furent dans quelques cas de East, Ben et Carry les seules manifestations de volumineux infarctus trouvés à l'autopsie.

C. **Forme embolique.** — Exceptionnelle, elle est marquée par l'apparition d'embolies de la grande circulation qui risquent d'égarer le diagnostic.

D. **Forme à type de syndrome d'Adams-Stokes.** — Très rare, elle est due à une artérite sténosante de l'artère propre du nœud de Tawara et à la formation d'un foyer de nécrose lésant le centre automatique. Géraudel, Brodin et J. Lereboullet en ont rapporté un exemple récent qui s'oppose à ceux déjà publiés par Géraudel dans lesquels la bradycardie avec dissociation relevait d'une ischémie relative de la même zone, sans qu'il y eut nécrose.

E. **Forme associée à la maladie de Buerger.** — Leeman, ayant eu l'idée d'examiner les coronaires de malades ayant succombé à la thrombo-angéite, trouva 4 fois sur 6 des lésions de coronarite oblitérante avec petits foyers d'infarctus, cliniquement latents. Ce fait intéressant constitue une nouvelle preuve de ce que la thrombo-angéite est vraiment une maladie générale aux localisations multiples.

DIAGNOSTIC

I. **Positif.** — Le diagnostic d'infarctus du myocarde peut être posé presque toujours avec certitude, dans la forme angineuse hyperalgique que nous avons décrite, quand les divers signes cliniques et électrocardiographiques se trouvent être réunis. Dans les autres cas, le diagnostic est vraisemblable, hasardeux, ou impossible. Nous ne reviendrons pas sur les réserves qu'il convient de faire au sujet des modifications de la courbe électrique. Elles ne prennent leur signification vrai qu'à la condition qu'il existe en même temps un syndrome clinique évoquant la probabilité d'une thrombose coronarienne.

II. **Différentiel.** — Mieux vaut insister sur la prudence dont il convient de faire preuve, en dehors des cas typiques, avant de porter le diagnostic d'infarctus du myocarde, que d'énumérer les nombreuses affections qui le peuvent simuler.

1° **Si la douleur augmente, domine la scène,** ses caractères très particuliers et les signes qui lui font cortège, ne permettent guère de la confondre avec l'angor dite d'effort ou de decubitus. L'erreur serait fréquente au début, avec les angines dites « névrosiques » ou avec les angines réflexes, d'origine emphatique ou lithiasique (Gallavardin). L'évolution du tableau clinique aura vite fait de trancher la question.

L'état de mal angineux hyperalgique peut, au contraire, être provoqué par la rupture, en plusieurs temps, d'un anévrisme de la crosse de l'aorte (Laubry, Moussoir et Mlle Brosse, 1927), ou par l'effraction subite dans le péricarde, d'une collection voisine.

2° **L'existence d'un frottement péricardique** soulève le difficile problème diagnostique d'une *péricardite aiguë infectieuse à forme angineuse* qui peut s'observer chez l'homme âgé et s'accompagner de défaillance myocardique. Pour M. Donzelot, nombre de ces cas correspondraient sans doute à des infarctus méconnus. Chez un malade plus jeune, la persistance et la durée du frottement, l'atténuation progressive des signes physiques sous l'influence du traitement salicylé sont des arguments en faveur de la péricardique aiguë.

3° **Si les signes d'insuffisance ventriculaire gauche,** aiguë ou subaiguë, prédominent, le diagnostic de l'origine coronanienne des accidents est parfois impossible. Les signes décrits par Gallavardin et sur lesquels nous avons insisté permettent sans doute une hypothèse vraisemblable, mais on n'aura de certitude qu'à l'autopsie.

La *thrombose cardiaque*, également fébrile, est aussi un diagnostic difficile. Elle n'est pas aussi douloureuse, s'accompagne plus volontiers d'embolies, mais peut relever d'un infarctus sous-endocardique aussi bien que d'une endocardique infectieuse.

TRAITEMENT

La thérapeutique ne peut être que palliative. M. Donzelot en règle la conduite de la façon suivante :

On usera tout d'abord d'analgésiques et surtout de morphine « administrée sans parcimonie et tant que cela sera nécessaire ». On emploiera utilement l'opium total, l'héroïne, la papaverine. Les tonicardiaques ne seront administrés que très prudemment car ces myocardes doivent être traités avec beaucoup de ménagements, et « l'on se contentera de prescrire la digitale ou le strophantus, à dose modérée et par voie buccale ». On ne recourra à l'ouabaïne par voie intraveineuse, qu'en cas de collapsus cardiaque ou d'œdème pulmonaire aigu, ce dernier accident constituant la seule indication de la saignée chez ces malades à pression artérielle effondrée.

Les nitrites brutalement hypotenseurs sont contre-indiqués pour la même raison, et d'ailleurs inopérants. L'adrénaline en injections intramusculaires de 1 milligramme (Donzelot), l'atropine en injections sous-cutanées, peuvent être utilement associées aux médicaments précédents. On ne manquera pas d'appliquer une vessie de glace en permanence sur la région précordiale, et de prescrire le repos absolu au lit pendant un mois au minimum.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1930)

Répartition du nickel et du cobalt dans les plantes. — MM. Gabriel BERTRAND et M. MOKRAGNATZ ont poursuivi leurs recherches sur la teneur en nickel et en cobalt des plantes. Ils ont constaté qu'il y a un certain parallélisme entre les proportions de nickel et celles de cobalt, en ce sens que les organes ayant une teneur faible, moyenne ou élevée en nickel sont presque toujours ceux qui ont une teneur faible, moyenne ou élevée en cobalt.

Les *feuilles* sont d'une manière générale les organes les plus riches. Les chiffres qu'indiquent les auteurs sont notés en milligrammes par kilogramme de matières sèches.

FEUILLES DE	NICKEL	COBALT
Laitue	1.51	0.054
Epinard	2.37	0.074
Chou	3.3	0.07
GRAINS DE	**NICKEL**	**COBALT**
Maïs	0.14	0.011
Froment	0.35	0.012
Café	0.38	0.002
Haricot blanc	0.59	0.011
Lentille	1.61	0.35
Pois	2.25	0.028

Parmi les fruits, racines, tubercules, etc., on trouve une teneur de nickel et de cobalt faible à l'état frais en raison de leur richesse en eau.

Les plus riches sont la pomme de terre et la carotte.

La gyrole ou chanterelle comestible est l'espèce végétale qui renferme la plus haute teneur en nickel et en cobalt à l'état sec : Ni, 3^{mmg}5, Co, 2^{mmg}13 ; à l'état frais : Ni, 0^{mmg}28, Co, 0^{mmg}17.

En résumé, le nickel et le cobalt existent dans toutes les plantes cryptogammes ou phanénogammes qui ont été examinées. Les proportions en sont très petites. On peut les évaluer à une partie de nickel pour plusieurs millions de parties de plante vivante et à 5 à 10 fois moins encore de cobalt.

Il n'est pas impossible, malgré cette grande dilution, que le nickel et le cobalt interviennent comme catalyseurs dans les cellules végétales.

Contribution à l'étude de l'anthracose pulmonaire. Tolérance des cultures de tissus vis-à-vis des particules de houille. — MM. A. POLICARD et M. BOUCHARLAT exposent des recherches expérimentales qui confirment la conception que l'anthracose pulmonaire est un état anatomique, une surcharge et non une maladie.

Sur l'élimination de quelques alcaloïdes et génalcaloïdes par les voies biliaires. — MM. H. HERMANN, F. CAUJOLLLE et F. JOURDAN.

Nouvelle fermentation de l'acide urique provoquée par le foie de divers animaux. — MM. R. FOSSE, A. BRUNEL et P. DE GRAEVE.

Efficacité de la d'Arsonvalisation médicamenteuse dans le lupus érythémateux. — M. H. BORDIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1930)

Sir Almoth E. Wright (de Londres), associé étranger, assiste à la séance.

Présentation. — M. SIREDEY présente les deux premiers tomes de *Tout le corps humain*, la très belle encyclopédie des connaissances médicales dirigée par le docteur Henri Bouquet et à laquelle ont collaboré dix-sept médecins, dont plusieurs professeurs ou agrégés des facultés, des membres de l'Académie de médecine et nos meilleurs écrivains médicaux.

Effets de la vaccination B. C. G. sur la réduction de la mortalité générale infantile. — M. CALMETTE apporte à l'Académie les résultats d'une nouvelle enquête faite en France auprès des médecins praticiens et des services publics d'hygiène qui utilisent la vaccination B. C. G. depuis 1924. Le nombre des enfants qui ont été ainsi prémunis contre la tuberculose dépasse actuellement 210.000.

Des travaux expérimentaux et cliniques qui ont été publiés dans les divers pays sur le B. C. G. se dégage la démonstration évidente de l'innocuité de ce vaccin pour toutes les espèces animales sensibles à la tuberculose et aussi celle de l'inutilité des efforts qui ont été tentés par les microbiologistes les plus ingénieux pour lui restituer, même partiellement, la virulence qu'il a perdue.

Son efficacité préventive de la tuberculose ressort de ce fait qu'en France, comme le professeur Cantacuzène l'a récemment établi pour la Roumanie, la mortalité générale infantile est réduite de moitié et souvent davantage partout où la vaccination des nouveau-nés, aussi bien en milieu sain qu'en milieu tuberculeux, est méthodiquement réalisée. L'expérience qui se poursuit dans plusieurs de nos départements ne laisse aucun doute à cet égard. Celle de l'arrondissement de Thann (Haut-Rhin) est particulièrement suggestive. Depuis 1926 on a progressivement multiplié les vaccinations à ce point que, en 1928, 74 p. 100 des nouveau-nés étaient vaccinés. Or, la mortalité par toutes causes de 0 à 1 an, qui était de 6,6 p. 100 chez les non-vaccinés, ne fut plus que de 2 p. 100 chez les vaccinés et aucun décès par tuberculose n'a été observé.

Beaucoup de médecins observent que les enfants vaccinés

se développent en général mieux que les non vaccinés et résistent mieux que ceux-ci aux maladies du jeune âge.

Il y a donc lieu de répandre aussi largement que possible l'emploi du B. C. G. par voie buccale pour la vaccination des nouveau-nés, aussi bien dans les familles apparemment saines, où l'on n'est jamais sûr d'échapper à une contagion accidentelle, que dans les familles où cette contagion est inévitable.

Les essais de vaccination des sujets de tous âges, même adultes, non réagissants à la tuberculine, se poursuivent dans notre pays, et sur une plus vaste échelle en Norvège, avec les résultats les plus encourageants.

L'Institut Pasteur a créé un laboratoire spécial pour la préparation du B. C. G. Ce vaccin est distribué gratuitement à tous les médecins et aux sages-femmes qui désirent en faire usage.

Observations sur la biologie du Stegomya fasciata. — M. Legendre expose quelques particularités de la biologie du Stegomya fasciata nigérien qu'il a observé à Ouagadougou (Haute Volta). Cette espèce, polyvoltine, a, de juin à décembre, six mois d'activité trophique et reproductrice au cours desquels ses générations se succèdent toutes les trois semaines. De décembre à mai, malgré une température favorable, elle reste presque inactive par épuisement de sa fonction de reproduction et par siccité de l'atmosphère.

Le Stegomya nigérien attaque l'homme entre dix heures et dix-huit heures et dans la seconde partie de la nuit.

L'étude des mœurs des races régionales du Stegomya donnerait la raison de certains faits épidémiologiques inexpliqués touchant la fièvre jaune et la fièvre rouge dont ce moustique est le propagateur.

La valeur clinique du point cervical phrénique. — M. Constantin Poenaru Caplesco (de Bucarest) rappelant les communications faites en 1926 par M. Milhaïl Iliesco sur le *signe phrénique droit dans les appendicites*, fait un rapide historique des travaux de l'Ecole française sur les points douloureux dans les affections du thorax, de l'abdomen et des membres.

Ce sont d'abord les travaux de Waller (1870), de Th. Mays (1895), puis la thèse de Simon Dupouy, élève du professeur Sabrazès (de Bordeaux), *sur la douleur à la pression du pneumogastrique au cou dans la tuberculose pulmonaire*. Ce sont encore les travaux de M. Chauffard et de son élève Mauban (*Gaz. des hôp.*, 1er avril 1913) qui montrent toute l'importance diagnostique du point phrénique dans les irritations de la vésicule biliaire, puis les travaux de Rivet, ceux de Paviot; de Chiray et Pavel, de Jean Drouhard, de Costa, de Cade et Parturier, de Desmarest, de Troisier, de Casaubon qui affirme ne pas avoir trouvé le point phrénique dans l'appendicite.

Les avis sur le mécanisme de ce point sont partagés. M. Quénu croit à l'irritation du pneumogastrique, M. Loeper se demande s'il ne s'agit pas de l'irritabilité des ganglions sympathiques, M. Couturier croit que c'est le sympathique qui est en cause, M. Caplesco a observé des faits cliniques qui sont contraires aux affirmations des auteurs précités et il pense que de nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques sont nécessaires pour mettre au point cet important problème du phrénique.

Comité secret. — L'Académie se forme en comité secret pour examiner les propositions de candidatures pour la place vacante dans la section des membres libres en remplacement de M. Capitan, décédé, et pour élire neuf membres à adjoindre à la section.

— L'élection aura lieu au cours de la séance du 28 janvier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1929)

Forme pseudo-pleurétique du cancer du poumon par paralysie phrénique. — M. Sergent, à propos de la récente communication de MM. L. Bernard et J. Marie résume et montre la radiographie de 3 cas de cancer de poumon à forme pseudo-pleurétique par paralysie phrénique. Cette forme clinique s'observe également dans la tuberculose.

Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire associée au diabète avec dénutrition, par le pneumothorax artificiel. — MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin et L. Justin-Besançon présentent, un an après l'établissement du pneumothorax bilatéral, les deux tuberculeux, atteints de diabète grave avec acidose, qu'ils ont présentés en décembre 1928 à la Société. Le résultat thérapeutique reste excellent.

Un cas de maladie de Kussmaul. — MM. J. Hutinel, Coste et Arnaudet présentent un cas ayant évolué d'une façon aiguë, en moins de quinze jours, chez une fillette de dix ans. Après avoir simulé la fièvre typhoïde, puis une scarlatine, la maladie se caractérisa par un état infectieux avec arthrite et évolution cachectiques, des arthralgies violentes des membres inférieurs, de douleurs abdominales avec diarrhée sanglante, enfin par un purpura d'allure spéciale : nodules intradermiques violacés, aboutissant à des vésicules et à des bulles penphygoïdes contenant un liquide séro-hémorragique ou puriforme. L'examen anatomique mit en évidence des lésions artérielles typiques au niveau des artérioles de la peau, du mésentère, des ganglions et de la rate. Toutes les inoculations étaient négatives.

Zona et vaccine. — MM. Aubertin et Fleury rapportent l'observation d'un zona intercostal gauche apparu dix jours après l'inoculation de vaccine à l'épaule gauche; ils ont trouvé la réaction méningée habituelle au zona et avec le sérum sanguin, M. Urbain a obtenu la fixation du complément par les deux antigènes vaccinal et zostérien. Ce fait observé pour la première fois dans un tel cas confirme l'authenticité du zona.

Dilatation bronchique chez l'enfant donnant une image de pleurésie médiastine. — MM. Juan José Leunda et Antoine Carran (de Montevideo), rapportent 4 observations d'enfants âgés de quatre et neuf ans, chez lesquels à la suite d'infections broncho-pulmonaires plus ou moins prolongées, il existait de la toux quinteuse accompagnée chez quelques-uns d'expectoration. On constata chez eux, à l'examen physique, un foyer de souffle et gargouillement à la base droite, et tous ces cas, à l'écran, donnaient une ombre triangulaire, paramédiastinale droite, semblable à celle que Chauffard a, le premier, décrite comme caractéristique de la pleurésie médiastine. L'examen radiologique, après injection intra-bronchique de lipiodol par la voie naturelle transglottique, montre des images caractéristiques de dilatation bronchique dans le triangle obscur. Les auteurs insistent en terminant sur l'importance de l'injection de lipiodol pour l'interprétation des ombres paramédiastinales et leur diagnostic différentiel.

Traitement de la fissure anale par les injections locales de quinine-urée. — MM. R. Bensaude, André Cain et J.-A. Lièvre utilisent dans le traitement de la fissure anale l'injection sous-muqueuse d'une quantité minime d'une solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 p. 100; l'injection est poussée rapidement sous la fissure en faisant pénétrer l'aiguille au niveau de l'extrémité externe de celle-ci.

Tous les cas traités jusqu'ici, au nombre d'une vingtaine, ont réagi favorablement à la méthode; il n'en est pas qui n'ait été amélioré, et, pour la plupart, la disparition du syndrome fissuraire a été obtenue en 2 à 4 injections. La sédation du

spasme permet à la fissure de se cicatriser comme une érosion banale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1930)

Torsion des annexes saines au cours de la grossesse. — M. GUIMBELLOT rapporte un cas personnel de cette rare lésion. Il s'agissait d'une forme à poussées douloureuses successives. Intervention : torsion des annexes droites qui sont enlevées. Guérison.

Artériographie pour le diagnostic des tumeurs cérébrales. — M. DE MARTEL fait un rapport sur un travail de M. Amando PUINTO qui a pu poser des diagnostics de tumeur cérébrale et localiser ces tumeurs grâce à la déviation du bouquet artériel injecté par une substance opaque, l'injection primitive étant faite sur la carotide interne.

Production de l'ulcère chronique gastro-duodénal. — M. Pierre DUVAL rapporte les travaux de M. WEISS (de Strasbourg) et BURGARAN, qui ont reproduit expérimentalement l'ulcère chronique par dérivation du duodénum. Le duodénum sectionné est abouché dans l'intestin et la continuité gastro-duodénale rétablie. Un ulcère chronique survient rapidement sur les segments gastro-duodénaux à sécrétion alcaline. C'est la dérivation des liquides duodénaux alcalins qui provoque dans 100 p. 100 des cas l'ulcère chronique. Mises à part les expériences de Mann et Williamson qui ont inspiré ces travaux on a surtout reproduit des ulcérations superficielles. Il faut tenir compte de la rapidité d'évolution des ulcères qui rappelle certains faits observés chez l'homme. L'hyperacidité n'est pas indispensable à la production de l'ulcère. Les lésions paraissent bien localisées et l'on ne retrouve pas les lésions inflammatoires diffuses de l'estomac et du duodénum, si fréquentes chez l'homme. Weiss admet que la sécrétion alcaline protège les segments qui la sécrètent par une sorte de vernis alcalin.

M. CUNÉO trouve qu'il est difficile de dire « ulcère calleux » et trouve que les bords des ulcères obtenus par Weiss ne paraissent pas présenter d'hyperplasie des bords de l'ulcère. Il pense qu'à côté des facteurs chimiques il faut tenir compte de facteurs mécaniques. La radiographie en effet montre que les aliments restent longtemps au contact de la portion horizontale de l'estomac, surtout chez les tachyphages. La petite courbure aussi est d'après les expériences de Caunon une des régions les plus traumatisées par les aliments. La gastro-entérostomie a comme gros avantage l'évacuation du contenu gastrique.

Fracture du cou de pied. — M. BASSET opérant au quarantième jour une fracture complexe du cou de pied enleva temporairement la malléole externe, et la replaça et vissa après l'avoir régularisé. Cette malléole a été réhabitée et c'est développée. Bon résultat fonctionnel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 20 janvier. — Jury : MM. Hartmann, président; Couvelaire, Ecalle et Mathieu. — M. DELORME. La scarlatine puerpérale. — M. POINCEAU. La morbidité et la mortalité maternelles à la Maternité de l'hôpital Boucicaut pendant

cinq ans. — M. SCHLESINGER. Etude sur le traitement de l'infection puerpérale. — M. SCHNIRER. Etude des infections puerpérales à bacilles d'Eberth. — M. ROGÈS. Phlegmon gangréneux de la paroi.

Jury : MM. Ménétrier, président; M. Labbé, Clerc et Olivier. — M. DANSAERT. Le collapsus cardiaque au cours des infections. — M. MAC GUFFIE. Contribution à l'emploi du thorium X. — M. TABUTEAU. Deux anatomistes français « Les Riollan ».

Mardi 21 janvier. — Jury : MM. Bernard, président; Gougerot, Nobécourt et Roussy. — M. CHABROL. De l'emploi en clinique humaine de la méthode de Calmette et Valtis. — M. DEUTSCH. Etude de la primo-infection tuberculeuse. — M. KREMENTCHOUSKY. Etude des syphilides secondaires atrophiques. — M. ROSENTHAL. L'actinothérapie des staphylococcies cutanées. — M. LINDEMANN. La non fréquentation scolaire, ses causes, etc. — M. RÉMY. La trigonocéphalie.

Mercredi 22 janvier. — Jury : MM. Lemierre, président; Loeper, Tanon et Moreau. — M. LARDIER. Angines diphtériques chez les enfants. — M. WALLICH. Etude des rétentions aqueuses de l'organisme. — M. AH-SUE. Sur l'étiologie de la maladie de Hodgkin.

Jeudi 23 janvier. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Duval et Lereboullet. — M. AYMARD. Etude sur l'encéphalite léthargique. — M. GRICOUROFF. Etude histologique de l'action des rayons X sur l'ovaire. — M. MOINS. Etude du kyste hydatique du cou. — M. IMBERT. Influence des variations météorologiques sur la santé du nourrisson.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry et Bresson. — M. TARLIER. Hypodermose chez le cheval.

Vendredi 24 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Lemierre, Coquot, Panisset, Bresson, Moussu, Vergé et Lesbouyries. — M. BELET. Utilisation des chevaux réputés dangereux. — M. COUTURIER. Essai sur les rapports de la fièvre aphteuse et de la vaccine. — M. DELAUNAY. Diphtérie aviaire.

LIVRES NOUVEAUX

Tout le corps humain, encyclopédie illustrée des connaissances médicales (paraît en 24 fascicules). — Hachette, éditeur.

C'est une splendide publication que celle entreprise par la maison Hachette, sous la direction du docteur Henri Bouquet.

Les premiers fascicules comprennent le corps humain et ses fonctions. M. Bouquet avec sa grande expérience et son sens si avisé a choisi merveilleusement ses collaborateurs comme on peut s'en rendre compte par le sommaire de ces premiers fascicules :

L'Anatomie par le docteur Latarjet, professeur d'anatomie à la Faculté de Lyon.

Les constituants du corps humain (histologie), par le docteur Liacre.

Les fonctions du corps humain (physiologie), par le docteur Laumonier.

La maison Hachette a apporté à l'édition de cette encyclopédie qui est en cours de publication ses puissants moyens et les procédés les plus modernes. C'est dire tout l'attrait et tout l'intérêt de cette publication dans laquelle, le faisait remarquer M. Siredey à l'Académie de médecine, les médecins trouveront beaucoup à apprendre. F. L. S.

Le Traitement de la tuberculose pulmonaire et chirurgicale par l'umckaloabo, médication interne (stevens cure). Historique. Recherches expérimentales. Observations cliniques. Résultats, par le docteur Adrien SECHEHAYE (de Genève). In-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Norbert Maloine.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

UNE SEMAINE SUR LA CÔTE D'AZUR (IVe Voyage de Pâques). — La Société médicale du Littoral méditerranéen organise, chaque année, deux voyages sur la Côte d'Azur : l'un à Noël, l'autre à Pâques.

Le voyage de Pâques est plus court et plus facile que le voyage de Noël : le rassemblement aura lieu à Nice le samedi 12 avril et l'on parcourra le Cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Bordighera, San Remo, le Cap Martin, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu. Le voyage se terminera, le samedi 19 avril, par une excursion dans les Alpes suivie d'une excursion facultative en Corse, du 20 au 25 avril.

On sait avec quel soin minutieux sont préparés les voyages de la Société médicale du Littoral, à quel degré d'agrément et de confort ils atteignent, sans imposer aucune fatigue et à des conditions exceptionnellement avantageuses.

Les adhérents recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif sur les chemins de fer français et italiens, valable en 1re et 2e classe, à leur choix. Le circuit sur la Côte d'Azur sera entièrement effectué dans les meilleurs auto-cars de la Compagnie P.-L.-M. La traversée de Nice à Bastia et d'Ajaccio à Nice sera réalisée sur les deux paquebots les plus modernes de la Compagnie Fraissinet : le *Général Bonaparte* et le *Cyrnos*. La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques utiles, et les parties instructives du programme alterneront, comme de coutume, avec les parcours les plus magnifiques et les réceptions les plus cordiales.

Le nombre des places étant strictement limité et l'encombrement de la dernière heure nuisant au bon ordre de la préparation, les médecins qui désirent prendre part à ce voyage sont priés d'écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale du Littoral méditerranéen, 24, rue Verdi, à Nice, pour demander le programme, les instructions générales et les conditions d'inscription. Les familles sont admises, ainsi que les étudiants en médecine.

XXXVIe CONGRÈS ITALIEN DE MÉDECINE INTERNE. — Ce Congrès aura lieu à Rome dans la première quinzaine d'octobre 1930.

Questions à l'ordre du jour :

1. *Œdème pulmonaire aigu.* — Rapporteur : professeur Cesare Frugoni.

2. *Diagnostic différentiel entre les névroses viscérales et les lésions organiques.* — Rapporteur : professeur Nicola Pende.

3. *Diagnostic et traitement de l'hématurie, en commun avec la Société italienne de chirurgie.* — Rapporteurs : médecine, professeur Adolfo Ferrata; chirurgie, professeur Gino Lasio.

4. *Le service militaire et l'indice constitutionnel en biologie et pathologie.* — Rapporteur : major Cassinis.

CROISIÈRE EN MÉDITERRANÉE, à l'occasion des Congrès médicaux et des fêtes du Centenaire de l'Algérie : *1er avril-14 avril*, Marseille Cadix (Séville), Casablanca (Marrakech), Oran-Alger-Marseille.

Renseignements : Apollo, 7, rue de Valois. Messageries maritimes, boulevard des Capucines, Paris.

Prix 5.550 et 4.950 fr. tous frais et excursions compris, logement à bord pendant les escales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

N° 7. — MERCREDI 22 JANVIER 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 22 JANVIER 1930. — N° 7.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU PROFESSEUR WIDAL. — Les élèves et les amis de M. le professeur Fernand Widal se sont réunis vendredi matin à la Clinique de l'hôpital Saint-Antoine autour de Mme Widal et de son fils. M. le professeur Fernand Bezançon a prononcé une allocution émue dans laquelle il exprima les sentiments de gratitude, de fidèle affection et d'admiration que les élèves de Widal gardent à sa mémoire. Tous les assistants allèrent ensuite au cimetière Montmartre se recueillir sur la tombe du maître.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section urologie) s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris le 8 mai 1930. (*J. O.* 16 janv. 1930.)

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin général de 1re classe Gastinel, inspecteur général du Service de santé, président du Conseil supérieur de santé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Les indemnités allouées aux membres de l'Académie de médecine ci-après désignés sont fixées ainsi qu'il suit, à dater du 1er janvier 1929, savoir :

1 secrétaire général.......... 18.000 fr.
1 trésorier.................. 7.000

(*J. O.*, 16 janv. 1930.)

GUERRE. — Mutations :

— (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Bavelaer, région de Paris; Vidonne, 14e région; Perreaux, 3e région; Cuisset, 1re région; Gerbrier, 13e région; Relu, 15e région; Perrot et Coste, 13e région; Mansuy, 6e région; Blond, 1re région; Bourgeau, région de Paris; Deyrieux, 13e région; Durban, 16e région; Sarvonat, 14e région; Despin, 18e région; Delord et Bourdiol, 13e région; Coqueret, 3e région; Brahic, 17e région; Cathala, 16e région; Caubet, 17e région; Buzy, région de Paris; Treyve, 13e région; Duquesne, 1re région; Laugier, région de Paris; Usquin et Petit, 5e région; Surle, 18e région; Pelletier, 5e région; Rousselot, 6e région; Poirier, 4e région; Craponne, 16e région; Dufour, 10e région; Rigaud, 17e région; Zielinski, région de Paris; Moyzes et Gaborit, 18e région; Letort, troupes du groupe de l'Indochine; Duthu, troupes de Tunisie; Bouton, 2e région; Chevannes, 11e région; Bardou, troupes de Tunisie; Fillol, 16e région; Le Cacheux, 3e région; Daoulas, 10e région; Frassaint, 1re région; Bon, 7e région; Le Balle, 10e région; Surjus, 16e région; Jacotot, 17e région; Courbin, 18e région; Hamant, 20e région; Bernard, 3e région; Petit, 20e région; Boulanger, région de Paris; Cazejust, 16e région; Broussole, 8e région; Lafargue, 18e région; Huc, 9e région; Sigalas, 18e région; Rougier, 17e région; Lauriat, région de Paris; Durand, 12e région; Maurice, 20e région; Megret, 8e région; Fagot, 20e région; Gasquet, 15e région; Richoux, 9e région; Piédelièvre, région de Paris; Chavaillon, 9e région; Coffinières, 16e région; Michaux, région de Paris; Bardet, 9e région; Brugere, 12e région; Jorand, région de Paris; Massoulle, 15e région; Pierson, 3e région; Roux, 16e région; Algan, 20e région; Fialip, région de Paris; Legal-Lasalle et Béguier, 9e région; Eltrich, 4e région; Debray, région de Paris; Bergeret, 20e région; Barbier, 9e région; Thiébaut, 20e région; Libert, région de Paris; Witas, 19e corps d'armée; Laulaigne, 9e région; Pradignac, 15e région; Fouin, 9e région; Kemmel, 3e région; Sedan-Miegemolle, 15e région; Mercier, 18e région; Kermorgant, région de Paris; Peignaux, 9e région;

Tapie, 17e région; Burucoa et Marcade, 18e région; Paysant, 20e région; Giraud, 15e région; Hutinel, Garcin, Turquety et Caudrelier, région de Paris; Gosselin, 3e région; Thuau, 9e région; Infernet, 15e région; Lefebvre, 17e région; Rivalier, région de Paris; Cavaro, Souquet, Michel-Béchet, Casal, Trifaud et Dayde, 15e région; Duboucher, 12e corps d'armée; Malet, 9e région; Bonifay, Desbos, Chaux et Cassan, 15e région; Chatellier, Maréchal et Wolfromm, région de Paris.

(Voir la suite des « Informations », *p. 117.)*

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, dont le directeur est M. Abt, vient de publier le compte rendu de la session d'octobre 1929 qui s'est réunie sous la présidence de M. Velghe (Belgique).

Après avoir étudié les questions relatives à l'application de la convention sanitaire internationale de 1926 (dératisation des navires, patentes de santé, emploi de la T. S. F. en vue des opérations quarantenaires, médecins de bord, contrôle sanitaire de la navigation aérienne, hygiène des pèlerinages musulmans), le comité a réuni les indications suivantes sur les maladies contagieuses et les différentes épidémies.

La peste. — « L'étude des récentes manifestations de la peste a apporté quelques notions nouvelles sur l'épidémiologie de la maladie et sur l'évolution clinique de certaines de ses formes. La mission russe envoyée en Transbaïkalie, en 1929, a établi que le *tarabagan* pouvait rester longtemps porteur de bacilles pesteux sans présenter aucun signe de maladie. Pendant l'épidémie qui a sévi en Mongolie intérieure dans l'été 1928, sur 378 cas de peste, on a noté 118 cas de la forme septicémique, sans bubons, sans signes de pneumonie pesteuse, et avec présence de bacilles pesteux dans le sang. Pour éclairer l'origine de cette épidémie, on a capturé, classé et examiné 50.000 rongeurs, dont environ 40.000 rats de diverss espèces et 6.850 spermophiles, dont le plus fréquent est *Citellus mongolicus umbratus*; ce sont les spermophiles qui sont dans cette contrée les réservoirs du virus de la peste. A Madagascar, on a observé que la forme pulmonaire devenait plus fréquente dans les régions où la température minima descend au-dessous de 14 degrés, et qu'elle était très rare dans celles où le minimum est supérieur à 16 degrés. On sait toutefois que, dans d'autres pays, la peste pulmonaire peut apparaître en été, et qu'elle se manifeste parfois dans les régions tropicales.

La vaccination antipesteuse a été certainement efficace dans l'épidémie d'Aden en 1928; 68 p. 100 de la population, qui compte environ 44.800 âmes, ont été vaccinés. Les pourcentages de morbidité ont atteint 0,28 chez les vaccinés et 10,16 chez les non-vaccinés; ceux de mortalité, 016 chez les vaccinés et 7,72 chez les non-vaccinés; il y a eu peu de différence entre les taux de léthalité, qui ont été respectivement 59,3 et 75,7 p. 100. En Egypte, où l'on vaccine, dans les villages atteints, sous un contrôle serré qui ne permet à peu près à aucun habitant d'échapper à la vaccination, on reconnaît à celle-ci une grande valeur. Le taux de léthalité a été, en 1928, de 34 p. 100, alors qu'il était en moyenne de 59 p. 100 dans les années antérieures à la vaccination. Au Maroc, on a vacciné, pendant l'épidémie qui a sévi dans le territoire d'Agadir au printemps de 1929, les villages ou douars contaminés (8.670 personnes); 327 cas se sont produits avant la vaccination, 30 après. Dans un certain nombre de douars, il n'y a plus eu de cas après la vaccination; mais on a constaté aussi l'arrêt brusque de l'épidémie dans certains douars non vaccinés. La léthalité n'a pas été réduite par la vaccination, contrairement à ce qui se passe en Egypte. L'emploi des vaccins antipesteux est jugé efficace en Algérie, en Afrique Occidentale Française, où le lipo-vaccin (à une injection avec une dose massive de bacilles) a protégé parfaitement les troupes, aux îles Canaries, où 28.000 vaccinations ont été pratiquées de 1926 à 1928, à Las Palmas et à Santa Cruz de Ténérife, à l'occasion de petites épidémies qui ne se sont pas développées ultérieurement (1). »

La fièvre jaune. — Les épidémies de l'Afrique Occidentale Anglaise et Française, celle du Brésil ont été l'occasion de très importants travaux en vue de la prophylaxie.

La variole. — L'épidémie de l'été dernier dans les Pays-Bas a présenté généralement un caractère bénin. Il en est de même de l'épidémie de Grande-Bretagne qui sévit encore actuellement. Dans ce dernier pays on essaie de diminuer l'impopularité de la vaccination antivariolique en réduisant la dose de vaccin et le nombre des insertions.

Des cas assez nombreux et souvent mortels d'encéphalite post-vaccinale ont été relevés dans les Pays-Bas en Angleterre, en Allemagne, en Suède.

La Commission de la variole et de la vaccination doit présenter des rapports sur cette question.

Tuberculose et B. C. G. — Tous les renseignements accueillis dans les différents pays montrent l'efficacité et l'innocuité de la méthode.

Le Comité a encore étudié la *fièvre ondulante*, la *poliomyélite*, les *maladies vénériennes*, et la *protection de la maternité et de la première enfance en France*. Elle s'est occupée ensuite du contrôle des *stupéfiants*.

La *fièvre exanthématique de Marseille*, observée d'abord en Provence, en Italie, en Tunisie, s'est manifestée l'été dernier à Madrid et à Lisbonne. « Caractérisée par une éruption papulo-maculeuse, atteignant la face, souvent accompagnée d'arthralgies, elle présente comme particularité frappante l'existence d'une petite vésicule grisâtre, laissant ensuite une escarre noire, souvent au membre inférieur, et qui serait la trace de la piqûre de l'insecte ou de la larve d'insecte transmetteur. Cette maladie a des analogies avec la fièvre fluviale du Japon, le *Tsutsuganomushi* endémique dans les provinces où des cultivateurs travaillent en bordure de rivières à long parcours et sont piqués par un acarien, l'*Akamushi*. Les rapports des deux affections, et ceux qu'elles ont avec des fièvres éruptives similaires aux Indes Néerlandaises, en Malaisie, ne sont pas établis avec précision et méritent une étude. »

La *maladie du sommeil* a son foyer principal au Togo et dans la région limitrophe du Dahomey.

Signalons en terminant que parmi les *maladies infectieuses de l'enfance*, « la diphtérie seule est en diminution en Suisse; la rougeole augmente périodiquement tous les trois à cinq ans. La mortalité, par contre, est en diminution pour ces maladies; la diphtérie est plus meurtrière que la rougeole: la scarlatine n'est presque jamais mortelle. En Egypte, la léthalité de la rougeole atteint parfois 50 p. 100; on a tendance à ne se préoccuper de la maladie que lorsque les complications sont installées. »

L. G.

(1) Cf. La peste en Tunisie. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 6, p. 82.



En hiver

la lumière intégrée peut se substituer à celle que masque l'écran atmosphérique et l'administration du

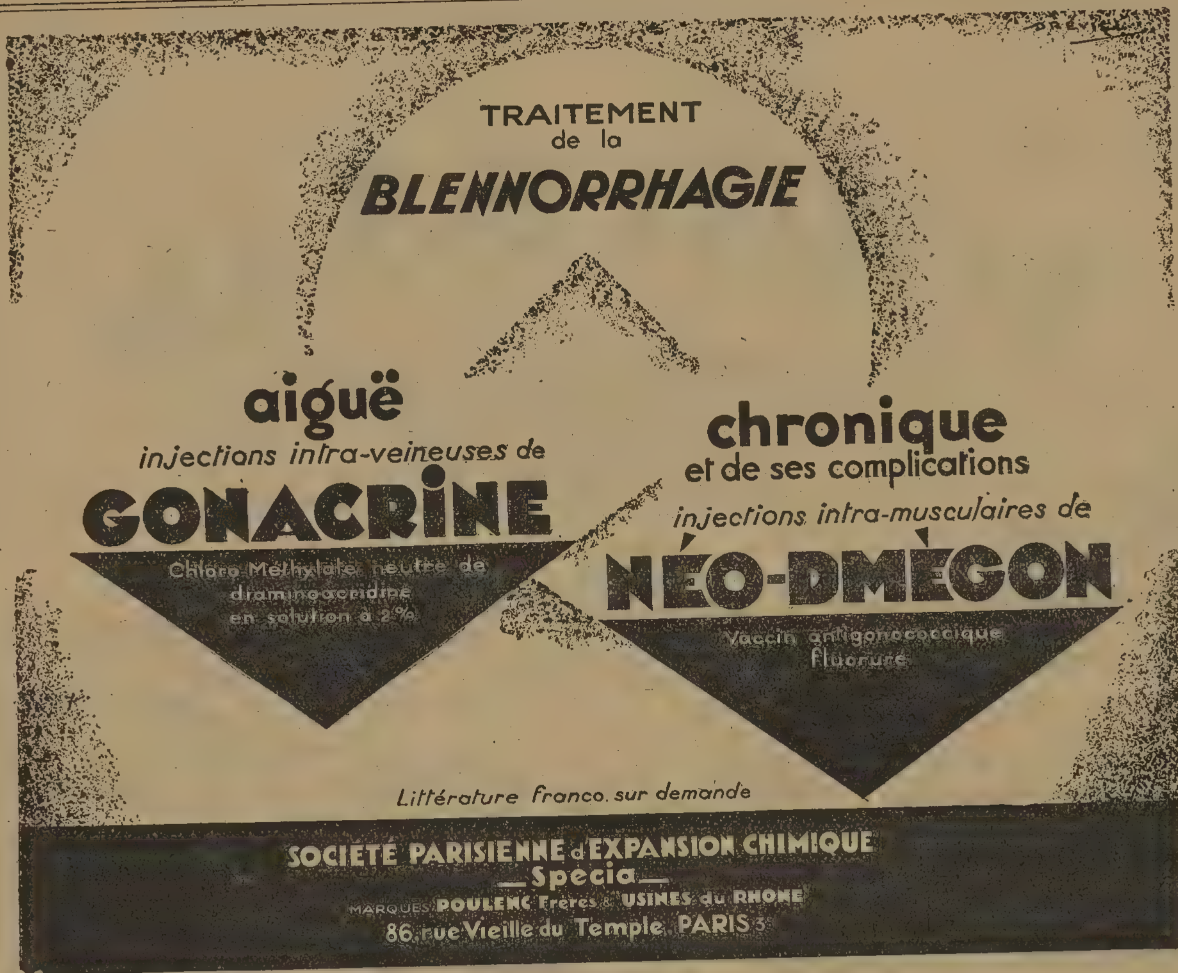
FORTOSSAN IRRADIÉ

est le procédé le plus efficace pour rétablir l'équilibre eutrophique des jeunes organismes qui souffrent de la carence solaire.

1/2 cuillerée à 2 cuillerées à café par jour

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON


TRAITEMENT
de la
BLENNORRHAGIE
aiguë
injections intra-veineuses de
GONACRINE
Chloro-Méthylate neutre de
diaminoacridine
en solution à 2%
chronique
et de ses complications
injections intra-musculaires de
NÉO-DMÉGON
Vaccin antigonococcique
fluoruré
Littérature franco sur demande
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0 gr 50 DE THIOCOL "ROCHE"
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1930-1931

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot; chefs de clinique : MM. Lambling, Boltansky, Lenormand, Delafontaine; internes : MM. Augier (P.), Rudolf; externes : MM. Morax, Barraya, Judet, Seguin, Jouanneau, Temerson, Mardi, Simon (G.), Flourens, Allilaire, Bautron, Dechaume-Montcharmont.

2. Médecin : M. Rathery; interne : M. Sigwald; externes : Mme Herbert, MM. Nazarian, Vincent (Ph.), Tholose, Turiaf, Lesage.

3. Médecin : M. Sainton; interne : M. Lançon; externes : MM. Millot, Mougin, Hue, Soria.

4. Médecin : M. Halbron; interne : M. Haik; externes : MM. Bardin, Mansour, Mlle Spire, MM. Caby, Bévalot, Mlle Bujeaud.

5. Médecin : M. Stévenin; interne : M. Deparis; externes : MM. Tourneux, Picard, Mlle Armelin, MM. Calvet, Rosenbach.

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chefs de clinique : MM. Metzger, Dessaint, Dubois-Roquebert; assistants : MM. Bergeret, Boppe; internes : MM. Audouin, Devaux, Lardennois, Bruneton; externe en premier : M. Paul; externes : MM. Bzowsky, Weiss, Boyer (E.), Epelbaum, Rendu, Gahinet, Drizard, Pouliquen (Y.), Claisse, Mlle Abadi, MM. Aboulker, Gossart, Gagnière, Opin, Mathey, Allos.

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien; chefs de clinique : MM. Weil, Hudelo, Dolfus, Favory; internes : M. Sourdille; externe en premier : M. Labesse; externes : Mlle Bogoraze (E.), MM. Pétrignani, Bousseau, Dumont (P.), Perret, Mlle Merlier, M. Branci.

8. Accoucheur : M. Chirié; internes : MM. Quivy, Boulay; externes : MM. Serdaris, Lebouchard, Cucherousset, Morin, Dulot.

9. *Consultation. (Médecine.)* — M. H. Bénard; externe en premier : M. Durel; externes : Mlles Œmichen, Butner, MM. Lecœur (P.), Lauriat.

10. *(Chirurgie.)* — M. ; externes : MM. Moyse (P.), Piel, Bamas.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. ; externe : M. Lauriat (Ch.); hydrothérapie et thermothérapie, externe : M.

12. *Consultation dentaire.* — M. Béliard; externes : MM. Lapiné, Desseigne.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chefs de clinique : MM. Godel, Lévy, Louvel; interne : Mlle Valentin; externe en premier : M. Pescaralo; externes : MM. Lambey, Benguigni, Cochard, Jeulin, Krauter, Germon.

2. Médecin : M. le prof. Labbé; chefs de clinique : MM. Escalier, Besançon (J.), Azerad, Wallich; interne : M. Soulié; externes : MM. Gautin (J.), Gringoire, Kramarz, Piram, Mlle Luneau, MM. Milanovitch, Rymer.

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine; internes : MM. Guyot, Miget; externes : MM. Wetterwald, Guebel, Vigneron-d'Heucqueville, Cannhepé, Picquart (A.), Coustenoble, Boisseau, Cornetet, Brandenburg.

4. Médecin : M. Loeper; interne : M. Degos; externes : MM. Hanrion, Marcombes, Leoni, Jacobesco, Mouchotte, Marre, Lavergne, Hamburger.

5. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Voillemin; externes : MM. Abrand, Molard, Tournafond, Bonnel, Bloch (H.), Richard (E.).

6. Médecin : M. Vincent; assistant : M. Krebs; internes : M. Thiébaut; externes : MM. Lebeau, Foret, Caratzali, Turbé, Findjandjan, Dugas, Losay.

7. Chirurgien : M. Lenormant; assistant : M. Wilmoth; internes : MM. Dreyfus (P.), Gosset, Sicard; externes : M. Jack, Mlle Ternois, MM. Rouvillois, de la Lande, Bauvais, Elbim, Guillaumat, Bogoraze (D.), Achard.

8. Chirurgien : M. Fredet; assistant : M. Oberlin; internes : MM. Guibé, Bocquentin, Hébert; externes : MM. Gasne, Maillard, Hallé, Cahuet, Chanel, Cormelie, Rabaté, Nguyen-van-Nguyen.

9. Chirurgien : M. Chevrier; assistant : M. Desplas; internes : MM. Mégnin, Zagdoun, Hauert; externes : MM. Benassy, Schmid, Bardery, Paulus, Mlle Morel, MM. Champsaur, Tricault, Mme Meillaud.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chefs de clinique : MM. Sureau, Weil-Spire, Mlle Tisserand; interne : Mlle Corbillon; externes : Mlles Mahieu, Mieczyk.

11. *Consultation. (Médecine.)* — M. Boulin; externe en premier : M. Cacuira; externes : M. Brunot (H.), Mlle Challiot, M. Costes (Guy).

12. *(Chirurgie.)* — M. Küss; externes : MM. Milhaud, Couty, Mlle de Peretti (M.).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen; externes : MM. Sobel, Angyal, Danis.

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Cerise; externes : Mlle Kaz, M. Loiseau.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Delherm; externes : MM. Valençon, Debroise.

16. *Consultation dentaire.* — M. Bozo; externes : MM. Tabar, Vrasse.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chef de clinique : MM. Kourilsky, Benda, Vibert, Lonjumeau; interne : M. Poumeau-Delille; externes : MM. Gessen, Couve, Pointud, Renaud, Lecœur (Yves), Pottier.

2. Médecin : M. Abrami; assistant : Mme Bertrand-Fontatne; interne : M. Stéhelin; externes : MM. Amphoux, Frumusan, Roullier, Moulinier, Minc.

3. Médecin : M. Darré; interne : Mlle Wertheimer; externes : MM. Gireaux, Helluin, Delorme, Kohen.

4. Médecin : M. Tixier; interne : Mlle Papaioannou; externes : MM. Eck, Rosanoff, Leborgne, Golse, Beurdeley.

5. Médecin : M. Tinel; interne : Mlle Guéry; externes : MM. Lartigue, Testu, Margout, Meidinger.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; assistant : M. Gouverneur; internes : MM. Hepp, Baron (Fr.), Amid; externes : Mlles Fauvert, Sabetay, MM. Drain, Feuillet, Gruner, Mlle Helman, M. Rambert.

7. Chirurgien : M. Descomps; assistant : M. Deniker; internes : MM. Baudelot, Lieffring, Delinotte; externes : MM. Vincent (Paul), Lebé, Sacquépée, Arnous, Sicard (M.), Bronstein, Mlle Simon (M.).

8. Accoucheur : M. Vignes; interne : Mlle Jacob (externe en premier); externes : MM. Thomas, Fuchs, Deffay, Bosc.

9. *Consultation. (Médecine).* — M. Pruvost; externe en premier : M. Courtial; externes : MM. Leneman, Bioy, Benoist (J.).

10. *Chirurgie.* — M. Soupault; externes : Mme Blondel, M. Soleil.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Ronneaux; externe : M. Vaida.

12. *Consultation dentaire.* — M. Gérard Maurel.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; chefs de clinique : MM. Wahl, Duruy, Célice, Destouches; internes : M. Fouquet, Mlle Pau; externes : MM. Pineau, Groulier, Billard, Baratoux, Robert (Pierre).

2. *Service des tuberculeux.* — Interne : M. Besançon; externes : MM. Bréhant, Germain (R.).

3. Centre de triage. — Externe : M. Ampugnani.

4. Médecin : M. F. Ramond; interne : M. Rault; externe en premier : M. Malgras; externes : MM. Simonot, Marchand (A.), Mlle Petit, M. Lamiaud, Mlle Debay, M. Gelbart.

5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Mézard; externes : MM. Feldstein, Gibert, Mlle Delaage, MM. Bastien, Raisonnier, Valensi.

6. Médecin : M. Comte; interne : M. Dany; externes : MM. Pétroff, Poisson, Wimphen, Barbier.

7. Médecin : M. Pagniez; assistant : M. Plichet; interne : M. Bompard; externes : MM. Moreau (J.), Loutsch, Laplane, Courvoisier, Marcland.

**

8. Médecin : M. Chabrol; assistant : M. Maximin; interne : M. Waitz; externes : MM. Mennecier, Parfus, Ferroir, Mlle Epstein, MM. Lion, Guy (A.), Mlle Caubet.

9. Médecin : M. Faure-Beaulieu; interne : Mlle Abricossoff; externes : MM. Martin (J.-J.), Lando, Galup, Thiboumery.

10. Chirurgien : M. le prof. Lejars; assistant : M. Brocq; chef de clinique : M. Chabrut; internes : MM. Postel, Ortega, Fresnais; externes : M. Chazel, Mlle Ledan, MM. Maurage, Szwarc, Simonin (L.), Neyraud, Boussard.

11. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Boquel, Marx, Canonne; externes : MM. Goico, David (R.), Copelovitch, Muridsany, Mlle Rouard, MM. Braumberger, Flori.

12. Oto-rhino-laryngologiste : M. Grivot; internes : MM. Georges (M.), Thomas; externes : MM. Massier, Zaouche, Billard, Mazeyrie, Benech.

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal; internes : Mlle Versini, M. Merger; externes : MM. Boros, Reveillaud, Got, Mlles Brenot, de Franssu.

14. *Consultation. (Médecine.)* — M. Tzanck; externe en premier : M. Sidi; externes : MM. Casalis (P.), Hermabessière, Feuillastre.

15. *Chirurgie.* — M. Braine; externes : Mlle Gagneur, MM. Ernoux, Dubarry, Mézard.

16. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Moaeau; externe en premier : M. de Parienté; externes : MM. Pyt. Martrou, Alivisatos, Arviset.

17. *Consultations d'ophtalmologie.* — Ophtamologiste : M. Velter; externes : MM. Lévy (Emm.), Metzquer.

18. *Electro-radiologie.* — M. Solomon; externe : M. Jaudel

19. *Consultation dentaire.* — M. Coustaing.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; assistant : M. Renard; interne : M. Arnaud (Jean); externes : MM. Pagès, Hinard, Boissonnet, Gesta, Borde.

2. Médecin : M. Villaret; interne : M. Bernal (P.); externes : MM. Zimmern, Boutteau (P.), Varangot, Jones, Camus (J.), Ripart.

3. Médecin : M. Laederich; interne : Mlle Odru; externes : MM. Marie (G.), Debray (Ch.), Dhotel, Arvay.

4. Médecin : M. Heuyer; interne : Mlle Roudinesco; externes : MM. Fallourd, Sabourin, Mme Robert, M. Gorrichon.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; assistant : M. Fey; chefs de clinique : MM. Gaume, Dossot; internes : MM. Sacuto, Beaux; externes : Mlle Millant, MM. Motz, Lacheny, Sabatier, Gerolami, Netti, Ghelmann, Vendryes, Roux-Naud, Belletville.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Durrbach, Chauveau (André), Davioud; externes : MM. Desvignes, Israilovici, Becam, Pimpaneau, Volinetz, Sarradin, Jarriault.

7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Barthes, Lepage; externes : MM. Lauthier, Mattern, Rossano, Roux (Maurice), Florence.

8. *Consultation. (Médecine.)* — M. Binet; externe en premier : M. Olivier (Jean); externes : MM. Olivier (Cl.), Chevé.

9. *(Chirurgie.)* — M. Mondor; externes : MM. Bertheau (Maurice), Dupuidemus.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Guibert; externe : M. Meisel.

11. *Consultation dentaire.* — M. Robin.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Achard, chefs de clinique : MM. Hamburger, Bariéty, Moussoir, Lacapère; internes : MM. Cachera, Desbuquois; externes : MM. Touvet (J.), Gillot (J.), Martin (Marcel), Tran-quang-dé, Kunossy, Bureau (P.), Kiszelnick, Dreyfus (N.-Y.), Mlles Lorsignol, Rogier, MM. Vincent, Fleury (Rob.).

2. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Gaucher, Levaditi (externe en premier); externes : MM. Ramon, L'Huillier, Bruneau (Jean) Grumbach, Gourçon, Grabli.

3. Médecin : M. Pissavy; interne : M. Odinet; externes : MM. Voignier, Neveu, Courchinoux, Duriez, Dupuy, Audebert.

4. *Service du dispensaire.* — Médecin : M. Pissavy : interne : Mlle Lassery; externes : MM. Dufour, Audouard, Gordet, Chauvillon.

5. *Service temporaire de tuberculeux.* — M. Pissavy; externe en premier : M. Pouey; externes : MM. Rotenstein, Oger, Mendelsohn.

6. Médecin : M. Pinard; interne : M. Even; externes : MM. Giordan, Martin (J.-E.), Veysset, Gatel, Damon, Mlle Bordachar.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; assistant : M. Leveuf; chefs de clinique : MM. Godart, Oberthur, Mabille; internes : MM. Prost, Belêtre, Nomblot (externe en premier); externes : MM. Chautemps, Calvet (J.), Fayance, Lagaillarde, Gouget, Evrard, Mlle Hannes, M. Delzant.

8. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — M. Leveuf; internes : MM. Bidoire, Benaerts; externes : Mlles Pinel, Huet, MM. Martinet, Pinto, Ballet.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Palmer, Allard; externes : MM. Crozat, Nguyen-van-Nha, Champault, Mlle Cazes, MM. Hanoun, Picquard.

10. Chirurgien : M. Chevassu; internes : MM. Pellé, Cordier; externes : MM. François-Daimville, Quériault, Felsenswalb, Strouzer, Rousseau (G.), Goutaillier, Robert (Y.), Arnaud.

11. *Consultation. (Médecine.)* — M. Debray; externe en premier : Mlle Sainton; externes : MM. Antoniou, Dubois (P.).

12. *(Chirurgie.)* — M. Monod; externes : MM. Dubroca, Martin (R.), Mlles Barré, Lataste.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Bollack; externes : MM. Puybaret, Gaillard (René).

14. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Barret; externe : M.

15. *Consultation dentaire.* — M. Lebedinsky; externes : MM. Laurent (J.), Cernea.

16. *Premier service temporaire de médecine.* — Médecin : M. de Gennes; externe en premier : M. Carlotti; externes : MM. Hutin, Thomann, Boyer (Isid.), Lafay.

17. *Deuxième service temporaire de médecine.* — Médecin : M. de Gennes; externe en premier : M. Prunet; externes : MM. Bachmann, Filloux, Bourdial, Lauprêtre.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. Harvier; assistant : M. de Brun du Bois-Noir; interne : M. Caroli; externes : M. Porge, Mlle Vix, MM. Lortat-Jacob, Bissery, Filhoulaud, Béquignon, Mallarmé, Meyer, Mlle Karcher.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Veslot; externes : MM. Bouchacourt, Huguier, Szigeti, Boutakoff, Duflo, Djan.

3. Médecin : M. Faroy; assistant : M. Deron; interne : M. Vannier; externes : Mlle Laporte, MM. Fasquelle, Valet-Bellot, Roche (Jean), Duchemin.

4. Médecin : M. Debré; interne : M. Corman; externes : Mlles Pichon, Bouillard, Abraham, MM. Kaplan (Alex.), Boutet.

5. Chirurgien : M. Michon; assistant : M. Michon; internes : MM. Luzuy, Grinda; externes : MM. Krakowski, Inbona, de Chabert-Osland, Bakulin, Hébert (P.), Bricage, Thévenin.

6. *Chirurgie.* — M. Proust; assistant : M. Houdard; internes : MM. Bergouignan, Roy (Louis); externes : MM. Gerbeaux, Durandy, Tissot (F.), Lecat, Ogario, Pasqualini, David (L.-P.).

7. Chirurgie. (Chroniques.) — M. Proust; interne : M. Hervy; externe : M. Marchak.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Raymond, de Soria; externes : M. Tran-van-Con, Mlles Griboval, Renier, MM. Simart, Tanret, Mlle Harispe.

9. Accoucheur : M. Levant; interne : Mlle Choquart; externe en premier : M. Jomain; externes : MM. Durel (M.), Pinchasowicz, Jacquet, Mlle Vimeux.

10. *Consultation. (Médecine.)* — M. Chevallier; externe en premier : M. Bloch; externes : MM. Gorse, Augereau, Urbain.

11. *(Chirurgie.)* — M. Guimbellot; externes : MM. Durmeyer, Cabaille, Gouzonnat.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela; interne : M. de Font-Réaulx; externes : MM. Masson, Deslandres.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck; externes : MM. Reliquet, Mainguy.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Aubourg; externe : M. Roy (Fernand).

15. *Consultation dentaire.* — M. Schaeffer.

H. Lariboisière. — 1. Médecin : M. Gandy; interne : M. Le Baron; externes : MM. Ortolan, Bellière, Avramesco, Talon, Brault, Salleron, Longuet (A.).

2. Médecin : M. Garnier; sssistant : M. Nicaud; interne : M. Maisler; externes : Mme Leneman, MM. Cohen-Solal, Bousquet (J.), Klein, David (E.), Bobard.

3. Service des tuberculeux. — M. Garnier; externes : MM. Lichtenberg, Krivine.

4. Médecin : M. Clerc; assistant : M. Deschamps; interne : M. Mourrut; externes : Mlle Métin, MM. Parrot, Pochon, Braillon, Meunier, Vincent (J.-L.), Kagan.

5. Médecin : M. Herscher; assistante : Mlle le Dr Vasseur; interne : Mlle Landowsky; externes : Mlle Lautman, MM. Ellenberger, Fildermann, Brouet, Stefani, Savelli, Brizard, Ferval.

6. Médecin : M. Rivet; interne : M. Vanier (J.-L.); externes : MM. Vidart, Duperrat, Grépinet, Brocard, Maury, Alfonsi, Solomon (M.).

7. Chirurgien : M. Marion; internes : MM. Gaulier, Jéhiel; externes : MM. Laude, Terver, Fron, Cottin (P.), Adèle, Bail, Gastaud, Lévy-Klotz, Sergent.

8. Chirurgien : M. Cunéo; assistant : M. J.-Ch. Bloch; internes : MM. Mayer, Bernard (Et.), Guiheneuc; externes : MM. Azoulay, Nico, Mme Gaston, MM. Chazette, Camard, Catinat.

9. Service des chroniques : M. Cunéo; externe : M. Gillet (Germ.).

10. Chirurgien : M. Wiart; assistant : M. Capette; interne : MM. Mirallié, Delmas, Grivaud; externes : MM. Lavergne (G.), Picard (René), Boudou, Mlle Lecour, MM. Bret, Marlin, Bornet.

11. Chirurgien : M. Labey; assistant : M. Bazy; internes : MM. Fayot, Avril, Milhiet; externes : Mlle Lyon (S.), MM. Abaza, Klotz (P.), Hertz, Rossignol, Mlle Courrier, M. Blumenfeld.

12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau; chefs de clinique : MM. Rossert, Moatti; internes : MM. Hamon, Guillou (H.); externes : Mlle Marion, MM. Dumery, Schwartzenberg, Longuet, Flaumenbaum, Grumberg, Bézier.

13. Accoucheur : M. Devraigne; internes : M. Priollet, Mlle L'Hoir; externes : MM. Royer (R.), Olagnon, Saullières, Pham-Hu-Chi, Challiol.

14. *Consultation. (Médecine.)* — M. Jacob; externe en premier : M. Perrault; externes : MM. Schneyder, Thorain, Mlle Ruais, Mme Hyronimus.

15. *(Chirurgie.)* — M. Senèque; externes : MM. Geninet, Auzeloux, Broutmann.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; internes : Mme Delthil, M. Chennevière; externes : MM. Dupuy-Dutemps, Delbès, de Rollat, Sexe.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Haret; externes : MM. Frain, Salmonat.

18. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle; externes : MM. Simonet (Max), Guttières.

I. Tenon. — 1. Médecin : M. Michel; interne : M. Cord; externes : MM. Barrière (Y.), Guison, Quermann, Lurie.

2. Médecin : M. Brulé; interne : M. Lenègre-Thourin; externes : MM. Paris (André), Herrenschmidt, Bensaude, David (Jean), Oppenot, Blumen, Barbat.

3. Médecin : M. Boidin; interne : M. Rouquès (L.); M. Roulin (externe en premier); externes : MM. Tilitcheff, Gilbert, Relier, Williot, Roy (A.-L.), Mathet, Vaissières, Maroger.

4. Médecin : M. Lian; assistant : M. Blondel; interne : M. Merklen; externes : MM. Marquès, Gillon, Fabre (Ed.), Dutray.

5. Médecin : M. Weil (P.-E.); interne : M. Sée; externes : MM. Kerboul, Audoux, Béchet (J.), Mlle Lipschutz.

6. Médecin : M. Milhit; interne : M. Albot; externes : MM. Brawermann, Mme Kiriloff, M. Falk, Mlle Saint-Cène.

7. Service des tuberculeux. — Médecin : M. Milhit, externes : MM. Alaurent, Moreau.

8. Médecin : M Laroche; interne : Mlle Gautheron; externes : MM. Gautier, Beauchef, Camelot, Goudot, Palangier, Macrez.

9. Service des chroniques. — M. Lian; externe : M. Mathiot Beaugendre.

10. Médecin : M. Ameuille; interne : M. Klotz; externes : MM. Darrique, Bernard (Ph.), Aneler, Boucher, Elkaïm, Iglésias, Lemonnier.

11. Chirurgien : M. Roux-Berger; assistant : M. de Gaudart d'Allaines; internes : MM. Bertrand, Hussenstein, Moyse (P.); externes : MM. Bigey, Divet, de Botton, Nicaise, Talamon, Molinéry.

12. Chirurgien : M. Gernez; assistant : M. Moulonguet; interne : M. Jarrousse; externes en premier : MM. Limoges, Rousset (Jean); externes : MM. Wolff, Magnin, Paillas, Hanaut, Delord, Mlle Ladet.

13. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Mouchet, Dufour, Baumann; externes : MM. Domart, Villaret, Rudaux, Scemama, Aschenassy, Grèze, Corcos, Pertus.

14. Accoucheur : M. Ecalle; internes : Mlle Le Diouron, Mme Bocquentin; externes : MM. Bonan, Daunois, Chancerel, Mirebeau, Doreau.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant; interne : M. Elbaz; externes : MM. Marc-Régis, Maillefer, Ripert, Laurian, Cuzin, Mme Perlis.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot; interne : Mlle Hallard; externes : MM. Dubois (André), Gelas, Mlle Olivier (M.).

17. *Consultations. (Médecine.)* — M. Nicaud; externe en premier : M. Perachon; externes : MM. Boussoulade, Le Guay, Bourderon.

18. *Chirurgie.* — M. Maurer; externes : MM. Dumont (M.), Laboureix, Mme Luzuy.

19. *Electro-radiologie.* — M. Darbois; externe : M. Vigé.

20. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; chefs de clinique : MM. Mayer, Marie, Pellissier, Triboulet, Lamy; interne : M. Sourice; externes : MM. Sljosberg, Laquerrière, Hubert, Bretey, Leveillier, Nastorg, Mlle Weisberg, M. Renet.

2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Léon Bernard; externes : Mlle Puisais, M. Hechter.

3. Médecin : M. Rist; interne : M. Douady; externes : MM. Bismut, Dragomiresco, Bouteille, Mlle Jakovler, MM. Deuquet, Gautreau, Poncet, Corrèze.

4. *Service des baraquements.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Véran; externes : MM. Hecht (M.), Jancovici, Astor, Fauvet (J.), Rouyer, Copreaux.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Externes du professeur Léon Bernard : MM. Martin (G.), Cailleux, Meurin; externes du docteur Rist : MM. Steinberg, Le Duc, Mlle Cauchy.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Bouessée; externes : MM. Hurstel, Ichard, Guny, Fabre (Alb.).

7. Médecin : M. Jousset; assistant : M. Guérin; interne : M. Arondel; externes : MM. Personnaz, Theurkauff, Mme Mollaret, M. Lauret.

8. Médecin : M. L. Ramond; interne : M. Rudaux; externes : M. Boisramé, Mlle Danzig, MM. Halbron, Debidour, Lazard, Netter, Faugeron.

9. Médecin : M. Baudouin; assistant : M. Jacquet; interne : M. Bonnard; externes : Mlle Cottin, MM. Monnier, Fabre (C.-A.), Lucas.

10. Chirurgien : M. Auvray; assistant : M. Girode; internes : MM. Aubert, Jame, Stérin; externes : Mlle Chessebeuf, MM. Giraudoux, Nègre, Tissier, Barcat, Longuet (Y.), Prévost (J.), Le Picard, Fonteneau.

11. *Consultation. (Médecine.)* — M. Jacquet; externe en premier : M. Vaidie; externe : M. Aliker.

12. *(Chirurgie.)* — M. X...; externes : MM. Baquelin, Capandji.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois, internes : MM. Richier, Bourgeois; externes : MM. Giorgi, Wilbert, Svartman, Departout.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet: externe en premier : M. Gaudin; externes : Mlle Levaillant, MM. Gratier, Burel.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Maingot; externes : MM. Lachaud, Coumetou.

16. *Consultation dentaire.* — M. Darcissac.

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Cattan; externes : MM. Lambling, Trotot, Callot, Delort, Mlle Hollier-Larousse, MM. Wattez, Baumgartner,

2. Médecin : M. Troisier; interne : M. Boquien; externes : MM. Jamet, Yvanovitch, Girard (E.), Peyaud.

3. Chirurgien : M. Mocquot; assistant : M. Monod (Raoul); internes : MM. Padovani, Vuillième, Hamelin; externes : Mlle Paley, MM. Offret, Rozée, Belle-Isle, Olivier (M.), Mazingarbe, Gross, Aubert, Vignalou.

4. *Consultation. (Médecine.)* — M. Léon-Kindberg; assistant : M. Laporte; externe en premier : M. Dubois; externes : MM. Ghozlan, Fraisse.

5. *(Chirurgie.)* — M. ; externes : MM. Thésée, Lachèze.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. .

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Dufour; assistant : M. Routier; interne : Mlle Riom; externes : MM. Gigon, Dezoteux, Magrin, Miquel, Mlle Gasne.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne : M. Busson; externes : MM. Touzé, Trepsat.

3. Médecin : M. Laubry; assistant : M. Routier; interne : Mlle Brosse; externes : M. Marmasse, Mlle Lépine, MM. Michaelidès, Scheid, Roux (M.).

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Laubry; interne : M. Baillet; externes : MM. Aboulker (G.), X..., Ovary, Moreno.

5. Médecin : M. Flandin; interne : MM. Thiroloix, Maison; externes : MM. Ayrignac, Bonnet (P.), Macé de Lépinay, Lichtenberg, Rouchy, Dangauthier, Marcy, Mlle Legagneux.

6. Chirurgien : M. Bréchot; internes : MM. Jullien, Chevallier; externes : M. Leuret, Mme Bonnafous, MM. Bouvrain, Delié, Vuitzel, Laboureau.

7. *Consultation. (Médecine.)* — M. Marchal; externes : Mlle de Peretti, M. Draillard.

8. *(Chirurgie.)* — M. Berger; externes : MM. Boquet (M.), Mortier.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Cottenot.

10. *Consultation dentaire.* — Médecin : M. Puig.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Alibert; externes : MM. Fleys, Lamiraud.

2. *Centre de triage.* — Médecin : M. Courcoux; externes : MM. Laporte, Beauchef, Amante.

3. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Zadoc Kahn: externes : Mlles Thueux, Poindessault, MM. Netter, Boyer (J.).

4. Chirurgien : M. Dujarier; assistant : M. Rouhier; internes : MM. Couvelaire, Joly, Pergola; externes : MM. Jacquot, Batail, Pham van, Guérin (J.-G.), Angelici, Morhange, de Haulmont, Husset.

5. Accoucheur : M. Le Lorier; internes : MM. Schwartz, Sanz; externes : MM. Lapeyre, Janaud, Tran-ba-huy, Maroger (G.).

6. *Consultation. (Médecine.)* — M. Carré; externe en premier : M. Robert; externes : MM. Attal (M.), Boulle (S.).

7. *(Chirurgie.)* — M. ; externes : Mme Brinon, MM. Brinon, Grasset, Jundt.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet; externes : MM. Champeau, Jusseaume.

9. *Electro-radiologie.* — M. Guilbert.

10. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot; chefs de clinique : MM. Barthélemy, Carteaud, Filliol; internes : MM. Weill (Jean), Ragut; externes : MM. Leven, Herzfeld, Bernard (J.) Zha, Segall (S.), Dijon, Dreyfus (And.), Reboul.

2. Médecin : M. Milian; internes : MM. Massot, Horovitz; externes : MMmes Davout, de Loeschwigg, Mlle Chuit, MM. Davout, Parent (J.), Schmid (R. G.), Wechsler, Doukan, Mlle Gillart.

3. Médecin : M. Ravaut; internes : MM. Hesse (P.), Koang; externes : MM. Benveniste, Bernière, Stewart, Mme Vincent (M.), MM. Maronne, Lachmann (Léon-A.), Boquet (P.), Mme Laporte.

4. Médecin : M. Lortat-Jacob; internes : M. Buquoy, Mme Grand; externes : MM. Morelle, Leduc, Darras, Grami, Chagnon, Nahou, Mlle Feydit, MM. Barré, Karcher.

5. Médecin : M. Lousté; internes : M. Racine, Mlle Ronget; externes : M. Souilhé, Mlle Finkelstein, M. Coussieux, Mmes de Pierredon, Gardère, MM. Robine, Kaplan (M.), Josseran.

6. Médecin : M. Léri; internes : M. Arnaudet; externes : MM. Logeat, Samama, Meyer-Heine, Klein, Yaïck.

7. Médecin : M. Sézary; interne : MM. Rivoire, Mamou; externes : MM. Pannet, Bouwens-van-der-Boyer, Vildé, Mlles Lévy Weissmann, Léage, MM. Grégoire, Hilaire, Boutteau (P.), Grangé.

8. Chirurgien : M. Mathieu; assistant : M. Huet; internes : MM. Cohen-Deloro, Monod, Laffaille; externes : Mlle Desallais, M. Massé, Mlle Ciosi, MM. Boëlle, Lemmet, Boissonnat, Bourgin, Canet.

9. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Querneau, Audemar, Jourdan; externes : MM. Danard, Le Foll, Kabrekorn, Barrié (Cl.), Thorel (Fr.), Fournée, Baudouin, Lesobre.

10. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; internes : MM. Weill (Marc), Petit (P.); externes : MM. Lazerme, Petit (P.), Leroy (J.), Pellegrin

11. Consultation de M. Heitz-Boyer. Externes : MM. Bellière, Dufour, Auriacombe, Maître (René), Grégoire (J.-D.).

12. Chirurgien : M. Cadenat; internes : MM. Maës, Billet, Kaufmann; externes : MM. Chambon, Fontaine (H.), Mourgues, Oudin, Lesguillous, Avenard, Genevrier, Gérard (P.), Genty (Ph.).

13. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; internes : Mlle Barnaud, M. Lejeune; externes : MM. Labarre, Puistienne, Regard, Grosbois, Suchmann.

14. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lemaître; internes : Mme Baillon, M. Bérard; externes : MM. Bonnahon, Osenat, Lebourg, Chaillouet, Roger (J.), Moro (J.).

15. *Ophtalmologie.* — M. Dupuy-Dutemps; interne : M. Vautrin; externes : MM. Quentin, Blanc (René), Goujard, Schatz.

16. *Consultation. (Chirurgie.)* — M. Moure; externes : MM. Fichet, Jauneau, Dumas.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Belot; externes : MM. Saposnick, Sevin, Dramond.

18. *Consultation dentaire.* — M. Chompret; externes : M. Maleplatte, Mlle Filderman.

19. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Babonneix; internes : MM. Lelourdy, Porin; externes : MM. Leroy (L.), Challe, Piraud, Cavel, Daum, Giard, Mlle Desbois, M. Oster.

20. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Darfeuille, Bufnoir, Saint-Pierre; externes : MM. Marçais, Mouchotte, Velez, Lejeune (F.), Saïe, Horeau, Peretz.

O. — Hôpital de Vaugirard *(Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine).* — 1. Chirurgien : M. le prof. Duval; assistant : M. Gatellier; chefs de clinique : MM. Ménégaux, Redon; internes : MM. Plessier, Leroy, Gandy; externes : MM. Soudée, de Lavedan, Mlles Jomier, Ferrieu, MM. Lafourcade, Adrianopoulos, Grossiord, Fellier (G.), Gaume, Bouroullec.

2. *Electro-radiologie.* — M. Béclère.

3. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.

P. Hôpital Ambroise Paré. — 1. Médecin : M. Richet, interne : M. Couderc; externes : MM. Kun, Borgida, Baudet, Manil, Dehouve.

2. Médecin : M. Monier-Vinard; interne : M. Bertrand (J.); externes : Mme Berthoud, MM. Gailhard, Sauvain, Benardeau, Faur (J.).

3. Médecin : M. Lemaire; interne : Mlle Lévy (Franç.); externes : Mlle Grand, MM. Sambron, Defouez, Mlle Girardeau.

4. Chirurgien : M. Desmarest; assistant : M. Métivet; internes : MM. Lemoyne, Rouquès (Pierre); externes : Mme Cahen, MM. Benoit (H.), Schwarz, Mlle Marcelot, MM. Seguier, Tissot (J.), Gisselbrecht.

5. *Consultation. (Médecine.)* — M. Jacquelin; externe en premier : M. Demaldent; externes : MM. Valois, Camena d'Almeida.

6. *Chirurgie.* — M. X...; externes : MM. Tantin, Baret, Ramadier.

7. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Monbrun; externes : MM.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier; externes : MM. Lestienne, Natier (P.).

9. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. X...

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Touraine; interne : Mme Arager; externes : MM. Potier, Auclair, Waynberger, Escaré, Mlle Moyen, MM. Laval, Journe.

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes : MM. Brulin, Douay.

3. Médecin : M. Weissenbach; interne : M. Seidmann; externes : MM. Reix, Henry, Rogé, Maroger (B.), Ferrien, Raulot-Lapointe, Kuypers.

4. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; chefs de clinique : MM. Lapeyre, Frantz; internes : M. Moricard, Mlle Bégaud. M. Roquejeoffre; externes : Mlle Malan, M. Gérard, Mme Kieger, MM. Mathis, Rosenstein, Haik, Mme Meisel.

5. *Electro-radiologie.* — M. Lehmann.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Fiessinger; interne : M. Decourt; externes : MM. Bonhomme, Varay, Collart, Bernaud, La Mouche, de Cagny,

2. Médecin : M. Duvoir; interne : M. Perrault; externes : MM. Seringe, Martinot, Delaitre, Goyer.

3. Chirurgien : M. Sauvé; internes : MM. Barrier, Lepart; externes : M. Bercovici, Mlle Tanzy, MM. Demange, Touzard (René), Stueurmann, Mlle Jésensky, M. Menetrier.

4. *Electro-radiologie.* — M. Gérard.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique adjoint : M. Martin (R.), Kaplan, Lebée; interne : M. Lereboullet; externes : MM. Roy (A. H.), Loiseau, Mlle Herr, MM. de Berg, Goldstayn, Hornus, Mlle Yeu.

2. Médecin : M. Aviragnet; assistant : M. Dayras; interne : M. Berton; externes : MM. Streicher, Blondeau, Martin (J. P.), Oiseau, Dulvenis.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Aviragnet; externe en premier : M. Lecadre.

4. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : Mlle Blanchy; externes : MM. Meyer, Livieratos, Harmann, Morel (And.), Vannier (H.), Nigaud.

5. *Sélection.* — Médecin : M. Apert; externes en premier : Mlle Baguette, M. Kreyts.

6. Médecin : M. Apert; assistant : M. Cambessédès; interne : M. Goldberg; externes : MM. Petiton, d'Escrivan, Fay, Mlle Rohlfs, Mme Challe, Mlle Roussy.

7. Médecin : M. Hallé; interne : M. Garnier (P.), externes : MM. Michaud (J.), Tempier, Prat, Ganot, Le Trésor, Mlle Comby.

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; chef de clinique : M. Fèvre; assistant d'orthopédie : M. Lance; internes : MM. Folliasson, Guran, Martel (J. L.), Chareire, Pouliquen, Levecq, Pergola, Mme Duhamel.

9. *Service médical d'Antony.* — Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; externe en premier : Mlle Delon; externes : MM. Prat (P.), Werner.

10. Chirurgien : M. Basset; interne : Mlle Bizou; M. Carteret (externe en premier); externes : MM. Arloing, Léonard, Nabert, Pauchard, Sulem.

11. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Monthus; interne : Mlle Delahaye; externes : Mlle Pradel, MM. Rabourdin, Pradande, Vincent (Jules).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée; externe : Mlle Moyse-Chrétien, MM. Chefdeville, Boursat, Ludner, Hallot.

13. *Electroradiologie.* — M. Duhem; externe : M. Huriez.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné; assistant : M. Clément; interne : Mlle Heimann; externes : Mlle Kuntz, MM. Bonamy, Stérin, Soubrane, Mlle Kritchewsky, MM. Bronstein, Malartic.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : M. Lièvre.

3. Médecin : M. Papillon; interne : M. Flandrin; externes : M. Huguier; Mlle Domela, MM. Janvier, Voizot, Tenine, Mlle Jeannacopoulo.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : M. Delaporte.

5. Chirurgien : M. Sorrel; internes : MM. Asselin, Beauchesne, Maulleau; externes : MM. Pasquier, Kohen (J.), Goby, Jacquet (M.), Castany, Tissandié, Cadet de Gassicourt, Mouchotte, Mlle Dumans.

6. Médecin : M. Rouget; interne : M. Illaire; externes : MM. Delafarge, Julien (Gab.), Julien (J.), Laurent (M.).

7. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Hutinel (Jean); externe en premier : M. Nicolas; externes : MM. Voisin, Julia, Mlle Beskin, M. Vieuchange, Mme Colin.

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prelat; externes ; MM. Simon (René),

9. *Electro-radiologie.* — M.

10. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle.

U. Hôpital des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet; chefs de clinique : MM. Lelong, Gournay, Chabrun; internes : MM. Gouyen, Baize; externes : MM. Galland, Dormay, Simon (R.), Simon (F.), Demartial, Charousset.

2. Chirurgien : M. Veau; assistant : M. Martin; internes : MM. Boidot, Arnal (externe en premier); externes : MM. Brumpt, Maurice, Tribalet, Forget (R.), Botreau-Roussel.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Cottenot.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Benard (René); interne : M. Bréhier; externes : MM. Archambault, Piroux, Bayé, Carrez, Soulignac.

2. Médecin : M. May; interne : Mlle Wilm; externes : M. Raybaut, Mlle Grillo, M. Chatain, Mlle Dauban.

3. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Coste; externe en premier : M. Lemelletier; externes : MM. Helion, Barthélémy.

W. Bicêtre. — 1. Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot; internes : MM. Derot, Mauric, Leconte (Maurice); externes : MM. Dassencourt, Debray (J.), Cachin (Ch.).

2. *Premier service temporaire (chroniques).* — Interne : M. Laffitte.

3. *Nouveau service temporaire (chroniques).* — Externes en premier : MM. Delamarre, Terrasse; externes : MM. Genty (P.), Mathivat, Fulconis.

4. *Service d'enfants plâtrés.* — Externe en premier : M. Albeaux.

5. *Troisième service temporaire.* — Externe en premier : M. Martin (Jean); externes : Mlle Coste, Mme Derot, M. Boivin.

6. Médecin : M. Donzelot; interne, M. Sterne; externes : MM. Catornne, Aboulker (R.), Mirbeau, de Graciensky, Lapeyre.

7. Médecin : M. Feuillée; interne : M. Royer de Véricourt (externe en premier; externes : MM. Richard, Maspétiol, Paquereau, Giraud (G.), Maillet (Roger).

8. Médecin : M. Camus; interne : M. Bousser.

9. Médecin : M. Maillard; interne : M. Gallot.

10. Chirurgien : M. Toupet; internes : MM. Falaise, Mérigot; externes : MM. Leconte (André), Cailleret, Loisel, Costets (P.), Limasset.

11. *Service temporaire.* (Chroniques). — Médecin : M. Riche.

12. *Service de réserve.* — M. Pasteur Vallery-Radot; externes : MM. Benzaquer, Lemant, Trombert, Vauclin.

13. *Ophtalmologie.* — M. Hartmann.

14. *Electro-radiologie.* — M. Dariaux.

10. *Consultation dentaire.* — M. Richard.

X. Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chefs de clinique : MM. Christophe, Schmite, Mollaret, Jonesco; internes : MM. Launay, de Sèze, Thoyer; externes : Mme Bourgeois, MM. Kreis, Bonnet (G.), Vial, Bidou, Brincourt, Mlles Mignon, Derombies.

2. Médecin : M. Crouzon; internes : MM. Desoille, Henrion; externes : MM. Guichard, Hubermann, Martin (N.), Jouffroy, Pêcher, Laplagne, Leblanc, François (R.), Conso.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — Médecin : M. Crouzon; internes : Mme Lagrange.

4. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; assistant : M. Mathieu; interne : M. Fleury (J.); externes : MM. Seguin, Le Flem, Vannereau, Mlle Solente, M. Lefebvre.

5. Médecin : M. Huber; interne : M. Landrieux (externe en premier) : externes : M. Cadars, Mlle Roule, MM. Galimard, Greif, Lebel (J.).

6. Chirurgien : M. le prof. Gosset; assistant : MM. Petit-Dutaillis, Charrier; chefs de clinique : MM. Leibovici, Seillé, Barragué; internes : MM. Patel, Longuet, Bompart; ex-

ternes : MM. Guignerot, Polak (Ch.), Esquirol, Mlle Huguet, MM. Coldefy, Bour, Israël, Borrey, Mlle Gabrielli, M. Simon.

7. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Joseph.

8. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Minet (externe en premier).

9. *Service temporaire de réserve.* — Médecin : M. Alajouanine; externe en premier : M. Meillaud; externes : MM. Maire (R.), Gaultier (M.), Gaulu, Rodier, Binet, Zaepfel, Ullmann.

10. *Deuxième Service de réserve.* — Médecin : M. Léchelle; externes en premier : MM. Durieux, Chigot; externes : MM. Claudet, Aubrun, Sifflet, Perrot, Duflos, Mlle Aghion, MM. Dermange, Simon, Charlot.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Bourguignon; externe : M. Beley.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guillemot; assistant : M. Prieur; interne : M. Barbé; externes : MM. Archambaut, Brochard, Mlle Verlière, MM. Fournet, Jauleroy, Mlle Cahen (A.).

2. Médecin : M. Grenet; interne : M. Triau; externes : Mlle Cazamian, MM. Bourget, Advenier, Massoulier, Grenet (Marcel), Legry.

3. Chirurgien : M. Picot; internes : Mme Laquerrière, MM. Béchet, Fort (externe en premier); externes : MM. Leboulanger, Deséglise, Bourée, Nguyen-Hai, Faugère, Rabant, Raphaël.

4. Chirurgien : M. Metzger; internes : MM. Bosquet, Baussan; externes : MM. Giroux, Garfunkel, Attal, Michelson, Fourquié, Comte (M.).

5. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Marquézy; externe en premier : Mlle Jammet; externes : MM. Faure (And.), Delaffond, Macé, Chevalier (And.), Mme Le Goff.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch; externes : MM. Calmanos, Wirz.

7. *Electro-radiologie.* — M. Lobligeois.

8. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Armand-Delille; assistant : Mlle Develay; internes : Mlle Develay; externes : Mlle Chapiro, M. Cordebar, Mlle Burdin, MM. Chaussidure, Caput, Mlle Melon.

2. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Ducas; externes : MM. Sauvé, Juchet, Mlle Lévy (G.), MM. Naud, Langlade, Kalmanovitch.

3. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Janet; externe en premier : M. de Palma; externes : MM. Leybovicz, Lerolle.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet; externes : MM. Augeix, Pigache.

5. *Electro-radiologie.* — M. Laquerrière; externe : M. Peyne.

6. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Gautier; externe en premier : M. Brunel; externes : MM. Catz, Clermont, Lamasson, Monceau.

2. *Chroniques et admission.* — Externes : MM. Vallancien Opolan.

3. Médecin : M. Cain; internes : MM. Fourestier, Bridgemann (externe en premier); externes : MM. Alpern, Allouche, Derieux, Capmas, Mlle Poidevin, M. Martini.

4. Chirurgien : M. Ockinczyc; internes : MM. de Langre, van der Elst; externes : MM. Zeller, Ribert, Raison.

5. *Electro-radiologie.* — M.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; aide de clinique : M. Laennec; internes : MM. Peytavin, Tournant; externes : M. Maire, Mlle Pétroff, M. Paillé.

2. *Maternité nouvelle.* — M. Lemeland; interne : M. David (Pierre); externes : Mlles Veiler, Falguière.

3. *Electro-radiologie.* — M.

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chefs de clinique : MM. Digonnet, Bach; interne : Mlle Fayot; externes : MM. Brunhès, Fenichel, Muhlrad, Rachstein, Davidovici, Vannier, Pouyol.

2. *Electro-radiologie.* — M.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chefs de clinique : MM. Suzor, Baillis, Sicard; externe en premier : M. Caen; externes : MM. Giudicelli, Baylot, Laroche, Butaud, Mlle Bogoraze (V.).

Ae. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chefs de clinique : MM. Le Clerc, Georges, Garnier, Bourgeois; internes : MM. Guédé, Guillain, Monnerot-Dumaine; externes : M. Camus (J.-P.), Mlle Patez, MM. Jalley, Lesauvage, Chapireau, Defaix, Lubas, Guérin (J.), Seydel, Waysman, Landois.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Brodin; interne : M. Uhry; externe en premier : M. Lehmann; externes : MM. Boudonnet, Bourdeau, Strée.

2. Chirurgien : M. Lardennois; assistant : M. Madier; internes : MM. Perrin, Dupuy, Guillot (J.); externes : MM. Weil (J.), Brochard, Moulle, Martel, Thieffry, Mlle Riche, M. Mallet.

3. *Radioscopie.* — M.

Ag. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) — Médecin : M. Rouillard; interne : M. Schwoob.

2. (*Tuberculeux.*) — Externe en premier : M. ; externes : MM. Guillaud-Vallée, Doussinet.

Ah. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M.-P. Weil; internes : MM. Reboul (Sainte-Périne), Soyer (Chardon-Lagache).

Ai. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Chiray; interne : M. Berdet; externe : Mlle Kahn.

2. (*Tuberculeux.*) Médecin : M. Chiray; interne : M. Chène; externes : MM. Kipfer, Lecouillard, Poirier, de Mestier du Bourg, Lafon.

3. *Electro-radiologie.* — M.

Aj. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Richard; assistants : MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye; chefs de laboratoire : MM. M. et G. Mozer; internes : MM. Thorel, Périer, Chomet, Bridot, Lance.

2. Annexe de Rouville. Internes : MM. Braunstein, Pelletier, Poupault.

Ak. Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie; internes : MM. Barneville, Ungar.

2. Médecin : M. Renaud; internes : MM. Gay, Blau, Laguzet, Lombard.

3. Médecin : M. Lévy-Valensi; internes : MM. Guyon, Leibovitz, Gluck, Iliovici, Cabrit, Tellier.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubin.

5. *Electro-radiologie.* — M.

Al. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Meignant, Morlaas, Cossa, Garand; Clinique annexe neuro-psychiatrique infantile : Mlle Vogt.

Am. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc.

An. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; internes : MM. Segall, Landau.

Ao. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno; interne : Mlle Jean.

Ap. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Maréchal; assistant : M. Cochemez.

Aq. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. — Laboratoires départementaux d'électro-radiologie. (153, rue Lamark, et 189, rue Vercingétorix.) — Chef de service : M. ; adjoints : MM. ; médecins-adjoints : MM.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGIETES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES; 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES; 4° EXTERNES EN PREMIER; 5° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : Mlle Cazamian, Y-2 = Y. Hôpital Bretonneau, 2. Service de M. Grenet.

MÉDECINS

et assistants.

Abrami, C-2.
Achard, F-1.
Alajouanine, X-9.
Ameuille, I-10.
Apert, S-5 et S-6.
Armand-Delille, Z-1.
Aubertin, B-5.
Aviragnet, S-2 et S-3.
Babonneix, N-19.
Baudouin, J-9.
Benard (H.), A-9.
Bénard (R.), V-1.
Bensaude, D-5.
Bergeret, A-6.
Bernard (Léon), J-1, J-2 et J-5.
Bertrand-Fontaine (Mme), C-2.
Bezançon (F.), D-1.
Binet, E-8.
Blondel, I-4.
Boidin, I-3.
Boppe, A-6 et A-10.
Boulin, B-11.
Brodin, Af-1.
Brouardel (G.), E-1.
Brulé, I-2.
Brun du Bois-Noir (de), G-1.
Buc, Am-1.
Cain, Aa-3.
Cambessédès, S-5.
Camus, W-8.
Carnot, A-1.
Carrié, M-6.
Chabrol, D-8.
Chevallier, G-10.
Chiray, Ai-1.
Claisse, J-6.
Claude, Al-1.
Clément, T-1.
Clerc, H-4.
Comte, D-6.
Coste, V-3.
Courcoux, M-1 et M-2.
Crouzon, X-2 et X-3.
Darré, C-3.
Dayras, S-2.
Debray, F-11.
Debré, G-4.
Deron, G-3.
Deschamps, H-4.
Donzelot, W-6.
Dufour, L-1 et L-2.
Duvoir, R-2.
Faroy, G-3.
Faure-Beaulieu, D-9.
Feuillié, W-7.
Fiessinger, R-1.
Flandin, L-5.
Fohanno, Ao-1.
Fournier, F-2.
Gandy, H-1.
Garnier, H-2 et H-3.
Gautier, Aa-1.
Gennes (de), F-16 et F-17.
Gougerot, N-1
Grenet, Y-2.
Guérin, J-7.
Guillain, X-1.
Guillemot, Y-1.
Halbron, A-4.
Hallé, S-7.
Harvier, G-1.
Herscher, H-5.
Heuyer, E-4.
Huber, X-5.
Hutinel, T-7.
Jacob, H-14.
Jacquelin, P-5.
Jacquet, J-11.
Janet, Z-3.
Jousset, J-7.
Kindberg, K-4.
Krebs, B-6.
Labbé (Marcel), B-2.
Laederich, E-3.
Laignel-Lavastine, B-3.
Laporte, K-4.
Laroche (Guy), I-8.
Laubry, L-3 et L-4.
Léchelle, X-10.
Lemaire, P-3.
Lemierre, K-1.
Lereboullet, U-1.
Léri, N-6.
Lesné, T-1 et T-2.
Lestocquoy, Z-1.
Lévy-Valensi, Ak-3.
Lian, I-4 et I-9.
Lœper, B-4.
Lortat-Jacob, N-4.
Louste, N-5.
Maillard, W-9.
Marchal, L-7.
Maréchal, Ap-1.
Marquézy, Y-5.
Marie (R.), Ak-1.
Massary (de), G-2.
Mathieu, X-4.
Maximin, D-8.
May, V-2.
Michel, I-1.
Milhit, I-6 et I-7.
Milian, N-2.
Monier-Vinard, P-2.
Morancé, An-1.
Moreau, D-16.
Mutel, Aq-1.
Nageotte, X-7.
Nicaud, H-2 et I-1 7
Nobécourt, S-1.
Pagniez, D-7.
Paisseau, Z-2.
Papillon, T-3 et T-4.
Pinard, F-6.
Pissavy, F-3, F-4 et F-5.
Plichet, D-7.
Prieur, Y-1.
Pruvost, C-9.
Renard, E-1.
Ramond (Félix), D-4.
Ramond (L.), J-8.
Rathery, A-2.
Ravaut, N-3.
Ribadeau-Dumas, X-4.
Riche (A.), W-11.
Richet, P-1.
Rist, J-3, J-4 et J-5.
Rivet, H-6.
Rouget, T-6.
Rouillard, Ag-1.
Routier, L-1 et L-3.
Sainton, A-3.
Sénèque, H-15.
Sergent, C-1.
Sézary, N-7.
Stévenin, A-5.
Teissier, Ae-1.
Tinel, C-5.
Tixier, C-4.
Touraine, Q-1.
Trémolières, M-3.
Troisier, K-2.
Tzanck, D-14.
Vallery-Radot (Pasteur), W-1 et W-12.
Vaquez, B-1.
Vasseur (Mlle), H-5.
Villaret, E-2.
Vincent, B-6.
Vurpas, X-8.
Weil (M.-P.), Ah-1.
Weil (P.-E.), I-5.
Weill-Hallé, S-4.
Weissenbach, Q-3.

CHIRURGIENS

et assistants.

Alglave, G-8.
Andrieu, Aj-1.
Auvray, J-10.
Basset, S-10.
Baumgartner, C-6.
Bazy, H-11.
Berger, L-8.
Bergeret, A-6.
Bloch (J.-Ch.), H-8.
Bouquier, Aj-1.
Braine, D-15.
Bréchot, L-6.
Brocq, D-10.
Cadenat, N-12.
Capette, H-10.
Charrier, X-6.
Chevassu, F-10.
Chevrier, B-9.
Chifoliau, N-9.
Cunéo, H-8 et H-9.
Delahaye, Aj-1.
Delbet, F-7.
Deniker, C-7.
Descomps, C-7.
Desmarest, P-4.
Desplas, B-9.
Dujarier, M-4.
Duval (Pierre), O-1.
Faure, Q-4.
Fey, E-5.
Fredet, B-8.
Gatellier, O-1.
Gaudart d'Allaines (de), I-11.
Gernez, I-12.
Girode, J-10.
Gosset, X-6.
Gouverneur, C-6.
Grégoire, I-13.
Guimbellot, G-11.
Hartmann, A-6.
Heitz-Boyer, N-10 et N-11.
Houdard, G-6.
Huet, N-8.
Kuss, B-12.
Labey, H-11.
Lance, S-8.
Lapointe, D-11.
Lardennois, Af-2.
Launay, F-9.
Legueu, E-5.
Lejars, D-10.
Lenormant, B-7.
Leveuf, F-8.
Madier, Af-2.
Marion, H-7.
Mathieu, N-8.
Maurer, I-18.
Métivet, P-4.
Metzger, G-4
Michon, G-5.
Mocquot, K-3.
Mondor, E-9.
Monod, F-12.
Monod (Raoul), K-3.
Mouchet, N-20.
Moulonguet, I-12.
Moure, N-16.
Oberlin, B-8.
Ockinczyc, Aa-4.
Ombrédanne, S-8 et S-9.
Petit-Dutaillis, X-6.
Picot, Y-3.
Proust, G-6 et G-7.
Richard, Aj-1.
Robineau, E-6.
Rouhier, M-4.
Roux-Berger, I-11.
Sauvé, R-3.
Schwartz, E-7.
Sebileau, H-12.
Sorrel, T-5.
Soupault, C-10.
Toupet, W-10.
Veau, U-2.
Wiart, H-10.
Wilmoth, B-7.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Brindeau, Ad-1.
Cathala, N-13.
Chirié, A-8.
Couvelaire, Ac-1.
Devraigne, H-13.
Ecalle, I-14.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, M-5.
Lemeland, Ab-2.
Levant, G-9.
Lévy-Solal, D-13.
Rudaux, Ab-1.
Vignes, C-8.

OPHTALMOLOGISTES

Bollach, F-13.
Cantonnet, J-14.
Cerise, B-14.
Coutela, G-12.
Dupuy-Dutemps, N-15.
Hartmann, W-13.
Magitot, I-16.
Monbrun, Q-7.
Monthus, S-11.
Poulard, H-16.
Prélat, T-8.
Terrien, A-7.
Velter, D-17.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

Aubin, Ak-4.
Baldenweck, G-13.
Bloch (André), Y-6.
Bouchet, Z-4.
Bourgeois, J-13.
Chatellier, Ak-4.
Grivot, D-12.
Halphen, B-13.
Hautant, I-15.
Lemaître, N-14.
Le Mée, S-12.
Moulonguet, M-8.
Ramadier, P-8.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES

(Pour la liste complète se reporter p. 111.)

Aubourg, G-14.
Barret, F-14.
Béclère, O-2.
Belot, N-17.
Bourguignon, X-11.
Cottenot, L-9 et U-3.
Dariaux, W-14.
Delherm, B-15.
Duhem, S-13.
Gérard, R-4.
Guibert, E-10 et M-9.
Haret, H-17.
Laquerrière, Z-5.
Lehmann, Q-5.
Lobligeois, X-7.
Maingot, J-15.
Ronneaux, C-11.
Solomon, D-18.

STOMATOLOGISTES

Béliard, A-12.
Bozo, B-16.
Chompret, N-18.
Coustaing, D-19.
Darcissac, J-16.
Fargin-Fayolle, M-10.
Izard, Y-8.
Lacronique, I-20.
Lebedinsky, F-15.
Lemerle, T-10.
L'Hirondel, O-3.
Maurel, C-12.
Puig, L-10.
Richard, W-15.
Robin, E-11.
Rousseau-Decelle, H-18.
Ruppe, Z-6.
Schaefer, G-15.

CHEFS DE CLINIQUE

Azerad, B-2.
Bach, Ac-1.
Baillis, Ad-1.
Bariéty, F-1.
Barthélemy, N-1.
Benda, C-1.
Besançon (J.), B-2.
Boltansky, A-1.
Bourgeois, Ae-1.
Carteaud, M-1.
Celice, D-1.
Chabrut, D-10.
Christophe, X-1.
Delafontaine, A-1.
Dessaint, A-6.
Destouches, D-1.
Dignonnet, Ac-1.
Dolfus, A-7.
Dossot, E-5.
Dubois-Roquebert, A-6.
Duruy, D-1.
Escalier, B-2.
Favory, A-7.
Fèvre, S-8.
Filliol, M-1.
Frantz, Q-4.
Garnier, Ae-1.
Gaume, E-5.
Georges, Ae-1.
Godel, B-1.
Hamburger, F-1.
Hudelo, A-7.
Jonesco, X-1.
Kaplan, S-1.
Kourilsky, C-1.
Lacapère, F-1.
Lambling, A-1.
Lamy, J-1.
Lapeyre, Q-4.
Lebée, S-1.
Le Clerc, Ae-1.
Lenormand, A-1.
Lévy, B-1.
Lonjumeau, C-1.
Marie, J-1.
Martin (René), S-1.
Mayer, J-1.
Ménégaux, O-1.
Metzger, A-6.
Moatti, H-12.
Mollaret, X-1.
Moussoir, F-1.
Pellissier, J-1.
Redon, O-1.
Rossert, H-12.
Schmite, X-1.
Sicard, Ad-1.
Sureau, B-10.
Suzor, Ad-1.
Tisserand (Mlle), B-10.
Triboulet, J-1.
Vibert, C-1.
Wahl, D-1.
Wallich, B-2.
Weil-Spire, B-10.
Weil, A-7.

INTERNES

Abricossoff (Mlle), D-9.
Albot, I-6.
Alibert, M-1.
Allard, F-9.
Amid, C-6.
Arager (Mme), Q-1.
Arnaud (J.), E-1.
Arnaudet, N-6.
Arondel, J-7.

Asselin, T-5.
Aubert, J-10.
Audemar, N-9.
Audouin, A-6.
Augier, Pa-1.
Avril, H-11.
Baillet, L-4.
Baillon (Mme), N-14.
Baize, U-1.
Barbé Y-1.
Barnaud. (Mlle), N 13.
Baron (F.), C-6.
Barrier, R-3.
Barthes, E-7.
Baudelot, C-7.
Baumann, I-13.
Baussan, Y-4.
Beauchesne, T-5.
Beaux, E-5.
Béchet, Y-3.
Bégaud (Mlle), Q-4.
Benaerts, F-8.
Bérard, N-14.
Bernal, E-2.
Bergouignan, G-6.
Bernard (Et.), H-8.
Berton, S-1.
Bertrand, I-11.
Bertrand (J.), P-2.
Bidoire, F-8.
Billet, N-12.
Bizon, (Mlle), S-10.
Bocquentin, B-8.
Bocquentin (Mme), I-14.
Boidot, U-2.
Bompard, D-7.
Bompart, X-6.
Bonnard, J-9.
Boquel, D-11.
Boquien, K-2.
Bosquet, Y-4.
Bouessée, J-6.
Bourgeois, J-13.
Bousser, W-8.
Bréhier V-1.
Brosse (Mlle), L-3.
Bruneton, A-6.
Bufnoir, N-20.
Bucquoy, N-4.
Bussou, L-2.
Cachera, F-1.
Canonne, D-11.
Caroli, G-1.
Cattan, K-1.
Chauveau (André), E-6.
Chennevière, H-16.
Chevallier, L-6.
Choquart (Mlle), G-9.
Cohen-Deloro, N-8.
Corbillon (Mlle), B-10.
Cord, I-1.
Cordier, F-10.
Corman, G-4.
Couderc, P-1.
Courtial, C-9.
Couvelaire, M-4.
Dany, D-5.
Darfeuille, N-20.
David (P.), Ab-2.
Davioud, E-6.
Decourt, R-1.
Degos, B-4.
Delahaye (Mlle), S-11.
Delaporte, T-4.
Delinotte, C-7.
Delmas, H-10.
Delthil (Mme), H-16
Deparis, A-5.
Derot, W-1.
Desbuquois, F-1.
Desoille, X-2.
Devaux, A-6.
Develay (Mlle), Z-1.
Douady, J-3.
Dreyfus (P.), B-7.
Ducas, Z-2.
Dufour, I-13.
Dupuy, Af-2.
Durrbach, E-6.
Elbaz, I-15.
Even, F-6.
Falaise, W-10.
Fayot, H-11
Fayot (Mlle), Ac-1.
Flandrin, T-3.
Fleury (J.), X-4.
Folliasson, S-8.
Font-Réaulx (de), G-12.
Fouquet, D-1.
Fourestier, Aa-3.
Fresnais, D-10.
Gallot, W-9.
Gandy, O-1.
Garnier, S-7.
Gaucher, F-2.
Gaulier, H-7.
Gautheron (Mlle), I-8.
Georges (M.), D-12.
Goldberg, S-5.
Gosset, B-7.
Gouyen, U-1.
Grand (Mme), N-4.
Grinda, G-5.
Griveaud, H-10.
Grubé, B-8.
Guédé, Ae-1.
Guéry (Mlle), C-5.
Guiheneuc, H-8.
Guillain, Ae-1.
Guillot (J.), Af-2).
Guillou (H.), H-12.
Guran, S-8.
Guyot, B-3.
Haïck, A-4.
Hallard (Mlle), I-16.
Hamelin, K-3.
Hamon, H-12.
Hauert, B-9.
Hébert, B-8.
Heimann (Mlle), T-1,
Hepp, C-6.
Hervy, G-7.
Henrion, X-2.
Hesse, N-3.
Horovitz, N-2.
Hussenstein, I-11.
Illaire, T-6.
Jane, J-10.
Jarrousse, I-12.
Jehiel, H-7.
Joly, M-4.
Joseph, X-7.
Jourdan, N-9.
Jullien, L-6.
Kaufmann, N-12.
Klotz, I-10.
Koang, N-3.
Laffaille, N-8.
Laffitte, W-2.
Lagrange (Mme), X-3.
Lançon, A-3.
Landau, An-1.
Landowsky (Mlle), H-5.
Langre (de), Aa-4.
Laquerrière, Y-3.
Lardennois, A-6.
Lassery (Mlle), F-4.
Launay, X-1.
Le Baron, H-1.
Le Diouron (Mlle), I-14.
Lejeune, N-13.
Lelourdy, N-19.
Lemoyne, P-4.
Lenègre-Thourin, I-2.
Lepage, E-7.
Lepart, R-3.
Lereboullet, S-1.
Leroy, O-1.
Lévy (Fr.), P-3.
L'Hoir (Mlle), H-13.
Lieffring, C-7.
Lièvre, T-2.
Longuet, X-6.
Luzuy, G-5.
Maës, N-12.
Maisler, H-2.
Maison, L-5.
Mamou, N-7.
Marx, D-11.
Massot, N-2.
Mauric, W-1.
Mayer, H-8.
Mégnin, B-9.
Merger, D-13.
Mérigot, W-10.
Merklen, I-4.
Mézard, D-5.
Miget, B-3.
Milhiet, H-11.
Mirallié, H-10.
Monnerot-Dumaine, Ae-1.
Monod, N-8.
Moricard, Q-4.
Mouchet, I-13.
Mourrut, H-4.
Moyse, I-11.
Naulleau, T-5.
Odinet, F-3.
Odru (Mlle), E-3.
Ortega, D-10.
Padovani, K-3.
Palmer, F-9.
Papaioannou (Mlle), C-4.
Patel, X-6.
Pau (Mlle), D-1.
Pellé, F-10.
Perachon, I-17.
Pergola, M-4.
Perrault, R-2,
Perrin, Af-2.
Petit (P.), N-10.
Peytavin Ab-1.
Plessier, O-1.
Porin, N-19.
Postel, D-10.
Poumeau-Delille, C-1.
Priollet, H-13.
Querneau, N-9.
Racine, N-5.
Ragut, N-1.
Rault, D-4.
Raymond, G-8.
Richier, J-13.
Riom (Mlle), L-1.
Rivoire, N-7.
Ronget (Mlle), N-5.
Roquejeoffre, Q-4.
Roudinesco (Mlle), E-4.
Rouquès (L.), I-3.
Rouquès (P.), P-4.
Roy (Louis), G-6.
Rudaux, J-8.
Rudolf, A-1.
Sacuto, E-5.
Saint-Pierre, N-20.
Sanz, M-5.
Schwartz, M-5.
Sée, I-5.
Segall, An-1.
Seidmann, Q-3.
Sèze (de), X-1.
Sicard, B-7.
Sigwald, A-2.
Soria (de), G-8.
Soulié, B-2.
Sourdille, A-7.
Sourice, J-1.
Stéhelin, C-2.
Stérin, J-10.
Sterne, W-6.
Thiébaut, B-6.
Thiroloix, L-5.
Thomas, D-12.
Thoyer, X-1.
Tournant, Ab-1.
Triau, Y-2.
Valentin (Mlle), B-1.
Van der Elst, Aa-4.
Vanier, H-6.
Vannier, G-3.
Vautrin, N-15.
Véran, J-4.
Versini (Mlle), D-13.
Veslot, G-1.
Voillemin, B-5.
Vuillième, K-3.
Waitz, D-8.
Weill (J.), N-1.
Weill (Marc), N-10.
Wertheimer, C-3.
Wilm (Mlle), V-2.
Zadoc-Kahn, M-3.
Zagdoun, B-9.

EXTERNES EN PREMIER

Albeaux, W-4.
Arnal, U-2.
Baguette (Mlle), S-5.
Béchet, Y-3.
Bloch, G-10.
Bridgemann, Aa-3.
Brunel, Aa-1.
Cacuira, B-11.
Caen, Ad-1.
Carlotti, F-16.
Carteret, S-10.
Chigot, X-10.
Courtial, C-9.
Debray, F-11.
Delamarre, W-3.
Delon (Mlle), S-9.
Demaldent, P-5.
Dubois, K-4.
Durel, A-9.
Durieux, X-10
Fort, Y-3.
Gaudin, J-14.
Jacob (Mlle), C-8.
Jacob, H-14.
Jammet (Mlle), Y-5.
Jomain, G-9.
Kreyts, S-5.
Labesse, A-7.
Landrieux, X-5.
Lecadre, S-3.
Lehmann, Af-1.
Lemelletier, V-3.
Levaditi, F-2.
Limoges, I-12.
Malgras, D-4.
Martin, W-5.
Mellaud, X-9.
Minet, X-8.
Nicolas, T-7.
Nomblot, F-7.
Olivier (J.), E-8.
Palma (de), Z-3.
Pariente (de), D-16.
Paul, A-6.
Perachon, I-17.
Perrault, H-14.
Pescarolo, B-1.
Pouey, F-5.
Prunet, F-17.
Robert, M-6.
Roulin, I-3.
Rousset (J.), I-12.
Royer de Véricourt, W-7.
Sainton (Mlle), F-11.
Sidi, D-14.
Terrasse, W-3.
Vaidie, J-11.

EXTERNES

Abadi (Mlle), A-6.
Abaza, H-11.
Aboulker, A-6.
Aboulker (Gilb.), L-4.
Aboulker (R.), W-6.
Abraham (Mlle), G-4.
Abrand, B-5.
Achard, B-7.
Adèle, H-7.
Advenier, Y-2.
Adrianopoulos, O-1.
Aghion (Mlle), X-10.
Alaurent, I-7.
Alfonsi, H-6.
Aliker, J-11.
Alivisatos, D-16.
Allilaire, A-1.
Allos, A-6.
Allouche, Aa-3.
Alpern, Aa-3.
Amante, M-2.
Amphoux, C-2.
Ampugnani, D-3.
Aneler, I-10.
Angelier, M-4.
Angyal, B-13.
Antoniou, F-11.
Archambault, V-1.
Archimbaut, Y-1.
Arloing, S-10.
Armelin (Mlle), A-5.
Arnaud, F-10.
Arnous, C-7.
Arvay, E-3.
Arviset, D-16.
Aschenassy, I-13.
Astor, J-4.
Attal (André), Y-4.
Attal (M.), M-6.
Aubert, K-3.
Aubrun, X-10.
Auclair, Q-1.
Audibert, F-3.
Audouard, F-4.
Audoux, I-5.
Augeix, Z-4.
Augereau, G-10.
Auricombe, N-11.
Auzeloux, H-15.
Avenard, N-12.
Avramesco, H-1.
Ayrignac, L-5.
Azoulay, H-8.
Bachmann, F-17.
Bail, H-7.
Bakulin, G-5.
Ballet, F-8.
Bamas, A-10.
Baquelin, J-12.
Baratoux, D-1.
Barbat, I-2.
Barbier, D-6.
Barcat, J-10.
Bardery, B-9.
Bardin, A-4.
Baret, P-6.
Barraya, A-1.
Barré, N-4.
Barré (Mlle), F-12.
Barrié (Cl.), N-9.
Barrière (Y.), I-1.
Barthélemy, V-3.
Bastien, D-5.
Batail, M-4.
Baudet, P-1.
Baudouin, N-9.
Baumgartner, K-1.
Bauvais, B-7.
Bawermann, I-6.
Baylot, Ad-1.
Beauchef (G.-J.), I-8.
Beauchef (J.-G.), M-2.
Bécam, E-6.
Béchet (J.), I-5.
Beley, X-11.
Belle-Isle, K-3.
Belletville, E-5.
Bellière, N-11.
Bellière, H-1.
Benardeau, P-2.
Benassy, B-9.
Benech, D-12.
Benguigui, B-1.
Benoist (J.), C-9.
Benoit (H.), P-4.
Bensaude, I-2.
Benveniste, N-3.
Benzaquer, W-12.
Béquignon, G-1.
Bernard (Et.), H-8.
Bernard (J.), N-1.
Bernard (Ph.), I-10.
Bercovici, R-3.
Berg (de), S-1.
Bernaud, R-1.
Bernière, N-3.
Bertheau (M.), E-9.
Berthoud (Mme), P-2.
Beskin, T-7.
Beskin (Mlle), T-7.
Beurdeley, C-4.
Bevalot, A-4.
Bezier, H-12.
Bidou, X-1.
Bigey, I-11.
Billard (J.), D 1.
Billard, D-12.
Binet, X-9.
Bismut, J-3.
Bioy, C-9.
Bissery, G-1.
Blanc (René), N-15.
Bloch (H.), B-5.
Blondeau, S-2.
Blondel (M.), C-10.
Blumen, I-2.
Blumenfeld, H-11.
Bobard, H-2.
Boëlle, N-8.
Bogoraze, B-7.
Bogoraze (E.), A-7.
Bogoraze (Mlle), Ad-1.
Boisramé, J-8.
Boisseau, B-3.
Boissonnat, N-8.
Boissonnet, E-1.
Boivin, W-5.
Bonamy, T-1.
Bonan, I-14.
Bonhomme, R-1.
Bonnafous, L-6.
Bonnahon, N-14.
Bonnel, B-5.
Bonnet (G.), X-1.
Bonnet (P.), L-5.
Boquet (Paul), L-7.
Boquet (Pierre), N-3.
Bordachar (Mlle), F-6.
Borde, E-1.
Borgida, P-1.
Bornet, H-10.
Borrey, X-6.
Boros, D-13.
Bosc, C-8.
Botreau-Roussel, U-2.
Botton (de), I-11.
Bouchacourt, G-2.
Boucher, I-10.
Boudonnet, Af-1.

Sacquepée, C-7.
Saïe, N-20.
Saint-Cène (Mlle), I-6.
Salleron, H-1.
Salmonat, H-17.
Samama, N-6.
Sambron, P-3.
Sapoznick, N-17.
Sarradin, E-6.
Saullières, H-13.
Sauvain, P-2.
Sauvé, Z-2.
Savelli, H-5.
Scemama, I-13.
Schatz, N-15.
Scheid, L-3.
Schmid (G.), B-9.
Schmid (R.-C.), N-2.
Schneyder, H-14.
Schwartzenberg,
Schwarz, P-4.
Segall (S.), N-1.
Seguier, P-4.
Séguin (M.), A-1.
Séguin (Mlle), X-4.
Serdaris, A-8.
Sergent, H-7.
Seringe, R-2.
Sevin, N-17.
Sexe, H-16.
Seydel, Ae-1.
Sicard (M.), C-7.
Sifflet, X-10.
Simart, G-8.
Simon (Mlle M.), C-7.
Simon, X-6.
Simon (F.), U-1.
Simon (G.), A-1.
Simon (N.-J.), X-10.
Simon (R.), U-1.
Simon (René), T-8.
Simonet (Max), H-18.
Simonin (L.), D-10.
Simonot, D-4.
Sliosberg, J-1.
Sobel, B-13.
Soleil, C-10.
Solente (Mlle), X-4.
Solomon (M.), H-6.
Soria, A-3.
Soubrane, T-1.
Soudée, O-1.
Souilhé, N-5.
Soulignac, V-1.
Spire (Mlle), A-4.
Stefani, H-5.
Steinberg, J-5.
Strée, Af-1.
Strouzer, F-10.
Stérin, T-1.
Stewart, N-3.
Streicher, S-2.
Stueurmann, R-3.
Suchmann, N-14.
Sulem, S-10.
Svartman, J-13.
Szigeti, G-2.
Szwarc, D-10.
Tabar, B-16.
Talamon, I-11.
Talon, H-1.
Tantin, P-6.
Tanret, G-8.
Tanzi (Mlle), R-3.
Temerson, A-1.
Tempier, S-7.
Tenine, T-3.
Ternois (Mlle), B-7.
Terver, H-7.
Testu, C-5.
Thésée, K-5.
Theurkauff, J-7.
Thévenin, G-5.
Thiboumery, D-9.
Thieffry, Af-2.
Tholose, A-2.
Thomann, F-16.
Thomas, C-8.
Thorain, H-14.
Thorel (Fr.), N-9.
Thueux (Mlle), M-3.
Telitcheff, I-3.
Tissandié, T-5.
Tissier, J-10.
Tissot (J.), P-4.
Tissot (F.), G-6.
Tournafond, B-5.
Tourneux, A-5.
Touvet (J.), F-1.
Touzard (R.), R-3.
Touzé, L-2
Tran-ba-Huy, M-5.
Tran-Quang-dé, F-1.
Tran-van-Con, G-8.
Trepsat, L-2.
Tribalet, U-2.
Tricault, B-9.
Trombert, W-12.
Trotot, K-1.
Turbé, B-6.
Turiaf, A-2.
Ullmann, X-9.
Urbain, G-10.
Vaida, C-11.
Vaidié, J-11.
Vaissière, I-3.
Valensi, D-5.
Valet-Bellot, G-3.
Vallancien, Aa-2.
Valençon, B-15.
Valois, P-5.
Vannereau, X-4.
Vannier (L.-V.), Ac-1.
Vannier (H.), S-4.
Varangot, E-2.
Varay, R-1.
Vauclin, W-12.
Veiler (Mlle), Ab-2.
Velez, N-20.
Vendryes, E-5.
Verlière (Mlle), Y-1.
Veysset, F-6.
Vial, X-1.
Vidart, H-6.
Vieuchange, T-7.
Vigé, I-19.
Vignalou, K-3.
Vigneron d'Heucqueville, B-3.
Vildé, N-7.
Villaret, I-13.
Vimeux (Mlle), G-9.
Vincent (Mme M.), N-3.
Vincent (G.), F-1.
Vincent (J.-L.), H-4.
Vincent (Jules), S-11.
Vincent (Paul), C-7.
Vincent (Ph.), A-2.
Vintzel, L-6.
Vix (Mlle), G-1.
Voignier, F-3.
Voisin, T-7.
Voizot, T-3.
Volinetz, E-6.
Vrasse, B-16.
Wattez, K-1.
Waynberger, Q-1.
Waysman, Ae-1.
Wechsler, N-2.
Weil (J.), Af-2.
Weisberg (Mlle), J-1.
Weiss, A-6.
Werner, S-9.
Welterwald, B-3.
Williot, I-3.
Wilbert, J-13.
Wimphen, D-6.
Wirz, Y-6.
Wolff, I-12.
Yaïck, N-6.
Yvanovitch, K-2.
Yeu (Mlle), S-1.
Zaouche, D-12.
Zaepfel, X-9.
Zeller, Aa-4.
Zha, N1-.
Zimmern, E-2.

MÉDECINS ÉLECTRORADIOLOGISTES DES HÔPITAUX

AVIS. — *La liste des médecins électroradiologistes nous étant parvenue alors que le numéro était déjà sous presse, nous ne pouvons intercaler leurs noms dans le cadre habituel et nous sommes obligés de les publier à part en classant les hôpitaux par ordre alphabétique.*

HÔPITAL BEAUJON. — Chef de service : M. Aubourg; chefs de service adjoints : MM. Vignal, Joly; assistant : M. Ganillard; stagiaires : MM. Surmont, Barreau, Piffault.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Chef de service : M. Dariaux; adjoint : M. Guénaux.

HÔPITAL BOUCICAUT. — Chef de service : M. Ch. Guilbert; chef de service adjoint : M. Gilson; assistant : M. Blanche.

HÔPITAL BRETONNEAU. — Chef de service : M. Lobligeois; assistants : MM. Torchausse, Méry; externes 1930 : MM. Panier, Hébert.

HÔPITAL BROUSSAIS. — Chef de service : M. Cottenot; assistants : MM. Blot, Fidon, Chaperon.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Chef de service : M. G. Ronneaux; chef de service adjoint : M. Desgrez; assistant : M. Gadreau; faisant fonction : M. Bos, stagiaire; externe 1930 (f. f.) : M. Vaida.

HÔPITAL COCHIN. — Chef de service : M. Barret; chef de service adjoint : M. Foubert; assistants : M. Prévost, Mme Kauffmann, M. Nébout; détachés : MM. Busy (laboratoire de la Clinique médicale), Moret (service d'urologie); externe 1930 : M. Delbès.

HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Chef de service : M. Léon Gérard; assistants : M. G. Boulland; externe 1930 : M. Mazer.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Chef de service : M. Duhem; assistants : MM. Goubert, Bernard; externe 1930 : M. Sian.

HÔPITAL HÉROLD. — Chef de service : M. A. Laquerrière; assistants : titulaire, en congé, M. R. Lehmann; stagiaire, M. Deliencourt.

HÔTEL-DIEU. — Chefs de service : MM. Dausset et Laga-renne; chefs de service adjoints : MM. Lucy, Dioclès, chef de laboratoire de la Clinique médicale; assistant : M. Durey; externe 1930 : M. Beauvais.

HÔPITAL LAENNEC. — Chef de service : M. G. Maingot; assistants : MM. Portret, Hélié, Jouveau-Dubreuil; externes 1930 : MM. Lachaud, Coumetou.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Chef de service : M. Haret; chef de service adjoint : M. Moutard (f. f.); assistants : MM. Picarda, Frain (f. f.); externes 1930 : MM. Devesque, Heinsdorf.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Chef de service : M. Charlier; chef de service adjoint : M. Ordioni.

HÔPITAL NECKER. — Chef de service : M. Louis Guibert; chef de service adjoint : M. Charles Petit; assistant : Mme Baude.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Chef de service : M. Delherm; chefs de service adjoint : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Khan; assistants : MM. Beau, Godet; externe 1930 : M. Valençon.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Chef de service : M. Solomon; chefs de service adjoints : MM. Aimé, Gibert; assistants : MM. Proust, Dubot; externe 1930 : M. Jaudel.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Chef de service : M. Belot; chefs de service adjoints : MM. Lepennetier, Serrand; assistants : MM. Nahan, Hickel, Nadal, Pellizza, Kimpel, Buhler; externes 1930 : MM. Saperznick, Sevin, Deramend.

HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — Chef de service : M. G. Bourguignon; chef de service adjoint : M. Thibonneau; assistants : MM. Humbert, Mathieu; externe 1930 : M. Eliopoulos, étudiant (f. f.).

HÔPITAL TROUSSEAU. — Chef de service : M. Mahar.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1929)

Les journées médicales de Dax. — M. ROEDERER résume brièvement le voyage d'études récemment offert à un certain nombre de médecins parisiens par la municipalité de Dax et la Société fermière des eaux de cette ville et louant, comme il le mérite, l'énorme effort accompli dans cette capitale du rhumatisme, souhaite qu'il soit connu du corps médical et apprécié de nombreux malades.

Présentation de malade. — MM. SÉDILLOT et DIDSBURY présentent une jeune femme de trente-deux ans, asthmatique et migraineuse, guérie depuis trois ans par le second d'entre eux de ses migraines par des massages spéciaux de points de cellulite cervico-faciaux ; par le premier de ses crises d'asthme, grâce à une cure de désintoxication générale.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

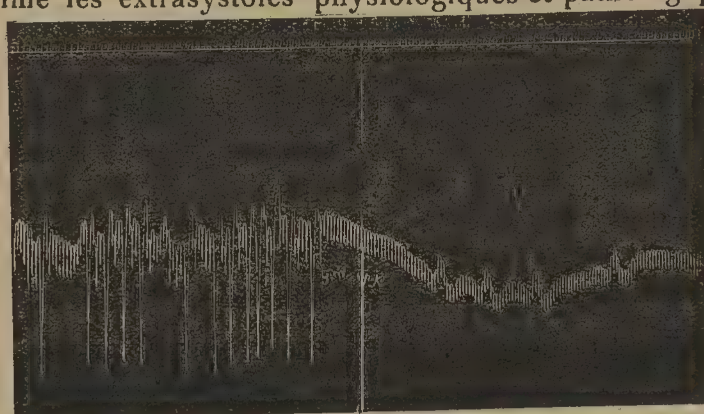
La Spartéine " Houdé "

Sulfate de Spartéine : $C_{15} H_{26} N_2, SO_4 H_2 + 5H_2 O$.
sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque [1] ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques [2] ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée [3].

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Le traitement immédiat des blessures de la face. — M. Dufourmentel attire l'attention sur l'importance de l'opération immédiate dans les blessures de la face. L'épluchage chirurgical, si important dans les plaies des autres régions, est ici à la fois inutile et regrettable. Aucune marque ne doit être ajoutée à celles de la blessure, aucune esquille ne doit être enlevée si elle ne se détache pas d'elle-même. Tous les efforts doivent tendre, dès le début, à éviter les déformations et à diminuer les cicatrices. Par contre, toute blessure du sinus frontal, toute blessure cervicale doit être soumise au nettoyage chirurgical.

Voyage médical en Hongrie. Budapest thermal. — M. Perpère.

Troubles sensitifs du pharynx et syndrome sympathique cervical postérieur. — M. J. Tarneaud rapporte deux cas mettant en valeur la forme clinique pharyngée du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré. Les malades viennent consulter pour une douleur pharyngée et l'examen endoscopique ne montre aucune lésion objective. Avant de rapporter ces manifestations subjectives à une paresthésie pharyngée, il faut, ainsi que l'a démontré Terracol, rechercher l'existence possible d'une ostéo-arthrite cervicale chronique. Le diagnostic de cette affection permet une thérapeutique causale de la pharyngalgie qui, préférable au traitement symptomatique local donne les meilleurs résultats.

Contamination paludéenne d'un donneur au cours d'une transfusion sanguine. — M. Georges Rosenthal discute un cas récent rapporté à la Société de pathologie exotique. Les transfusions ne doivent se faire avec les techniques de va et vient que si aucun germe mobile connu ou inconnu, ne peut être mis en cause. Il n'y a de sécurité absolue qu'avec les techniques séparant donneur et receveur.

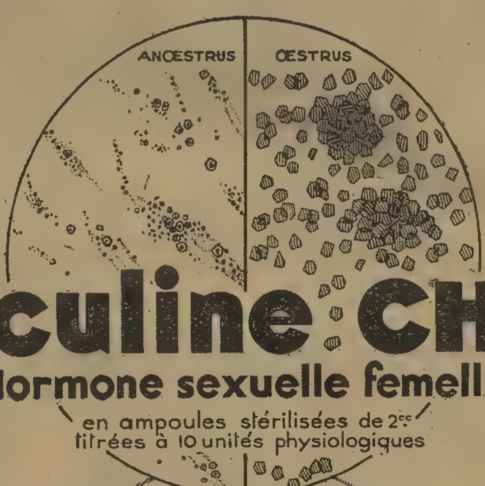
Sur l'électrolyse en dermatologie. — M. A. Scheikeivitch préconise pour les traitements électrolytiques en dermatologie : 1° l'emploi de l'anesthésie locale à la novocaïne ; 2° l'emploi d'une loupe binoculaire prismatique spéciale ; 3° l'emploi d'aiguilles rigides coudées très fines et légères. Il insiste sur la nécessité absolue d'avoir un éclairage puissant et une source de courant continu exactement contrôlée et réglable.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 6 décembre 1929)

Sur le traitement des tuberculoses osseuses. — M. Roederer rappelle que le traitement doit s'appuyer avant tout sur les méthodes anciennes qui ont fait la preuve de leur efficacité et surtout l'immobilisation rigoureuse. Il montre aussi l'importance que peuvent avoir les changements alternés de climats. Mais, les méthodes modernes, chimiothérapie et biothérapie sont utiles ; par exemple, l'iode à haute dose associée à la silice et à la chaux et l'or colloïdal.

Les cholécystostomies. Considérations sur la technique de Victor Pauchet. — M. Luquet fait un rapport sur une communication de M. Doelindo A. Pasqualis (de Buenos-Aires) qui préconise vivement cette opération et cite à l'appui une observation d'une malade qui, opérée d'urgence pour cholécystite aiguë grave a guéri. Le rapporteur insiste sur ce fait que, dans les opérations sur les voies biliaires, il faut suivant les cas, savoir choisir celle qui convient : on pratiquera ou une cholécystectomie avec ou sans drainage des voies biliaires, ou une cholécystostomie ou même une simple cholécystotomie. Chaque opération a ses indications respectives.


ANŒSTRUS
ŒSTRUS

Ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie chez une enfant. Guérison sans intervention. — M. BARBARIN fait un rapport sur cette observation de M. Montant (de Paris). Une telle évolution de l'appendiculaire n'est pas exceptionnelle et, contrairement à une opinion très répandue, il semble que la guérison soit plus fréquente que la septicémie et l'infection ascendante. Dans le cas de l'auteur, une opération ultérieure montra que l'appendice avait complètement disparu.

M. LUYS communique le cas d'une perforation consécutive à un abcès appendiculaire où le diagnostic n'a pu être porté qu'après un examen cystoscopique.

M. LÉO cite l'observation suivante : au cours d'une intervention pour appendicite aiguë, on constate la présence d'œufs d'oxyures dans des scybales que contient l'abcès perforation vésicale ultérieure qui guérit sans intervention; plus tard, est expulsé par l'urètre un calcul vésical développé autour d'un œuf d'oxyure qu'on peut constater en son centre.

Sur le mercurochrome. — M, G. LÉO, à la suite des communications de Hugh H. Young, a employé ce produit comme antiseptique dans les abcès streptococciques, ou autres, sans anaérobies, avec de bons résultats. Il commente l'emploi du mercurochrome pour le badigeonnage de la peau, en remplacement de la teinture d'iode.

Traitement pratique du furoncle banal par la solution du mercurochrome. — M. G. LÉO.

De l'hémoculture positive avec staphylocoques. — M. G. LÉO.

Luxation irréductible du coude. Opération. Guérison. — M. MULLER.

Ankylose du coude par fragment épitrochléen enclavé depuis six mois et adhérent; intervention et restitution complète des mouvements. — M. MASSART communique cette observation dont le caractère spécial tient de ce que le fragment osseux qui était calé entre la gorge de la trochlée et le cubitus avait contracté une fusion osseuse complète avec ces deux os et créait ainsi une ankylose. L'auteur a libéré cette ankylose par voie transolécranienne et a pu obtenir une mobilité complète de l'articulation grâce à la mobilisation précoce et à des soins post-opératoires sur lesquels il insiste : électrisation, ionisation et diathermie.

M. MAYET, dans la voie trans-olécranienne, préfère l'incision convexe en haut circonscrivant l'olécrane dans sa courbure; cette incision permet de voir immédiatement le cubital et de le préserver facilement.

M. TRÈVES, dans le cas communiqué par M. Massart, aurait fait d'abord une arthrotomie latérale interne et ne l'aurait complétée par une trans-olécranienne qu'en cas de difficultés dans le traitement des lésions.

Cancer du col utérin. Curiethérapie. Guérison locale. Métastase vertébrale. — M. BRESSOT (de Constantine).

Elections. — Ont été nommés : 1° Membres correspondants nationaux : MM. Le Moine (de Brive) et Ebrard (de Trouville).

2° Membre correspondant étranger : M. R. Soutter (de Boston).

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1929)

Un cas de tétanos céphalique guéri par sérothérapie locale, régionale et générale. Rétraction consécutive des muscles masticateurs *(Présentations de malades)*. — MM. Jean WEILL et Lucien LEBOURG présentent un malade atteint, dix jours après une blessure de la joue, de tétanos céphalique non paralytique. Pendant la période aiguë, les auteurs pratiquèrent, suivant la technique de Bercher dans les anesthésies dentaires, des injections régionales de sérum au voisinage des nerfs masticateurs, par l'échancrure sigmoïde. Celles-ci calmaient pour plusieurs heures les paroxysmes douloureux. En outre, sérothérapie locale dans la plaie cicatrisée et sérothérapie massive sous-cutanée et intra-musculaire. Guérison. Rétraction consécutive des masticateurs, améliorée par la mécanothérapie.

MM. CHOMPRET et DECHAUME présentent une observation de traitement chirurgical de dents incluses.

Un cas d'actinomycose traité par la radiothérapie. — MM. DECHAUME et KERBOUL.

A propos d'un cas d'actinomycose cervico-faciale. Indications du traitement radiothérapique. — MM. LATTES et STUHL. Les auteurs ont obtenu de bons résultats après l'échec de l'iodure. Ils préconisent l'application des rayons à doses faibles en séances rapprochées.

Folliculite expulsive d'une dent de sagesse inférieure. — M. L'HIRONDEL.

Mortifications pulpaires multiples postgrippales chez une hémogénique. — MM. CHOMPRET, DECHAUME et LANDAIS. Les auteurs incriminent les troubles de la crase sanguine dans la pathogénie de certaines mortifications pulpaires sans carie.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie des os et des articulations des membres (1), par P. LECÈNE, avec la collaboration de P. HUET.

Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous avons lu la dernière œuvre de Lecène, car ce livre, comme tout ce qui sortait de la plume de Lecène, est vivant, parlé plus qu'écrit. Nous croyions à chaque instant entendre celui qui vient d'être enlevé si brutalement à notre affection et à notre admiration. Ce livre porte bien le cachet du disparu, c'est avant tout une œuvre de clarté et de sincérité. C'est pourquoi, bien que Lecène ne fût pas spécialisé dans la chirurgie osseuse et articulaire, elle sera lue, étudiée par tous les chirurgiens, étudiants, par tous ceux qui veulent s'instruire dans cette branche de la médecine.

Ils verront avec quelle minutie est traité, exposé, discuté, le sujet si complexe et encore si controversé du traitement opératoire des fractures.

Après ce gros chapitre, on trouvera l'exposé du traitement chirurgical des ostéomyélites, des tumeurs et des lésions dystrophiques des os. On lira avec grand profit le chapitre sur l'osteitis fibrosa, les kystes non parasitaires, les tumeurs à myéloplaxes, les tumeurs bénignes et malignes des os sujets où Lecène avait acquis une compétence incontestée, presque toutes les pièces opératoires de ces affections venant aboutir à son laboratoire.

Ensuite vient le gros chapitre des plaies articulaires, arthrotomies, traitement des ankyloses, et, plus bref, celui du traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires.

Le chapitre suivant traite des amputations et désarticulations des membres. Avec sa lumineuse clarté, Lecène montre combien la médecine opératoire du vivant diffère de celle du cadavre, et combien le chirurgien doit simplifier le choix des méthodes opératoires.

Le chapitre se termine par des notions d'appareillage des

(1) In-8 cartonné de 592 pages et 337 figures. — Paris, Masson et Cie.

amputés inspirées par Ducroquet, cet autre grand disparu.

Puis viennent les résections articulaires et osseuses typiques.

L'ouvrage se termine par le traitement chirurgical des déformations osseuses et articulaires acquises ou congénitales des membres, où se trouve résumées, en une mise au point très nette, les principales indications opératoires de la chirurgie orthopédique.

En fermant le livre, on ne peut s'empêcher d'être saisi d'un immense désespoir en mesurant l'étendue de la perte que vient de faire la chirurgie française, et même la chirurgie tout court.

M. LANCE.

INFORMATIONS

(SUITE)

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — M. le médecin lieutenant-colonel Peyrot.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Blot, Mathis, Bernoud.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Le Gallen, Morin, Simon, Ponsan.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Rives, Gillier, Piloz.

LE CARNET DE SANTÉ POUR LES ÉLÈVES DES LYCÉES. — M. Charléty, recteur de l'Université de Paris, vient de décider la création pour les lycées de Paris d'un carnet de santé permettant d'exercer une surveillance méthodique sur le développement des enfants et leur état de santé. Ce carnet sera mis à l'essai cette année dans les classes élémentaires.

On ne saurait trop féliciter l'éminent recteur de son initiative.

CENTRE PROPHYLACTIQUE DE LA RÉGION DE SAINT-DENIS. — Le dimanche 26 janvier, à 10 h. du matin, aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, l'inauguration du pavillon destiné au Centre prophylactique de la région de Saint-Denis.

CRÉATION D'UN HOSPICE. — Un décret en date du 12 janvier a autorisé la création d'un hospice dans la commune de Meursault (Côte-d'Or).

ASSOCIATION GUILLAUME BUDÉ. — CROISIÈRE EN GRÈCE. — Date du départ : entre le 12 et le 16 avril 1930 de façon à assister aux fêtes magnifiques de Delphes organisées spécialement à l'occasion du centenaire de l'indépendance hellénique.

Prix de la place. — Cabine intérieure à 3 places, 4.150 fr.; cabine extérieure à 4 places, 4.225 fr.; cabine extérieure à 3 places, 4350 fr.; cabine intérieure à 2 places, 4.400 fr.; cabine extérieure à 2 places, 4.750 fr.

Il n'existe pas de cabine à une place. On peut réserver une cabine à 3 places pour deux, en payant les trois places, moins 500 francs, c'est-à-dire : 12.675 — 500 = 12.175 fr.

Les prix donnés ci-dessus couvrent tous les frais de voyage (Marseille à Marseille) : nourriture y compris le vin, autocars, chemin de fer, etc.

Ne sont pas compris dans les prix donnés : 1° les pourboires, les frais de batellerie du bord au quai pendant le séjour à Athènes (service assuré et organisé, coûtant environ 35 francs pour tout le séjour);

2° Les repas à Athènes. Cependant les voyageurs pourront

déjeuner et dîner pour la somme de 40 francs (pourboire compris) dans un des meilleurs restaurants d'Athènes.

Cette croisière est offerte aux membres de l'Association Guillaume Budé (dames et messieurs), à leur famille, à leurs amis et aux amis de la culture classique. La croisière sera accompagnée par un conférencier compétent.

Arrhes. — Premier versement de 1.000 fr. le 15 janvier 1930; deuxième versement de 1.000 fr. le 1er février 1930; reliquat à verser quinze jours avant le départ.

Trois photos demandées pour le passeport. Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE (Paris, 20-25 juillet 1930). — Président d'honneur : M. le docteur Roux; président : M. le professeur BORDET. — Le premier Congrès international de microbiologie, organisé par la Société internationale de microbiologie, se tiendra à Paris, à l'Institut Pasteur et au Palais des Congrès, du 20 au 25 juillet 1930.

Programme. — RAPPORTS. — Les rapporteurs dont les noms sont en italique ont déjà accepté; les autres n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

PREMIÈRE SECTION. — *Microbiologie médicale et vétérinaire*. — 1. Variabilité microbienne; phénomènes lytiques. Rapporteurs : MM. *J. Bordet*, D'HÉRELLE, LEDINGHAM, *Max Neisser*, IWORT.

2. Scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique). Rapporteurs : MM. *Cantacuzène*, *Debré*, DICK, *Dochez*, *Friedemann*, *Teissier*, *Zlatogoroff;*

3. Eléments filtrables des virus neurotropes (épidémiologie, thérapeutique). Rapporteurs : MM. *Doerr*, FLEXNER ou RIVERS, *Levaditi*, *Netter*.

4. Fièvre ondulante et avortement épizootique. Rapporteurs : MM. *Kling*, *Rinjard*, Th. SMITH, T. *G. Vernoni*, WRIGHT.

5. Pathogénie du choléra. Rapporteurs : MM. KITASHIMA, *Sanarelli*.

6. Grippe (étiologie). Rapporteur : M. *R. Pfeiffer*.

DEUXIÈME SECTION : *Sérologie et immunité*. — 1. Lipoïdes dans l'immunité. Rapporteurs : MM. *Belfanti*, *Sachs*.

2. Culture des tissus. Rapporteurs : MM. *Canti*, *Carrel*, *Fischer*. *Warburg*.

3. Groupes sanguins. Rapporteurs : MM. *Hirszfeld*, *Landsteiner*, *Lattès*.

TROISIÈME SECTION : *Botanique et parasitologie*. — 1. La décomposition du squelette végétal dans le sol et la formation de la matière humique. Rapporteur : M. *Winogradsky*.

2. Immunité chez les plantes. Rapporteur : M. *Carbone*.

3. Spirochétoses d'origine hydrique. Rapporteurs : MM. BUCHANAN, *Uhlenhuth*.

4. Spirochétoses sanguines (tiques et poux). Rapporteur : M. *Ch. Nicolle*.

5. Bartonelloses et infections sanguines des animaux splénectomisés. Rapporteur : M. Martin MAYER.

CONFÉRENCES ET DÉMONSTRATIONS AU LABORATOIRE. — Conférence sur un sujet d'épidémiologie : M. S. FLEXNER.

Tuberculose et vaccination antituberculeuse : M. *Calmette* et ses collaborateurs.

Floculation des sérums thérapeutiques. Vaccination antidiphtérique : MM. *Ramon*, *Park*, WARDSWORTH.

Bactériologie médicale : MM. *Vincent* (Collège de France).

Biologie : M. *Fauré-Frémiet* (Collège de France).

Conférences et démonstrations de bactériologie médicale : M. *Lemierre* et ses collaborateurs (Faculté de médecine).

Syphilis expérimentale et immunité : M. *Kolle*.

Culture des tissus et des tumeurs : MM. *Borrel*, *Canti*, *Fisher*.

Spirochétose ictérohémorragique : M. INADA.

Fièvre jaune : MM. ARAGAO, HINDLE, HUDSON, *Marchoux*, *Pettit*.

Paludisme : M. le colonel RUSSELL.

Culture des protozoaires et physiologie des protozoaires en culture pure : M. *Mesnil* et ses collaborateurs.

Bilharziose, culture de trypanosomes, d'amibes et d'helminthes. Mycologie : M. *Brumpt* et ses collaborateurs (Faculté de médecine).

Sont en outre inscrits pour des démonstrations de parasitologie : MM. *Fülleborn*, *Nuttall*.

INSCRIPTIONS. — Les personnes qui désirent prendre part au Congrès devront quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (100 fr. français) au trésorier du Congrès : M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Compte postal n° 599; télégr. : Gemas-Paris-25.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au *15 juin 1930*.

Il n'est pas nécessaire, pour s'inscrire, de faire partie de la Société internationale de microbiologie.

Pour tous renseignements au sujet des communications, des réceptions et des excursions, s'adresser au secrétariat général. Pour les pays de langues latine et slave : R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris (XVe); pour les pays de langue allemande : professeur Gildemeister, Reichgesundheitsamte, Berlin (Dalhem); pour les pays de langue anglaise : docteur Harry Plotz, Institut Pasteur, Paris.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Moatti et Rossert, chefs de clinique, commencera le 3 février 1930, à 14 h., et continuera tous les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres). — SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. (Médecin chef de service : docteur Maurice Delort; médecin adjoint : docteur Maurice Renaudeaux.) — Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant pour une année. Entrée en fonctions : 1er mars.

L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois. Il est logé et nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 150 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital ses jours de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 10 février à M. le docteur Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles doivent comporter l'indication de tous les titres du candidat. Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel, à partir du 15 février. Les cinq premiers de cette liste seront appelés à se présenter dans le service par lettre individuelle.

Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément définitif du docteur Récamier, médecin chef de l'hôpital.

IL Y A CENT ANS. — *La répartition des services dans les hôpitaux de Paris* : « Le chirurgien d'un grand hôpital de Paris a refusé d'admettre dans son service deux internes : l'un parce qu'il est *trop petit*, l'autre parce qu'il *porte des lunettes!* ... ».

(Lancette française, *Gazette des hôpitaux*, 1830, n° 20).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Nouveau rapide entre Paris et la Côte d'Azur. — Un nouveau rapide de nuit de 1re et de 2e classe circule dans chaque sens entre Paris et Vintimille. Ce train comporte des lits-salons avec draps des lits-salons ordinaires et des couchettes.

Départ de Paris, 21 h. 30.

Arrivée à Avignon, 7 h. 59 ; à Marseille Saint-Charles, 10 h. ; à Toulon, 11 h. 28 ; à Cannes, 13 h. 46 ; à Nice, 14 h. 30 ; à Menton, 15 h. 30 ; à Vintimille, 15 h. 48. Wagon-restaurant d'Avignon à Vintimille.

En sens inverse :

Départ de Vintimille, 15 h. 35 ; de Menton, 15 h. 51 ; de Nice, 16 h. 30 ; de Cannes, 17 h. 29 ; de Toulon, 19 h. 41 ; de Marseille Saint-Charles, 21 h. 15.

Arrivée à Paris à 9 h. 55. Wagon-restaurant de Vintimille à Marseille.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Médecine.*) — *Jugement des mémoires.* — Séance du 18 janvier. — MM. Benoit, 18; Bize, 17; Cournand, 20; Delarue, 18; Dreyfus, 19; Oumansky et Poumailloux, 18; Puech et Salmon, 16; Wallich, 20.

Epreuve écrite anonyme. — Séance du 20 janvier. — Questions données : « Physiologie de l'hypophyse. — Anémie pernicieuse. »

MM. Dreyfus, 30; Wallich, 29; Cournaud, 28; Poumailloux, 29; Benoit, 28.

Séance du 22 janvier. — MM. Cournand, 18; Dreyfus, 20; Poumailloux, 19; Benoist et Wallich, 20.

Classement des candidats : MM. Wallich et Dreyfus, 69; Benoist, Poumailloux et Cournaud, 66.

(*Chirurgie.*) — *Jugement des mémoires.* — Séance du 13 janvier. — MM. Blondin, 18; Funck, 19; Laennec et Lecœur, 18.

Composition écrite. — Séance du 16 janvier. — Questions données : « Anatomie du muscle releveur de l'anus. — Symptômes et traitement des prolapsus utéro-vaginaux. »

Séance du 17 janvier. — MM. Blondin, 28; Funck, 26; Lecœur, 25.

Consultation écrite. — MM. Blondin, 19; Funck, 18; Lecœur, 20.

Classement des candidats : MM. Blondin, 65; Funck et Lecœur, 63.

Epreuve clinique anonyme (épreuve supplémentaire). — Séance du 20 janvier. — MM. Funck, 19; Lecœur, 18.

La médaille d'or est attribuée à M. Blondin; la médaille d'argent, à M. Funck; l'accessit, à M. Lecœur.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint s'ouvrira en avril 1930. Le siège du concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours avant le concours.

Le registre sera clos le 28 février 1930. Pour renseignements et inscriptions s'adresser au secrétariat des hospices, 12, rue de Montpellier, à Nîmes (Gard).

— Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint électro-radiologiste aura lieu en mars 1930.

Inscriptions avant le 31 janvier 1930, renseignements au secrétariat des hospices, 12, rue de Montpellier, à Nîmes (Gard).

HÔPITAUX COLONIAUX. — A la suite du concours ouvert pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux sont nommés « assistants des hôpitaux coloniaux » :

1° Pour la section bactériologie, le médecin capitaine Guilliny, de l'hôpital militaire de Fréjus; le médecin capitaine Blanc, du 22e d'infanterie coloniale.

2° Pour la section chirurgie, le médecin capitaine Roques, du 42e tirailleurs malgaches.

3° Pour la section médecine, le médecin capitaine Riou, du 21e d'infanterie coloniale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Les inscriptions au concours du second degré de l'agrégation de médecine — qui seront reçues au secrétariat de l'Académie — seront closes le 3 mars 1930.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Boutron, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

M. Rebillé, professeur suppléant de chimie, est maintenu dans ses fonctions, sans limite de temps.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a procédé le 20 janvier à l'élection d'un membre dans la section de chimie en remplacement de M. Moureu décédé.

Au second tour de scrutin, M. Delépine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine a été élu par 31 voix contre 20 à M. Lespieau et 1 bulletin blanc.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRIX DUBREUIL. — Le prix est décerné à MM. André Guibal et Louis Marchand, anciens internes des hôpitaux de Montpellier, pour leur mémoire intitulé : « L'Arthrodèse tibio-tarsienne ».

PRIX DUVAL-MARJOLIN. — Le prix est décerné à M. J.-L. Lapeyre, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, pour son travail intitulé : « Les cellulites ligneuses cervico-faciales ».

PRIX RICORD. — Le prix est décerné à MM. Jean Piquet et G. Cyssau, anciens internes des hôpitaux de Lille, pour leur mémoire sur « Les abcès chroniques primitifs des os. »

PRIX JULES-HENNEQUIN. — Le prix est décerné à M. Henri Fischer, assistant à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son travail sur « Les dystrophies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques ».

PRIX LE DENTU. — Le prix est décerné à l'interne, médaille d'or de chirurgie en 1929, M. Blondin.

GUERRE. — Troupes coloniales. (Réserve.)

M. le médecin colonel des troupes coloniales Lamy a été nommé au grade de médecin général et admis à la retraite le même jour. (*J. O.*, 7 janv. 1930.)

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Sont nommés membres de la Commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour 1930 :

MM. les docteurs Rieffel, Mauclaire, Maisonnet, Roederer, Ripert et Dettling.

TRIBUNAUX DES PENSIONS. — Sont nommés, pour l'année 1930 :

Membre du tribunal départemental des pensions de Rodez : M. Frédéric Bompaire, docteur en médecine à Millau.

Membres suppléants dudit Tribunal : MM. Bousquet et Carnus, docteurs en médecine à Rodez.

CONGRÈS. — A l'occasion du centenaire de l'indépendance de l'Uruguay un Congrès national de médecine aura lieu en octobre à Montevideo. Il sera présidé par le professeur Luis Morquio, le grand pédiatre, qui est, on le sait, correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE (Saint-Denis). — M. le docteur Oguse est nommé, par arrêté de M. le préfet de la Seine, médecin chef au dispensaire de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, à Saint-Denis (tél. 7-94).

Sont nommés : médecins assistants, MM. les docteurs Finot; Lefèvre (de Colombes); médecin radiologiste : M. le docteur Legoff; oto-rhino-laryngologiste, M. le docteur J.-P. Tissier.

MM. les médecins de Saint-Denis, Pierrefitte, Stains, Epinay, qui voudront bien y faire examiner leurs malades, recevront le plus bienveillant accueil.

POSTES. — Un concours pour une place de directeur de l'Office d'hygiène sociale de Tunisie sera ouvert dans la deuxième quinzaine de février. — S'adresser à la direction générale de l'intérieur à Tunis.

— Des postes de médecins de colonisation en Algérie sont vacants. Conditions : être docteur en médecine, Français, âgé de moins de 35 ans. Traitement : 15.000 à 25.000 fr., plus des indemnités. — S'adresser au gouvernement général de l'Algérie, service central de l'Assistance publique, 16, rue Lazerges, à Alger.

HÔPITAUX LAENNEC ET ENFANTS MALADES-NECKER. — Les docteurs Monthus et A. Cantonnet, ophtalmologistes de ces hôpitaux, font depuis le 5 janvier 1930, tous les dimanches du premier trimestre, des présentations de malades (consultation expliquée), avec la collaboration de MM. Favory, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu ; Besnard, Cadilhac, Fombeure, Martin, Filliozat, assistants de ces services.

Premier et troisième dimanches : hôpital des Enfants-Malades; deuxième et quatrième dimanches : hôpital Laennec, à 10 h. 1/2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Plouvier (d'Astres, Nord), Charles Polfliet (de Bruxelles), Giovanni Fiore (de Milan), Hermann L. Wichmann (de Saint-Louis, Missouri).

CHRONIQUE

UN CENTENAIRE DANS LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

En 1830, Lucas-Championnière fondait le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens.* A sa mort, en 1870, ses deux fils, Just et Paul, continuèrent l'œuvre paternelle. Paul y apportait toutes ses qualités de travail et de méthode, Just faisait de son côté œuvre de précurseur en publiant dans le journal, non seulement ses propres travaux, toujours originaux, et qui laisseront une trace si profonde dans l'histoire de la chirurgie, mais en faisant connaître au public français les plus grandes découvertes étrangères.

N'oublions pas que Just Lucas-Championnière, étant encore interne des hôpitaux, a été le premier disciple de Lister, il a été le premier à vulgariser en France sa méthode.

En 1913, au cours d'une séance de l'Académie des sciences, notre maître bien cher Just Lucas-Championnière était enlevé subitement. Paul Lucas-Championnière disparut à son tour en 1922. Les deux frères furent remplacés par leurs fils : Paul-Henri Lucas-Championnière, trop tôt enlevé lui aussi, et Just Lucas-Championnière fils.

Avec Maurice Viguerie, gendre de Lucas-Championnière, avec René Mignot, la rédaction actuelle du « Journal de Championnière » conserve l'activité, la haute tenue scientifique et morale qui lui ont fait une réputation mondiale.

De tout cœur, la *Gazette des hôpitaux* adresse aux continuateurs de Championnière ses félicitations et ses vœux les plus cordiaux.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES : 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP : 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES MENTAUX COMPORTANT DES RÉACTIONS DANGEREUSES

DIAGNOSTIC D'URGENCE

FORMALITÉS DE L'INTERNEMENT

PAR MM.

Henri DESOILLE et René SZUMLANSKI

Interne des hôpitaux de Paris. Interne des Asiles de la Seine.

Si le médecin praticien peut négliger l'étude approfondie de certaines spécialités compliquées, du moins il doit toujours savoir reconnaître les cas graves nécessitant une thérapeutique d'urgence. Nulle part peut-être la gravité n'est aussi grande qu'en psychiatrie, parce qu'on y risque non seulement la vie d'un malade qui peut se suicider, mais encore l'existence de son entourage, constitué en général par des sujets sains. Il est trop fréquent actuellement de lire à la rubrique des faits-divers qu'une femme, connue comme « neurasthénique », s'est suicidée après avoir tué ses enfants : un diagnostic correct, suivi d'une décision énergique, de la part du médecin traitant — s'il n'eût pas guéri la malade — eût pu du moins éviter la perte de toute une famille.

Nous voudrions exposer ici quels sont, au cours des affections mentales banales, les quelques signes capitaux qui montrent que le malade est dangereux pour lui ou pour les autres, et quelle est la conduite à tenir au point de vue pratique. Nous indiquerons soigneusement les difficultés qui peuvent surgir en clientèle de ville et quels sont les moyens de les éviter.

A aucun moment, nous ne discuterons l'étiologie des syndromes que nous décrirons. Il s'agira d'une description uniquement clinique, servant à poser le diagnostic d'urgence de malades dangereux dont il faut se protéger.

SIGNES CLINIQUES

I. Cas évidents : Le malade d'une façon manifeste a besoin d'une surveillance spéciale.

Il en est ainsi en cas d'agitation au cours d'*infections aiguës*, telles qu'une pneumonie ou un érysipèle ou dans certaines formes nerveuses d'*urémie*.

Il en est de même lorsqu'on se trouve appelé auprès d'un malade atteint de troubles mentaux évidents comme dans la *confusion mentale* (le malade ignore où il se trouve, la saison de l'année, son âge, il tient des propos incohérents); dans la *manie aiguë* (agitation désordonnée, accès de rire, chants, cris, discours exubérants), dans la *stupeur* (mutisme complet, absence de réactions à toutes les excitations extérieures), dans la *démence sénile* (vieillards agités, avec grosse déficience intellectuelle, pouvant faire des fugues ou se perdre dans la rue).

Dans l'*anorexie mentale*, qu'il s'agisse d'anorexie vraie (le malade n'éprouvant pas le désir de manger) ou de refus d'aliments (sitiophobie), la mort par inanition pouvant survenir, on est bien obligé de recourir à l'alimentation artificielle, après avoir éliminé toute cause digestive organique de l'anorexie.

Dans tous ces cas le praticien n'aura aucune difficulté à faire admettre soit un internement, soit une surveillance à domicile par un infirmier, soit une hospitalisation ordinaire dans l'hôpital de la circonscription. Ces deux derniers moyens seront d'ailleurs les plus indiqués parce qu'il s'agit souvent d'affections aiguës, qui peuvent céder relativement rapidement, et que pour une démence sénile peu marquée l'hospitalisation est le premier temps d'un placement définitif dans un asile de vieillards.

Quant aux *alcooliques*, ce sont des malades toujours dangereux, même lorsqu'ils sont sortis de l'état aigu, parce qu'il subsiste à l'état chronique un affaiblissement du sens moral et une tendance aux réactions coléreuses. Il est donc imprudent de les surveiller simplement pendant l'accès de délire aigu pour leur rendre toute liberté ensuite. D'autre part, la prophylaxie de ces accès aigus ne peut guère être obtenue qu'à l'asile parce que le malade y est soumis au régime et parce qu'il y comprend mieux la gravité de son état.

Aussi, conseillons-nous de profiter de l'accès de délire aigu pour interner plutôt que d'hospitaliser l'alcoolique. A ce moment tout le voisinage, qui a peur, soutient le médecin. Un internement, d'abord assez court, peut servir de leçon au malade. Si ce dernier récidive à la sortie de l'asile, le nouvel internement sera prolongé, et c'est alors au médecin traitant à expliquer à la famille le danger qu'elle courrait en voulant reprendre son malade trop tôt.

Les *autres toxicomanes* (morphinomanes, cocaïnomanes, etc.) ne peuvent évidemment être désintoxiqués qu'en service spécial ou en maison de santé fermée. Il faut savoir que certains d'entre eux peuvent être extrêmement dangereux (réactions agressives des cocaïnomanes et surtout des étheromanes, nettes au point que dans certaines armées, on dopait les soldats à l'éther avant de les envoyer à l'assaut).

II. Cas plus difficiles.

1° Délire de persécution. — Il en existe deux grands types :

A. Hallucinations que le malade croit être « des persécutions que lui font les voisins ». — Il s'agit de sujets en proie à des hallucinations auditives : ils entendent plus ou moins nettement des voix dire tout haut ce qu'eux-mêmes pensent (écho de la pensée), ils ont l'impression que ces voix leur donnent des ordres (idées d'influence) et qu'on s'empare de leur pensée (vol de la pensée). C'est l'*automatisme mental*. Souvent ils répondent à ces voix et il s'ensuit une sorte de dialogue. Peu à peu les voix deviennent menaçantes, injurient et prédisent la mort. Le malade, au bout d'un certain temps, croit reconnaître quelle est la personne qui lui parle, qui le menace et qui dirige la bande des personnalités menaçantes.

A ces hallucinations auditives se mêlent souvent

des troubles de la sensibilité générale : le malade a l'impression que ses aliments lui brûlent l'estomac, qu'on l'électrise la nuit et qu'on se livre à des attouchements sur ses organes génitaux.

B. Le malade interprète chaque événement comme dirigé contre lui (*syndrome paranoïaque*). — Ce sont en général des malades d'une intelligence normale, accomplissant régulièrement leur métier; aussi est-il difficile de faire admettre qu'ils sont délirants (le délire n'est pas l'affaiblissement de l'intelligence).

L'interprétateur n'altère presque jamais la vérité, mais il s'en sert pour étayer son système délirant. Ce dernier consistera, par exemple, à revendiquer un héritage, ou un brevet d'invention, ou une place, ou encore à déclarer qu'il est trompé par sa femme.

S'il a perdu son procès, c'est que les magistrats ont été achetés; s'il n'est pas monté en grade, c'est que son chef est jaloux de la supériorité de son sous-ordre; si sa femme semble aimante, c'est de l'hypocrisie. D'autre part, il se considère comme un individu supérieur et il est d'un orgueil extrême. Enfin il déclare que tout le monde s'occupe de lui. Dans la rue, il voit une allusion ou une moquerie dans chaque acte des passants : on se gratte le nez, on tire un mouchoir, autant de signes qu'il interprète qu'il incorpore à son système délirant et dont il fait une preuve. Il est intarissable dans ses revendications, multiplie les démarches, les procès, les espionnages et finit par imputer ses déboires successifs à un *complot*.

A partir de quand ces malades sont-ils dangereux?

Il existe quelques *questions repères* à poser. Mais auparavant, il importe de gagner la confiance de ces malades, méfiants et très réticents lorsqu'il s'agit d'interprétants.

Ce sont des malades qui se sont heurtés à des moqueries réelles de la part de l'entourage; on leur a répondu qu'ils mentaient ou qu'ils étaient fous. Le médecin a beau jeu pour gagner leur confiance en posant les questions comme si les voix étaient réelles ou comme si le complot existait (1). Il faut dire : « Vous parle-t-on la nuit, quand vous êtes seul?... Se moque-t-on de vous dans la rue?... Vous n'êtes pas la première personne qu'*ils* ennuient, que vous ont-ils fait à vous?..., etc. » Le sujet trouve ainsi enfin quelqu'un qui semble prendre sa défense; sa réticence diminue et il raconte un peu le complot dont il croit être la victime. Il faut alors pousser le malade, lui faire dire *qui* lui en veut. En effet, le système délirant est en quelque sorte *évolutif* et le malade le perfectionne peu à peu. Pendant un certain temps il ignore qui le persécute, il n'a que des soupçons, il hésite entre plusieurs personnes, puis sa conviction se précise sur une personne. *Dès ce moment, cette dernière est gravement menacée.* Il faut encore demander ce que le malade a fait pour se protéger : visites au commissariat, etc. et lui demander ce qu'il compte faire. Il ne dira d'ailleurs jamais ses intentions réelles menaçantes, mais ces questions servent à apprécier l'irritabilité du malade et sa conviction que les moyens légaux étant inopérants, il ne lui reste plus qu'à recourir au meurtre, dont il n'avouera jamais le projet, bien entendu. Il ne faut pas attendre cet aveu pour prendre la décision d'interner.

2° **Erotomanes.** — Ce sont aussi des interprétants, mais leur système délirant s'appuie en somme, sur l'idée que la personne qu'ils aiment les aime aussi *mais n'ose pas le dire.*

Ils poursuivent dans la rue la personne aimée (parfois leur médecin), vont la trouver chez elle, occasionnant du scandale; ils sont jaloux d'elle parfois au point de la tuer ou de tuer celui qu'ils considèrent comme leur rival.

Ces malades sont à interner sitôt le diagnostic posé. — Rien n'est plus faux que de les considérer comme de doux rêveurs parce qu'ils ont parfois une présentation humble et timide. En réalité, ils harcèlent la personne aimée et peuvent aller jusqu'au meurtre.

3° **Anxieux.** — L'angoisse se caractérise par un certain degré de désorientation et de confusion : malade allant et venant dans son appartement, se lamentant, sanglotant, se frappant la tête contre les murs, en proie à une douleur morale qu'il ne peut pas toujours expliquer nettement. Chez lui l'interrogatoire et l'examen révèleront une sensation de constriction thoracique, de la pâleur du visage, du tremblement, des sueurs, un pouls faible et rapide, une respiration superficielle et haletante.

Souvent tout ce qu'on peut tirer de ces malades, c'est qu'un malheur va leur arriver; parfois ils précisent qu'ils seront damnés ou qu'on va venir les guillotiner; ils s'accusent d'avoir commis divers méfaits : tué quelqu'un ou volé, et demandent qu'on les punisse (*auto-accusateurs*).

Une forme clinique particulière est réalisée par les *obsédés* et les *phobiques* : au moment des paroxysmes de leurs tentations ou de leurs craintes, ils traversent une véritable crise d'anxiété, analogue à celle que nous avons décrite ci-dessus et leur angoisse se trouve soulagée instantanément s'ils cèdent à leur obsession.

Dans certains cas, ces malades peuvent s'enfuir de chez eux, parfois à de grandes distances, ou au contraire ils se barricadent et se laissent véritablement assiéger.

Ces malades sont les plus dangereux de tous : au cours d'une de leurs crises ils sont capables non seulement de se suicider ou de tuer quelqu'un, mais de *massacrer toute une famille* : Telle femme va se jeter à l'eau avec ses trois enfants; telle autre se relève la nuit pour ouvrir le robinet du gaz et entraîne dans la mort sa mère, son mari, ses deux enfants et une domestique; telle autre met le feu à une maison, etc.

Il faut donc interner sitôt l'affection reconnue. C'est d'ailleurs dans ces cas que le médecin sera le moins compris par l'entourage, qui évoquera l'explication facile de « chagrins intimes » pour expliquer

(1) Tout en formulant des doutes lorsque des noms sont prononcés.

les troubles. Peu importe que le chagrin soit ou non la cause de la psychose si cette dernière est dangereuse.

Les difficultés sont d'ailleurs augmentées par le fait que les plus dangereux, parmi les anxieux, sont ceux qui ont conservé suffisamment de force pour dissimuler en partie leur état : ce sont eux qui préméditent leurs meurtres en faisant montre d'une résignation apparente.

4° **Certains épileptiques.** — Il n'est naturellement pas question d'interner l'épileptique banal, présentant une crise de temps en temps, ni celui qui a de petites absences. Par contre, lorsqu'entre les crises persistent des *troubles du caractère* (réactions coléreuses faciles et subites, affaiblissement intellectuel qui va progressant), il faut interner : ce sont ces malades qui ont des impulsions, telle cette domestique assomant sa patronne à coups de bûche. De même, lorsque le malade est sujet à des fugues, il doit être surveillé de très près. *Notons d'ailleurs que les cas d'épilepsie à placer dans un asile sont précisément ceux ou l'activité sociale du malade est devenue très réduite. Ces sujets sont pratiquement incapables de gagner leur vie et leur placement dans un service spécial est la meilleure façon de leur être utile.*

III. Cas très difficiles.

Dans certains cas le médecin traitant remarque chez un malade qu'il suit pour une affection somme toute banale (paralysie générale; encéphalite épidémique; enfant indocile, etc.), des réactions qui l'inquiètent, telles que des colères allant s'accentuant chez un encéphalitique. Dans ces cas qui peuvent être très difficiles, *le mieux est de suivre le malade en collaboration avec un service spécialisé*, où l'on pourra même parfois prendre le malade en observation pendant un court laps de temps, pour voir s'il peut être ensuite suivi en ville sans danger.

Pervers instinctifs. — Il est en effet très difficile de faire chez un enfant la part des choses : une fugue, un vol, la brutalité envers un animal peuvent n'être dans certains cas que des *enfantillages* et dans d'autres cas les signes d'une perversité grave au début, cette perversité pouvant donner lieu à des actes excessivement graves, comme chez cet enfant qui mit du verre pilé dans le biberon de son frère, ou chez ce vagabond de douze ans qui viola et assassina une fillette, ou chez cet autre qui alluma des incendies pour s'amuser.

Au cours des *encéphalites*, des troubles analogues peuvent apparaître et chaque cas mérite une discussion.

Déments précoces. — Généralement ce sont des sujets restant inertes dans leur coin et sans danger, mais il faut savoir qu'ils peuvent être soudain en proie à une impulsion difficilement prévisible et les faisant mettre le feu ou assomer quelqu'un; ils peuvent aussi se suicider.

Dans la PARALYSIE GÉNÉRALE, il ne faudra jamais laisser un malade seul (incendie, vente de meubles, dilapidation, etc.), mais le médecin traitant peut ne pas avoir l'autorité nécessaire pour faire accepter l'internement du malade, somme toute assez doux; d'autre part, depuis l'impaludation, on peut avoir à discuter si un paralytique général est réellement à même de reprendre sa vie normale.

Obsédés. — Certaines obsessions vraies sont très dangereuses, par exemple celle du coiffeur qui désire et craint à la fois de couper le cou d'un client. Mais ce sont des cas exceptionnels et le plus souvent le sujet qui vient se plaindre de pareils troubles est un mythomane peu dangereux.

Mélancoliques. — Entre les crises anxieuses, ce sont des malades que le médecin devra surveiller de près, parce qu'ils ont souvent des idées de suicide. Le danger, nous l'avons dit, augmente au moment de la crise anxieuse que l'on pourra parfois prévoir par l'étude suivie de leurs réactions vago-sympathiques et de l'alcalose.

Bourreaux familiaux. — Dans certains cas le « médecin de famille » connaît l'existence d'une personne terrorisant son entourage (grand-père au caractère irascible et vindicatif, amenant des brouilles entre ses enfants, empêchant des mariages, refusant son appui pour des raisons futiles). C'est ce qu'on nomme des bourreaux familiaux.

Dans les cas où la situation est vraiment grave (enfants forcés à quitter le foyer, etc.), nous croyons que le médecin de famille doit agir. Ce sont d'ailleurs des cas extrêmement difficiles, où l'on fera bien de s'entourer de multiples précautions (consultations, etc.), mais où parfois un internement peut sauver une famille de la débâcle.

Nous avons vu en somme que si bien des délirants aigus peuvent être soignés à l'hôpital ou dans leur famille, par contre les revendicateurs et les anxieux sont trop difficiles à surveiller et que leur internement est formellement indiqué. Entre ces deux catégories extrêmes, existent des cas d'espèce, où la décision à prendre pourra être discutée suivant les circonstances.

FORMALITÉS LORSQUE LE MALADE NE PEUT ETRE SOIGNÉ DANS SA FAMILLE OU A L'HOPITAL

I. **Placement volontaire.** — C'est l'internement consenti par la famille qui signe elle-même la demande d'admission. C'est évidemment le meilleur moyen en clientèle :

La *loi du 30 juin 1838* exige qu'on fournisse : 1° une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera.

2° Un certificat de médecin constatant l'état de la personne à placer.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il ne faut pas oublier en outre un certificat de domicile, ainsi que les pièces d'identité de la personne qui demande le placement.

Munie de ces papiers, la famille conduira son malade à l'Asile départemental (à Sainte-Anne pour la Seine), ou dans une maison de santé privée autorisée à recevoir des malades internés (1).

II. **Placement d'office.** — Lorsque le médecin se rend compte que la famille hésitera à signer elle-même, il rédigera un certificat de placement d'office, en en prévenant la famille. Ainsi il ne s'exposera pas à un refus embarrassant en proposant d'abord le placement volontaire.

Ce certificat sera porté au commissaire de police à Paris, au maire dans les autres communes. S'il est affirmatif sur le danger, le commissaire fera conduire le malade à l'Asile immédiatement; s'il est légèrement dubitatif, le médecin n'étant pas entièrement sûr et concluant simplement à la nécessité d'observer, le malade sera (à Paris seulement), dirigé sur l'*infirmerie spéciale de la préfecture de police*, dont les médecins prendront la responsabilité de l'internement, s'il y a lieu.

Le médecin doit savoir que l'autorité envoie dans ces cas de placement d'office un agent faire une enquête et que pratiquement tout le voisinage sera au courant de l'internement, alors qu'il n'en est pas prévenu en cas de placement volontaire ou d'hospitalisation en service ouvert.

III. **Services ouverts.** — Dans les cas difficiles, lorsque le malade est suffisamment docile pour se laisser conduire à une consultation spécialisée, on l'y adressera (2). A Paris, il existe des services spécialisés où les malades peuvent être hospitalisés sans être internés (3).

Il ne sera pas toujours impossible d'y conduire même les malades indociles, à condition de leur faire auparavant une injection sous-cutanée soit de somnifène, soit de morphine, soit de préférence de l'association morphine-scopolamine (sédol), qui ne donne pas les réactions désagréables de la morphine pure.

IV. Dans les hôpitaux de Paris, l'interne de garde n'est pas qualifié pour rédiger un certificat de placement, mais en cas d'urgence il peut signer le *transfert* à l'hôpital Henri-Rousselle (en prévenant ce dernier). Là, s'il y a lieu, sera signé l'internement.

* * *

Comment rédiger le certificat? — Il doit être rédigé sur papier timbré, sauf si la famille est indigente (on indiquera alors : *délivré à titre gratuit*). Il ne peut être signé que par un docteur en médecine ou son remplaçant *officiel*. Il ne doit pas exister de lien de parenté (jusqu'au second degré inclusivement) entre le médecin et les chefs ou propriétaires de l'établissement où l'on interne, ou la personne qui fera effectuer le placement. Le médecin ne doit pas davantage être attaché à l'établissement.

Le certificat n'est valable que pendant quinze jours. Dans les cas que nous avons en vue, il doit, bien entendu, être utilisé immédiatement.

Le certificat ne doit pas donner de renseignements sur les antécédents héréditaires et collatéraux (secret professionnel). Il doit énoncer ce qu'a constaté le médecin, qui n'a pas à employer de termes techniques ni à formuler de diagnostic précis. Les renseignements fournis par l'entourage seront rapportés en indiquant que : « Un tel dit que... » (1). Enfin il doit se terminer par la formule : « malade dangereux pour lui ou pour les autres, doit être placé dans un établissement spécial ». Copie en sera gardée par le médecin.

Enfin il faut toujours examiner le malade, c'est-à-dire au moins lui adresser la parole; en aucun cas, il ne suffira de l'avoir aperçu par une fenêtre ou entendu à travers une porte.

Mais, n'y aura-t-il pas violation du **secret professionnel** dans le cas de placement d'office où le médecin communique lui-même son certificat aux autorités? Non, en raison du danger réel et parfois imminent. « Si ce n'est pas le texte même de la loi de 1838 qui garde à ce sujet un silence regrettable, l'on peut penser avec la majorité des auteurs (Toulouse, Dupouy, etc.) que c'en est bien l'esprit... La loi du 30 novembre 1892 sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, l'article 30 du Code d'instruction criminelle (prescription de communiquer aux autorités les attentats en préparation dont on a connaissance) éclairent, ainsi que l'a montré Dupouy l'esprit du législateur. Outre plus, ce n'est qu'un secret professionnel élargi aux autorités responsables... Toujours est-il que ce ne peut être qu'une affaire de conscience individuelle » (2).

Cette satisfaction de sa propre conscience sera d'ailleurs parfois la seule récompense du praticien qui aura sauvé l'existence de plusieurs personnes sans que ces dernières s'en soient rendu compte ni même aient rien fait pour lui faciliter sa tâche.

(1) On en trouvera la liste dans la plupart des Annuaires médicaux.

(2) Un interprétant refusera souvent et l'on sera obligé de signer le placement d'office.

(3) Dans les hôpitaux : Pitié, Salpêtrière, Hôtel-Dieu, Saint-Antoine, etc., et rue Cabanis : le service du professeur Claude à Sainte-Anne, et l'hôpital Henri-Rousselle.

(1) Il est toujours bon de lier ainsi l'entourage en énonçant toutes les affirmations et en donnant les noms des personnes qui les ont faites. On leur fait ainsi en quelque sorte supporter une part de la responsabilité.

(2) J. Picard. Le placement des psychopathes, *La Vie médicale*, 10 déc. 1926.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Ligue médicale française contre le péril vénérien. La blennorragie. Ses dangers. Son importance sociale, par le docteur Jules Janet. Une brochure. — Prix : 3 fr. — Paris, L. P. V, 44, rue de Lisbonne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1930)

Action réciproque de la chloruration et de l'alcalinisation de l'organisme dans les maladies aiguës. — MM. Ch. ACHARD et M. ENACHESCO. A l'état normal la chloruration de l'organisme entraîne la désalcalinisation, et l'alcalinisation entraîne la déchloruration. Mais quand il y a une rétention pathologique de chlore, on peut alors chlorurer l'organisme sans le désalcaliniser et l'alcaliniser sans le déchlorurer.

Les choses semblent se passer comme si la rétention chlorurée dans les maladies aiguës était due à une affinité de l'organisme pour le chlore, et comme s'il était nécessaire que cette affinité fût saturée pour que la chloruration expérimentale entraînât ses effets habituels sur l'équilibre acido-basique. Quant au carbonate de soude, qui n'est pas retenu comme le chlore, il produit toujours son effet alcalinisant, mais n'entraîne pas de débâcle chlorurique, à moins que l'affinité de l'organisme pour le chlore ne soit assez faible.

Action de l'ouabaïne sur l'intestin « in situ ». — M. Raymond HAMET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1930)

Notice nécrologique. — M. Emile ROUX donne lecture d'une notice nécrologique sur Georges Clemenceau, membre libre de l'Académie.

Discours d'une très haute tenue, lu d'une voix très ferme, légèrement voilée par l'émotion et écoutée dans un silence religieux.

Après avoir rappelé l'ascendance médicale et terrienne de Clemenceau, M. Roux consacre une longue et bien intéressante étude à sa thèse de doctorat où l'on note déjà les tendances d'esprit qui se sont affirmées depuis et où l'on trouve surtout une précoce et remarquable formation du caractère.

De sa vie politique, M. Roux retient surtout ce qui intéresse la médecine : le passage de Clemenceau au Conseil municipal de Paris où il a pris une part active et bienfaisante au développement de l'hygiène urbaine, à l'étude des questions d'assistance et surtout de la protection de l'enfance.

Mais les heures angoissantes arrivent. Le vieux protestataire de 1871, dominé par ses deux passions : l'amour de la Patrie et l'amour de la République, répond à l'appel du chef de l'Etat. Sa volonté de fer, unie à celle de Foch, nous donne enfin la victoire.

L'Académie de médecine l'avait appelé à elle par acclamations. Il n'a jamais siégé. « Quand nous avons appris sa mort, ajoute M. Roux en terminant, nous avons eu l'impression que toute une épopée disparaissait avec lui. »

Les paroles de M. Roux ont été accueillies par de longs applaudissements.

La natalité à Madagascar. — M. le médecin général THIROUX, qui vient d'occuper pendant deux ans les fonctions de directeur de l'assistance médicale indigène, expose qu'on fait depuis de nombreuses années une erreur d'appréciation sur la natalité à Madagascar. Il a été écrit en 1913 que la natalité était telle que la population devait doubler en vingt ans. La population est stationnaire malgré trente ans d'efforts d'assistance médicale.

De cette situation, la mortalité et en particulier la mortalité infantile, n'est pas seule responsable. En étudiant soigneusement les statistiques, le docteur Thiroux a constaté que la natalité, élevée dans les villes, tombe immédiatement dans les campagnes à un chiffre souvent très bas. Elle ne dépasse pas, pour l'ensemble de Madagascar, 18 pour 1.000 habitants. La misère et la sous-alimentation dans les campagnes est la cause de dénatalité et de dépopulation la plus importante.

Le bon état des ouvriers employés sur les chantiers des travaux d'intérêt général, où ils sont bien nourris eux et leurs familles, contraste avec la misère des habitants des villages environnants ; d'où cette conséquence un peu inattendue que l'indigène, qui a pris l'habitude de se contenter d'une alimentation insuffisante dans les petits villages de brousse, apprend à manger sur les chantiers de la colonie.

D'autre part, les récents travaux qui ont été publiés sur les vitamines de reproduction donnent à penser que la qualité des aliments n'est peut-être pas indifférente à la question de la dépopulation de certaines régions, et M. Thiroux fait un curieux rapprochement entre la dénatalité humaine et les conditions de reproduction de certaines espèces d'animaux, les oiseaux et les insectes.

M. Thiroux estime que, en dehors des questions d'assistance qui permettent d'éviter les pertes par mortalité, il y a lieu de s'occuper avant tout d'augmenter la natalité, pour cela il faut alimenter les indigènes des campagnes et étudier quels sont dans cette alimentation les principes dont la carence peut diminuer la fécondité de la race.

Myasthénie et troubles végétatifs. — MM. MARINESCO, SAGER et KREINDLER ont étudié les réflexes vaso-moteurs des muscles à l'aide de la pléthysmographie chez le myasthénique, de même que la chronaxie avant et après la fatigue et la concentration en ions dans le sang et dans la circulation de retour du muscle. Leurs recherches les amènent à conclure qu'il existe dans la myasthénie un trouble des réflexes vaso-moteurs du muscle, un trouble de métabolisme musculaire et un trouble du système végétatif dans son entier.

Sur le mécanisme d'action d'une drogue végétale antidysentérique. — M. RAYMOND-HAMET communique le résultat de ses recherches sur l'uzara, racine d'une asclépiadacée africaine que les indigènes emploient comme antidysentérique et qui, pendant la guerre, a été utilisée comme telle par l'armée allemande. L'auteur montre que sur l'animal entier l'uzara relâche et arrête l'intestin, alors qu'au contraire il provoque une contraction violente de l'intestin extrait du corps et maintenu en survie. En employant une curieuse propriété de la spartéine, propriété récemment découverte par lui, M. Raymond-Hamet a pu montrer que ce singulier paradoxe pharmacologique s'explique par l'action de l'uzara sur les synapses du système nerveux végétatif.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1930)

Granulome malin à début pleurétique. — MM. Ch. ACHARD et A. ESCALIER présentent l'observation et les pièces anatomiques d'une malade ayant succombé à une granulomatose maligne. Ils insistent sur certains caractères particuliers : 1. le début par un épanchement pleural droit, séro-fibrineux, à formule lymphocytaire. Cet épanchement fut peu abondant, se tarit plus vite et ne se reproduisit pas ; 2. le prurit et l'éosinophilie furent légers et transitoires ; 3. des douleurs extrêmement vives à la partie supérieure du thorax, irradiant dans le cou et le bras droit, accompagnées de crises

dyspnéiques et en rapport avec le développement d'une adénopathie médiastinale, pouvaient seules, au début, attirer l'attention. Ils pensent, enfin, que le terme de granulomatose maligne convient mieux à ces états que celui de maladie de Hodgkin.

Cancer du pancréas à forme duodénale (syndrome de sténose sous-vatérienne). — MM. M. Bariéty, Pierre Augier et L. Sebilian rapportent l'observation d'un homme de soixante-cinq ans présentant des signes de sténose sous-vatérienne avec gros amaigrissement et asthénie progressive. Pensant à une obstruction de D3 par pédicule mésentérique, on l'opère et l'on établit une bouche anastomotique duodéno-jéjunale qui fonctionne parfaitement. Mais une septicémie streptococcique se déclare et amène la mort cinquante jours après l'opération. L'autopsie montre que la sténose duodénale était due en réalité à un cancer qui faisait adhérer l'angle duodéno-jéjunal au pancréas.

Néphrite avec hypochlorémie traitée par la chloruration. — M. Achard rapporte l'observation d'une femme de trente-sept ans atteinte de néphrite hématurique à poussées récidivantes à l'occasion d'angines répétées. On donna du chlorure de sodium par la bouche et en injections à la dose de 27 grammes pendant trois jours et de 12 grammes pendant trois autres jours. Dans cette deuxième phase de chloruration thérapeutique, la malade urina 20 litres, 122 gr. d'urée et 61 grammes de chlorure de sodium. Elle perdit 5 kilos. L'urée sanguine descendit à 1g24. La réserve alcaline monta à 49,5 et le chlore du sérum, dépassant la normale à 3g92. Le chlorure introduit, 117 grammes de sel, s'était en partie fixé dans l'organisme, et c'est seulement le dernier jour que l'élimination compensa l'introduction.

Dans ce cas, où la décapsulation du rein avait été envisagée à la phase anurique, l'effet thérapeutique de la chloruration a été considérable. Mais la malade garde sa néphrite et reste dans l'obligation de suivre un régime hypoazoté et modérément chloruré. La chloruration n'est pas un traitement de fond, mais un traitement d'urgence. Il est possible qu'elle ait agi en accroissant la diurèse et en facilitant ainsi l'élimination de l'urée en excès, au moment où le pouvoir concentrateur du rein était très affaibli.

Néphrite et hypochlorémie. — MM. Léon Blum et van Caulaert, à propos de la communication de MM. Rathery, Waitz et Mlle Levina, rappellent leurs travaux et précisent leur point de vue quant à la valeur du dosage du Cl. plasmatique, globulaire et rachidien.

Ils signalent qu'on ne saurait admettre certaines valeurs du Cl. rachidien publiées par M. Rathery et ses collaborateurs; il est en effet impossible, en vertu de la loi de l'équilibre de Donnan, que le Cl rachidien soit inférieur au Cl plasmatique.

M. Rathery considère comme pure hypothèse de douter de la valeur d'un chiffre quand il va à l'encontre d'une théorie.

Syndrome rhumatismal et adénopathique atteignant les membres inférieurs; forme atténuée de la maladie de Chauffard-Still. — MM. P. Chevallier et Heuyer citent un cas chez un homme de vingt-neuf ans.

M. Debré cite un cas ayant évolué avec une endocardite du type Osler. L'auteur pense qu'il s'agit d'une entité morbide à germe indéterminé.

Syphilis et transfusion sanguine. — MM. Aubertin et Fleury rapportent un cas.

Le traitement de la recto-colite hémorragique par la méthode de Whipple. — MM. Cain et Lièvre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance annuelle du 15 janvier 1930)

Discours de M. Cunéo, président sortant.

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1929, par M. Cadenat, secrétaire annuel.

Eloge de M. Adolphe Jalaguier. par Paul Lecène, secrétaire général.

Prix décernés par la Société pour l'année 1929. (Voir aux « Informations », p. 122.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 13 décembre 1929)

A propos du traitement des tuberculoses externes. — M. Roederer rappelle qu'on ne peut établir de règle générale, car rien n'est aussi différent du traitement d'une tuberculose ganglionnaire ou d'une tuberculose du premier âge qu'une tuberculose ostéo-articulaire des membres. Au noli me tangere chirurgical, se sont substituées de nouvelles habitudes opératoires qui sont légitimes quand les indications sont bien établies. Quant au « noli me tangere » thérapeutique, il représente une grosse erreur; le climat et la cure marine ne représentent pas toute la thérapeutique générale souhaitable. L'iode local ou à très hautes doses, l'antigène méthylique et l'or colloïdal ont donné des résultats tellement satisfaisants que l'auteur croit devoir les signaler dans de très nombreux cas.

Hommage à Georges Clemenceau. — En ouvrant la séance, le président, M. René Gaultier évoque la mémoire Georges Clemenceau, président d'honneur de la Société, en citant la préface de sa thèse sur la « génération des éléments anatomiques » où il s'exprime ainsi : *Je rassemble des faits. Les opinions que j'exprimerai n'engagent que moi. Je ne les ai point parce que j'ai fait ce travail; j'ai fait ce travail parce que je les avais.* Cette phrase, concise comme à l'emporte-pièce, du Clemenceau médecin de 1865, n'évoque-t-elle pas le caractère du Clemenceau conducteur d'hommes qui, en 1917, dans un jour de patriotisme farouche, lança le cri qui l'immortalisera : « Je fais la guerre. » (La séance est suspendue en signe de deuil.)

Indications et technique de la transfusion sanguine. — M. Dupuy de Frenelle préconise l'injection intraveineuse de 800 à 1.000 grammes de sérum glucosé dans lequel on ajoute 200 à 300 grammes de sang. Il insiste sur l'importance qu'il y a à ne pas attendre le prélude de l'agonie pour pratiquer la transfusion sanguine. Il donne les signes indicateurs sur lesquels on doit se baser. Ces signes sont surtout basés sur l'étude de la pression sanguine. Ce n'est que dans les cas où le malade est mis en danger immédiat de mort par une hémorragie très abondante que la transfusion d'une grande quantité de sang pur paraît nécessaire.

Projection d'un film sur la transfusion du sang. — M. Bécart.

M. Victor Pauchet apporte une contribution personnelle à la question de l'endocrinothérapie chirurgicale, à point de départ sexuel actuellement à l'ordre du jour. Dans cette question du **Rajeunissement par sympathicectomie chimique des glandes sexuelles**, par analogie avec les travaux de Leriche, sur la sympathicectomie des membres, Doppler (de Vienne) a conseillé la suppression des filets sympathiques à l'aide de l'acide iso-phénique. En détruisant les filets sympathiques des vaisseaux correspondant aux organes génitaux, on provoque chez ceux-ci une sorte de congestion passive

qui, non seulement, agit sur les glandes sexuelles intéressées, mais aussi se communique à toutes les endocrines en général. Or, exciter les endocrines correspond à rajeunir le sujet.

L'auteur cite trois cas très typiques à ce point de vue.

Traitement des blessures de la face. — M. PETIT DE LA VILLÉON expose, d'après sa pratique, le meilleur traitement des blessures accidentelles de la face. D'abord, jamais d'épluchage, sutures au fil de lin avec une aiguille intestinale, par exemple celle de Lane. Les points séparés sont enlevés tôt. Aucun pansement. Exposition à l'air et attouchement à l'alcool iodé. Cette technique des accidents peut être employée par tout médecin, en tous lieux.

Renouvellement du bureau. — Président pour l'année 1930 : M. Lavenant; vice-présidents : MM. Lobligeois, Pauchet, Blondin; secrétaire général : M. Bécart.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1929)

A propos du traitement des tuberculoses osseuses. — M. TRÈVES associe toujours l'immobilisation et l'héliothérapie sur l'importance de laquelle il insiste. Pas de plâtre dans le mal de Pott, sauf pour les maux cervicaux ou sous-occipitaux. Plâtre dans toutes les autres tuberculoses osseuses. Dans les abcès et les adénites suppurées, l'auteur ponctionne sans injecter de liquides modificateurs. Quant aux interventions chirurgicales, elles doivent être employées exceptionnellement, surtout chez les enfants.

Ouverture dans la vessie des abcès appendiculaires. — M. R. MASSART insiste sur la gravité des phénomènes généraux et locaux, sur les caractères spéciaux de la pyurie, et croit à la nécessité de faire un examen cystoscopique avant d'intervenir secondairement sur l'appendice. Les amputations spontanées de l'appendice laissent dans l'abdomen un organe dangereux qu'on doit rechercher et enlever.

Invagination aiguë cæco-colique chez un enfant de dix mois. Intervention à la fin du troisième jour. Guérison. — M. BARBET fait un rapport sur ce cas opéré par M. Mesnager (de Châlons-sur-Marne) trois jours après le début des accidents. Des invaginations par expression et guérison sans complications. Le rapporteur insiste sur la nécessité de faire une suture abdominale en un plan avec des fils non résorbables.

Invagination aiguë rétrograde du grêle chez l'adulte. — M. LANOS fait un rapport sur l'observation de M. Mesnager (de Châlons-sur-Marne) : jeune fille de seize ans présentant une occlusion intestinale aiguë avec grave atteinte de l'état général ; l'opération montre une invagination de type rétrograde ou ascendant, siégeant à 1 mètre de l'angle duodéno-jéjunal et dans laquelle 80 centimètres d'intestin sont « télescopés ». Malgré la désinvagination, la malade succombe.

Ablation d'une épingle de nourrice ouverte dans le duodénum d'un nourrisson de trois mois. Guérison. — M. MAYET présente une observation de M. Montant (de Paris) concernant une épingle de nourrice ouverte dans le duodénum d'un nourrisson de trois mois. Ablation. Guérison rapide.

Localisation exceptionnelle d'un épithélioma spino-cellulaire. — M. LE GAC fait un rapport sur une observation de MM. Trajan Graesco et Aurel Dragos (de Galatz, Roumanie). Il s'agit d'une tumeur constatée dès la naissance, lisse, non ulcérée, mobile et sans adhérences. Ablation à l'âge de vingt-sept ans. L'examen microscopique, véritable surprise, montre un épithélioma spino-cellulaire. On peut admettre qu'il y a eu dégénérescence secondaire.

Un cas de corps étranger (épingle de sûreté) dégluti par une enfant de dix mois. — M. LANOS communique le cas d'une grande épingle de sûreté avalée par une enfant de dix mois, et qu'il a enlevée par gastrotomie. L'épingle séjourna sept heures dans l'œsophage : une œsophagoscopie montra qu'elle venait de passer dans l'estomac. Craignant des accidents, au cours d'une migration spontanée, l'auteur fit une gastrotomie immédiate qui permit de retirer l'épingle. Guérison.

Cancer du médiastin. — M. PETIT DE LA VILLÉON communique l'observation d'un cas de tumeur néoplasique du médiastin postérieur, sur lequel il tenta l'opération. Malgré un traitement par la radiothérapie profonde, le néoplasme ne fit que progresser pendant que s'accentuait un tableau clinique angoissant où prédominaient la dysphagie et des douleurs intolérables. Volet thoracique de Fontan. Exérèse impossible. Le malade succomba un mois et demi plus tard.

Grossesse avec deux crises d'appendicite. Opération. Guérison. Accouchement à terme. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation d'une femme de vingt-quatre ans, secondipare, qui présenta une première crise d'appendicite au sixième mois, crise traitée par la glace et refroidie ; puis une seconde crise, vers six mois et demi, traitée de même, mais sans obtenir une sédation notable des douleurs. On intervient par une incision un peu plus haute que normalement. On trouve le cæcum et l'épiploon accolés à la partie droite du fond de l'utérus. Un abcès pré-cæcal est rompu. Appendicectomie sans enfouissement. Drainage. Cicatrisation complète en moins d'un mois. Accouchement normal au terme de la grossesse. Suites de couches simples.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1929)

Un cas d'exencéphalie (variété notencéphale). (*Présentation de pièce.*) — M. P. HENRIET et Mme LONJON.

Anophtalmie bilatérale chez un nouveau-né. — MM. J. COLL DE CARRERA, H. VIALLEFONT et Mme P. LONJON. Enfant né à terme, avec une anophtalmie bilatérale, sans autre malformation, qui meurt de gastro-entérite à sept semaines.

L'autopsie montre une absence de nerf optique, de chiasma, de bandelette, ainsi que de moteur oculaire commun.

La réaction de Wassermann est fortement positive chez lui, et chez la mère, dont la grossesse a été marquée par des troubles d'intoxication gravidique et des troubles psychiques.

La radiographie montre une légère diminution des cavités orbitaires.

Adénite tuberculeuse du creux de l'aisseelle chez un homme de soixante-dix-sept ans. — M. H. ESTOR a observé un cas d'adénite tuberculeuse du creux de l'aisselle évoluant chez un vieillard de soixante-dix-sept ans.

Le diagnostic clinique porté avant l'intervention était : kyste sébacé suppuré.

L'examen macroscopique confirmé par l'étude histologique de la pièce opératoire montra qu'il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire typique.

A propos de ce cas, l'auteur rappelle qu'il est tout à fait exceptionnel d'observer la tuberculose ganglionnaire primitive après soixante ans. Il signale en outre la rareté relative du siège axillaire de ces adénopathies ainsi que les difficultés de leur exérèse chirurgicale.

Sur l'activité musculaire. — M. P. Amans examine un travail récent publié dans le *Bulletin de la Société de biologie* (« Mesure de la puissance des grands pectoraux », par M. Chapeaux). L'effort maximum simultané des deux ailes d'un pigeon est intéressant à connaître mais l'équation de la puissance est répréhensible; elle est basée sur la définition classique du travail et cette définition est inapplicable à la somme des travaux élémentaires du battement d'ailes.

L'équation de M. Chapeaux donne un chiffre de puissance exagéré, si on le compare à celui des performances athlétiques et même du cœur. L'auteur a fait un rapprochement des ailes battantes avec les pales d'un hélicoptère sans prendre garde que le rendement de celles-ci est une fonction hyperbolique de la vitesse périphérique ainsi que M. Amans l'a démontré. (Ac. Paris, nov. 1919, et Ac. Montpellier, 1922.)

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1929)

Hémicolectomie droite pour tumeur maligne de l'angle droit du colon. Guérison prolongée. — M. C. Lapeyre présente, en excellente santé, et sans aucune trace clinique de récidive, un homme de cinquante-cinq ans, chez lequel il a pratiqué en octobre 1917, il y a plus de douze ans, une hémicolectomie droite en un temps pour une tumeur maligne de l'angle droit du colon.

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1929)

Appendicite et kyste de l'ovaire. — MM. V. Riche, G. Fayot et G. Laux présentent l'observation d'une malade qui fut opérée une première fois sur le diagnostic d'appendicite chronique et subit l'appendicectomie. Quatre mois après, les troubles ayant persisté, une laparotomie médiane montre de très importantes lésions génitales : kyste de l'ovaire et double pyosalpinx qui avaient complètement échappé aux premiers opérateurs. Ils soulignent à ce propos la nécessité d'une longue incision pour l'appendicectomie chez la femme.

Calcul du canal de Wharton. (*Présentation de pièces.*) — M. N.-C. Lapeyre.

Ophtalmoplégie interne totale bilatérale d'origine vraisemblablement diphtérique. — M. H. Viallefont a observé une paralysie de l'accommodation avec paralysie du sphincter pupillaire, après une angine discrète; il croit à l'origine diphtérique de cette ophtalmoplégie qu'il ne peut expliquer autrement et qui est apparue, a évolué et guéri comme une paralysie diphtérique. Il pense que devant une ophtalmoplégie interne totale on ne doit pas éliminer systématiquement — comme c'est l'opinion classique — l'étiologie diphtérique.

A propos des tumeurs du rein et de leur diagnostic pyélographique. — M. E. Truc rapporte le cas d'un malade qui présentait comme seul symptôme des hématuries. Il n'existait pas de calcul radiographiquement décelable. Deux séparations des urines faites à deux mois de distance montrèrent que le rein gauche devenait très déficient. Une pyélographie décela un bassinet volumineux, des calices inférieur et moyen normaux. Le calice supérieur n'était visible qu'à son abouchement dans le bassinet. L'uretère était dilaté, sinueux; il existait un reflux urétéro-vésical important. Le diagnostic porté fut celui de tumeur du pôle supérieur du rein. L'intervention confirma cette hypothèse. La néphrectomie une fois pratiquée, une nouvelle pyélographie de la pièce permit de

constater que le calice supérieur existait, son collet était comprimé par une tumeur ovoïde qui le repoussait en dedans. Il s'agissait d'un hypernéphrome du pôle supérieur.

L'auteur insiste sur la nécessité de faire pyélographier tout malade qui a des hématuries dont l'origine n'est ni tuberculeuse ni lithiasique. Ainsi pourra-t-on faire un diagnostic précoce des tumeurs du rein et pratiquer un traitement qui aura quelque efficacité.

Gros calcul du bassinet. Extraction par pyélotomie. Guérison rapide. — MM. E. Truc et P. Rimbaud.

A propos du traitement chirurgical de la constipation chronique. Un cas de plicature du cæcum. — M. L. Marchand rappelle les différents moyens chirurgicaux mis en œuvre vis-à-vis de la constipation chronique, et à propos d'un sujet jeune guéri par la cæcoplicature retrace les indications spéciales de cette intervention.

Trois observations de formes larvées d'abcès appendiculaire apyrétique. — M. L. Marchand.

Péritonite tuberculeuse révélée par une crise aiguë. Traitement par la créosote et le naphtol camphré. — MM. E. Forgue, M. Lapeyrie et P. Lonjon. Il s'agit d'une péritonite tuberculeuse chez une fillette de quinze ans, révélée par des symptômes de péritonite aiguë grave rapidement croissants depuis quatre jours, après un début brusque.

Intervention d'urgence discutée, puis éloignée. Amélioration puis disparition du tableau clinique grave en trois semaines. Persistance du ballonnement et surtout d'un empâtement abdominal très marqué. Après disparition des phénomènes aigus, application quotidienne de pommade créosotée (créosote, 1 gramme; lanoline, 25 grammes) sur l'abdomen et suppositoire biquotidien avec naphtol camphré 0,15 et tannin 0,25.

En quinze jours disparition presque totale des symptômes abdominaux objectifs. Huit jours après l'abdomen est absolument normal.

Cette méthode pratiquée dans certains cas depuis longtemps par le professeur Forgue a été suivie par Grasset.

Essai de traitement du pyothorax tuberculeux par les injections intrapleurales de sanocrysine. — M. R. Amat (de Saint-Jodard).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 27 janvier. — Jury : MM. M. Labbé, président; Brumpt, Lemierre et L. Lavastine. — M. Savouré. Enquête sur le paludisme en Corse. — M. Dreyfus, L'hyperthyroïdisme et son traitement. — M. Duhamel. Essai sur le rôle des éléments paranoïaques dans la genèse des idées révolutionnaires.

Mardi 28 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président; J. Faure, Gougerot et Sergent. — M. Oumansky. Adénites bacillifères curables. — M. Antebi. Le sérum activé de génisse. — M. Schatz. Traitement des affections du col utérin. — Mlle Swirsky. L'apoplexie séreuse. — M. Soteriou. Etude de la filtrabilité du bacille tuberculeux.

Mercredi 29 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Lemierre, Dechambre, Moussu et Panisset. — M. Denis. Production animale dans la Somme. — M. Lebloud. Gangrènes gazeuses chez les bovins.

Jeudi 30 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président; Dechambre et Moussu. — M. Avignon. Nécessité d'améliorer l'hygiène de l'habitation des animaux.

LIVRES NOUVEAUX

L'infarctus du myocarde. Etude clinique et électrocardiographique (1), par A. Boucomont (de Royat).

Cette importante étude met bien au point nos connaissances actuelles sur l'infarctus du myocarde. Les travaux antérieurs ont petit à petit, en particulier avec Odriopola et R. Marie dégagé sa personnalité et précisé ses rapports avec les lésions sténosantes et oblitérantes des artères coronaires. Il est permis actuellement d'en préciser les conditions étiologiques, les rapports avec l'angine de poitrine, la néphrite chronique, le diabète et l'hypercholestérinémie. L'infarctus myocardique atteint le sexe masculin avec une notable prédilection.

L'auteur en décrit avec netteté les symptômes : signes cardinaux; douleur angineuse suraiguë à irradiations spéciales, effondrement de la tension artérielle avec écrasement de la tension différentielle, température, frottement péricardique. A ces signes cardinaux se joignent d'autres symptômes : troubles du rythme cardiaque, signes respiratoires et digestifs, leucocytose sanguine.

Les méthodes d'exploration électrocardiographique permettent de reconnaître une modification de la courbe normale qui constitue non seulement une confirmation de l'examen clinique mais encore un moyen d'établir le pronostic. C'est aussi un guide précieux parmi les formes cliniques dont l'auteur donne une description à la fois précise et claire. Il est à remarquer que la ressemblance des courbes obtenues en clinique avec celles que fournissent les opérations de physiologie expérimentale.

A cette étude sont adjoints de forts beaux tracés relatifs à quatre intéressantes observations cliniques. Une abondante bibliographie complète cette excellente monographie qui, si elle n'épuise pas encore la question, n'en reste pas moins une mise au point précieuse à tout médecin et qui lui permet de mieux connaître une affection qui paraît d'une assez grande fréquence.

L. Babonneix.

Le Tissu élastique sain et malade. Son importance clinique (2), par M. Paul Godin.

La présence dans la majorité des organes de la substance élastique est une indication de son utilité. Or, elle est bien plus qu'utile, elle est indispensable à la vie. La preuve en est donnée par les conséquences de son altération qui déclanche un bouleversement de nos grandes fonctions.

L'heure est venue de mettre en évidence ce rôle considérable, passé à peu près sous silence jusqu'ici.

Tel est le but de cette synthèse, où les aperçus nouveaux ne manquent pas, et qui envisage franchement un syndrome de déficience élastique « l'élastopathie », avec ses symptômes, son diagnostic, son pronostic et son traitement.

C'est du nouveau, sans doute, mais appuyé sur une étude de longue haleine et des observations nombreuses qui portent sur une période de la vie étendue, pour beaucoup, de l'enfance à l'âge adulte.

La guérison chez l'enfant de l'élastopathie, est une excellente prophylaxie des accidents de l'âge mur que sont les ptoses, les relâchements articulaires, les dilatations digestives et circulatoires et jusqu'à certaines scléroses et à l'athérome artériel dans bien des cas.

L. G.

(1) M. Lac, Paris, 1929.
(2) Un volume. — Prix : 10 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

AGENDA P.-L.-M. POUR 1930. — Tous les bibliophiles savent que l'Agenda P.-L.-M. est un ouvrage d'une présentation artistique, littéraire et typographique irréprochable. L'édition de 1930, en majeure partie consacrée au Centenaire de la conquête de l'Algérie, contient seize illustrations hors texte en couleurs qui, à elles seules, valent plus que son prix; douze cartes postales en héliogravure y ajoutent encore. Ces compositions et les chroniques, contes, nouvelles, légendes qu'elles accompagnent et qui s'ornent d'une suite nombreuse de photographies et de dessins sont l'œuvre d'excellents artistes et écrivains.

On se procure l'Agenda P.-L.-M. (au prix de 10 fr.), à Paris, 88, rue Saint-Lazare, dans les agences de voyages, grands magasins, principales librairies et dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau P.-L.-M. Il est adressé aussi à domicile contre mandat-poste (12 fr. 65 pour la France, 17 fr. 50 pour l'étranger) adressé au Service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe).

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — *Epreuve supplémentaire.* — MM. Wallich, 20; Dreyfus, 19; Benoist, 20; Poumailloux, 19.

La médaille d'or est attribuée à M. Wallich; la médaille d'argent, à M. Dreyfus; l'accessit, à M. Benoist.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Aubry, professeur de pathologie générale et médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er janvier 1930, professeur de clinique médicale à ladite Faculté (dernier titulaire : M. Ardin-Delteil, décédé).

— Bordeaux. — *Diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux et examen de médecin sanitaire maritime.* — A l'issue de la XXIVe série annuelle d'études de médecine coloniale suivie par 22 médecins ou étudiants en fin d'études, les 18 élèves suivants ont reçu le diplôme de médecin colonial :

MM. Balans, Bareau, préparateur, médecin commandant Bonnel, Cao-Trien-Loy, médecin commandant Chabardès, Demage, Guenon des Mesnards, Guibert, préparateur, Guillemet, Ly-Van, Malouines, Moulinard, N'go-Nhon-Trong, Peu-Duvallon, Philip, interne des hôpitaux, médecin commandant Pouchet, Verdeau, médecin consultant à Vichy.

Sont inscrits, après examen, au tableau des médecins aptes à remplir les fonctions de médecin sanitaire maritime :

MM. les docteurs Beaudiment, Billault, Bonnel, Boussat, Chabardès, Guillemet, Jonchère, Le Bihan, Lorre, Magendie, Pouchet.

La XXVe série d'études de médecine coloniale préparant à ces diplôme et examen aura lieu du 3 novembre au 20 décembre 1930.

Pour les renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Toulouse. — Les épreuves du concours de clinicat de chirurgie infantile et orthopédie auront lieu, le jeudi 27 février 1930, à 9 h.

Le concours de clinicat des maladies cutanées et syphilitiques aura lieu, le lundi 7 avril 1930, à 9 h.

Le registre des inscriptions sera clos quinze jours avant l'ouverture des concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'anatomie s'ouvrira le lundi 6 octobre 1930 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physiologie s'ouvrira le jeudi 9 octobre devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— Après concours, M. G. Loygne a été nommé, pour une période de neuf ans, professeur suppléant de la chaire d'histologie.

— Nantes. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le lundi 7 juillet 1930 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Reims. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique s'ouvrira le lundi 7 juillet 1930 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy.

Le registre d'inscription des candidats sera clos le 5 juin.

MÉDECINS STAGIAIRES DE L'ASSISTANCE MÉDICALE EN INDOCHINE. — Après concours, ont été reçus médecins stagiaires de l'Assistance médicale de l'Indochine : MM. Dorolle, Herment, Menjaud, Ho Dac Di, Nguyem Viem Haï, Bouellat, Cornet, Nguyem Van Nha, Leca, Dauban de Silhouette.

MÉDECINS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE DE MADAGASCAR. — Le concours ouvert récemment pour le recrutement de médecins de 2e classe de l'Assistance médicale indigène de Madagascar s'est terminé par l'admission de MM. Estrade et Bouillat.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 10 mars 1930, à 14 h.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, p. 227), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du samedi 1er février au samedi 15 février inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

— Un concours pour sept places d'internes en médecine titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle, s'ouvrira, à Paris, le *lundi 17 mars 1930*.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'assistance départementale, 3e bureau), annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, de 10 à 12 heures et de 14 à 16 heures, sauf les dimanches.

Pièces à produire : Acte de naissance. Extrait du casier judiciaire. Certificat de revaccination. Diplôme de docteur en médecine ou certificat de 14 inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de médecine de l'Etat. Certificat de bonne vie et mœurs. Certificat de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ou d'un établissement hospitalier de province indiquant les services hospitaliers du candidat constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les candidats devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er avril de l'année 1930.

Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe médecine et chirurgie; 30 points pour cette épreuve qui pourra être éliminatoire. 2° une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, 20 points; 3° une épreuve orale de cinq minutes sur une question de garde (conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique), temps égal pour réfléchir, 15 points.

Durée : trois ans. Internes provisoires : une année.

A la fin de la troisième année, les internes pourront être maintenus sur leur demande pendant deux périodes successives d'une année.

Traitements : première année, 8.500 fr.; deuxième, 8.900 fr.; troisième, 9.300; quatrième, 9.700; cinquième, 10.100 fr. Indemnité de résidence, 2.240 fr.

Indemnité de déplacement de 600 fr. pour l'asile de Villejuif, 400 fr. pour les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles.

Les internes logés subissent une retenue de 980 fr. sur leur traitement et 13,75 p. 100 sur l'indemnité de résidence.

Ils remboursent pour chaque repas pris à l'établissement : petit déjeuner, 0 fr. 60; déjeuner, 4 fr. 80; dîner, 4 fr. 80.

Indemnités pour charge de famille pour les mariés avec enfants.

Inscriptions du 15 février au 1er mars 1930 inclus.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Mangin (Louis-Alexandre), membre de l'Institut, professeur de la chaire de botanique (classification et familles naturelles de cryptogames) au Muséum national d'histoire naturelle, est nommé directeur de cet établissement. (*J. O.*, 23 janv. 1930.)

SERVICE QUARANTENAIRE D'ÉGYPTE. — Un concours est ouvert pour un poste de sous-directeur médecin dans le service quarantenaire.

Les demandes doivent être adressées sous pli recommandé à M. le président du Conseil quarantenaire, Alexandrie (Egypte). Elles doivent être adressées avant la date de la clôture du concours qui est fixé au 30 avril 1930.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la Marine marchande, service S, bureau de la navigation.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — COURS DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE, par MM. les docteurs Moatti et Rossert, chefs de clinique à la Faculté. — Nombre des leçons : dix; jours et heures des leçons : tous les jours à 14 h.; début du premier cours : lundi 3 février à 14 h.; droit d'inscription : 350 fr.; lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin (Ve).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Technique de l'anesthésie locale et régionale en O.-R.-L. Trépanation mastoïdienne.

II. Evidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe.

III. Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (thrombophlébites, méningites, abcès encéphaliques et péri-encéphaliques). Ligatures vasculaires du cou.

IV. Résection sous-muqueuse de la cloison. La chirurgie du sphénoïde.

V. Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde. Les rhinotomies.

VI. Chirurgie du sinus maxillaire. Résection des maxillaires.

VII. Ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal. Traitement des fistules et des stomies laryngo-trachéales.

VIII. Les voies d'accès vers l'isthme du gosier, et le carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe.

IX. Les laryngectomies totale et partielle. Les laryngectomies économiques.

X. La broncho-œsophagoscopie.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 141.*)

**

INFORMATIONS

(SUITE)

CROISIÈRE EN MÉDITERRANÉE, à l'occasion des Congrès médicaux et des fêtes du Centenaire de l'Algérie. — *Apollon*, Revue littéraire des médecins, dont le directeur est M. Auguste Pettit, membre de l'Académie de médecine, organise, au mois d'avril 1930, une croisière en Méditerranée à l'occasion des congrès médicaux et des fêtes du centenaire de l'Algérie, sur un grand paquebot de 16.000 tonnes des Messageries maritimes, pourvu de tout le confort et de tout le luxe désirables et affrété spécialement pour ce voyage. Cette croisière, placée sous le haut patronage du gouvernement général de l'Algérie, du commissaire général des fêtes du centenaire, et sous la présidence effective du professeur Charles Richet, se propose de grouper les médecins, les pharmaciens, leurs familles ou leurs amis qui comptent se rendre en Algérie pour assister aux différents congrès.

Départ de Marseille le 1er avril, visite de Cadix, Séville, Casablanca, Marrakech, Mazagan, Oran, Alger, retour à Marseille le 14 avril.

Les passagers de la Croisière seront logés et nourris à bord pendant le stationnement dans les ports et en particulier pendant le séjour à Alger. Bien qu'il y ait classe unique pour tous les passagers, pour la nourriture et le service, il y aura néanmoins deux prix suivant la grandeur et l'orientation de la cabine choisie.

Cabine A, 5.650 fr.; cabine B, 5.150 fr.

Ces prix comprennent tous les frais, c'est-à-dire la nourriture de 1re classe, vin aux différents repas et pourboires. Ils comprennent également l'excursion à Séville par Cadix, au Maroc pendant le séjour à Casablanca et une excursion en Algérie pendant le séjour à Alger. Les conditions de passage sont celles habituellement en vigueur sur les paquebots des Messageries Maritimes et qui figurent sur les billets de passage.

En cas de force majeure, dûment constatée, mettant les Messageries Maritimes dans l'impossibilité de nous fournir le paquebot, les arrhes seront purement remboursés sans indemnité de part et d'autre.

La Croisière ayant un nombre de places limité, nous ne saurions trop recommander de retenir sa cabine le plus tôt possible et de verser en s'inscrivant 2.000 fr. à valoir sur les prix indiqués, soit à M. Peyronnet, éditeur d'*Apollon*, 7, rue de Valois, Paris (Ier), soit aux Messageries Maritimes, boulevard des Capucines, Paris, soit au docteur Orticoni, 40, rue du Maréchal Joffre, à Nice, délégué pour la Côte d'Azur.

Dernier délai d'inscription : 5 mars 1930.

Tous les adhérents recevront au moment de leur inscription une notice détaillée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Charles Willems (de Liége), membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, ancien président de la Société belge de chirurgie, fondateur et président de la Société internationale de chirurgie, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, membre honoraire étranger de la Société nationale de chirurgie de Paris, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre.

Le professeur Willems était une des grandes figures chirurgicales de Belgique. Ses travaux notamment sur l'arthrotomie sont universellement connus.

Ses nombreux amis de Paris ressentiront vivement sa perte et prennent une part très sincère au deuil qui frappe nos amis belges et en particulier nos confrères du *Scalpel* de Liége.

— Et celles de MM. les docteurs Feindel (de Paris), Bécour (de Lille), ancien président de la Société de médecine du Nord.

IL Y A CENT ANS. — Gensoul, chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon, fonde avec Dupasquier, *Le Journal clinique des hôpitaux de Lyon*.

En annonçant cette nouvelle, le 28 janvier 1830, la *Lancette française, Gazette des hôpitaux* se félicite de voir nos confrères de province établir des archives « pour y recueillir une foule de faits intéressants qui seraient perdus sans cela. Le mérite de M. Gensoul est un sûr garant du succès de cette entreprise. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

ACTION DIRECTE DU MÉDECIN POUR LE RECOUVREMENT DES FRAIS MÉDICAUX.

Contre une décision rendue par le juge de paix de Saint-Anthème, au profit d'un médecin, le 15 décembre 1926 contre le patron d'un ouvrier blessé, lui donnant le droit de récupérer le montant des frais médicaux, un pourvoi en cassation fut formé, pour ce motif que l'article 4, alinéa 4, de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, de l'article 1328 du Code civil et article 1121 et suivants du même Code, avait été violé en ce que, d'une part, la décision attaquée, pour accorder à un médecin une action directe contre le chef d'entreprise en paiement de ses honoraires pour soins donnés à un ouvrier, avait écarté le reçu produit par le patron et constatant le paiement des honoraires à l'ouvrier, sous le prétexte que le reçu n'étant pas signé du médecin n'était pas opposable à celui-ci, alors que le médecin agit comme subrogé dans les droits de l'ouvrier et peut donc se voir opposer par le patron tous les moyens que celui-ci pouvait invoquer contre l'ouvrier. Le demandeur en cassation reprochait en outre au jugement d'avoir écarté le reçu comme n'ayant pas date certaine, alors que les quittances font par elles-mêmes preuve de leur date.

La Cour de Cassation a rejeté le pourvoi et maintenu la décision favorable au médecin, dans les termes suivants :

« Attendu que le docteur G..., ayant donné des soins à Joanès R..., ouvrier d'usine, victime le 2 juillet 1925 d'un accident du travail au service de Ch..., industriel, a par exploit du 25 novembre 1926 assigné celui-ci en paiement de la somme de 130 fr. montant de ses honoraires; que le jugement attaqué, après avoir écarté un reçu de la victime, en date du 31 octobre 1926, produit par le chef d'entreprise et constatant le versement par lui de cette somme à l'ouvrier qui avait fait choix lui-même du médecin, a, à bon droit, accueilli la demande de ce dernier;

Attendu, en effet, que le paragraphe 4 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, confère au médecin, comme étant aux droits de l'ouvrier victime d'un accident du travail, une action directe contre le chef d'entreprise pour le recouvrement des frais médicaux;

Attendu que, comme conséquence de cette disposition, la créance des frais médicaux, éteinte sur la tête de l'ouvrier, passe sur celle du médecin au fur et à mesure des soins par lui donnés et que, dès lors, c'est entre les mains du médecin seul que le chef d'entreprise, débiteur, peut valablement se libérer; qu'il suit de là que le paiement fait le 31 octobre 1926 par Ch... à son ouvrier R... pour des soins médicaux donnés à celui-ci en juillet 1925, n'est pas libératoire envers ce médecin, et qu'en le décidant le jugement attaqué, abstraction faite de motifs surabondants, se trouve légalement justifié. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LES RADIODERMITES ET LEUR TRAITEMENT

Par M. E. DOUMER,
Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille.

Les déplorables décès de trop nombreux radiologues victimes de l'exercice de leur profession, met à l'ordre du jour de nos préoccupations le traitement des radiodermites.

Je sais bien que la plupart de ces accidents peuvent être imputés à l'imprudence des opérateurs qui, habitués au danger des rayons X, finissent par les mépriser et ne prennent pas toujours les précautions voulues pour les éviter ou les combattre dès la première apparition du dommage causé. Ce n'est pas une raison pour se désintéresser de ces malheureuses victimes, et ne pas chercher les moyens de leur venir en aide lorsqu'il en est temps encore.

Or, parmi les moyens que nous possédons pour combattre les radiodermites, il en est un que je connais bien pour l'avoir appliqué sur moi-même et dans un grand nombre de cas toujours avec un beau succès. Je l'ai publié, il y a vingt ans déjà, à la Société de thérapeutique; il est basé sur les propriétés d'un acide obtenu par R. Gravelaine par l'oxydation de la lanoline, que l'on appelait alors l'acide lipoïque, et que les chimistes ont identifié depuis avec l'acide *élaïérinique*, découvert par Chevreul, il y a cent ans environ dans le suint.

Cet acide, dont R. Gravelaine et le docteur A. Thibaut étudiaient alors dans mon Service de la rue Saint-Sauveur, les propriétés thérapeutiques dans diverses affections de la peau, me parut devoir donner des résultats dans les radiodermites en raison de son action vasculaire. Je l'employai aussitôt sur moi-même. J'étais atteint depuis plusieurs années d'une radiodermite sévère sur le dos de la main gauche. Des applications fréquentes et longtemps poursuivies d'une dissolution huileuse de cet acide guérirent si bien cette radiodermite qu'il est aujourd'hui difficile de reconnaître la main qui a été atteinte.

Parmi les nombreux cas où j'ai employé cette méthode, je me souviens de celui d'un homme adipeux, chez qui pour obtenir une radiographie des reins, le médecin, peu habitué aux manœuvres des rayons X, avait, à trois reprises différentes et à quelques jours d'intervalle, fait des séances d'une heure, puis d'une heure et demie, puis de deux heures, sans obtenir jamais la moindre radiographie mais, par contre il obtint une belle radiodermite de la paroi abdominale, entre l'appendice xiphoïde et le nombril. Cette radiodermite durait depuis plusieurs mois lorsque je la vis, et provoquait, au dire du malade, de très vives douleurs. J'appliquai le traitement par l'acide élaïérinique en solution huileuse combiné à l'effluvation statique. Le traitement fut long, mais très rapidement les douleurs cessèrent et après quelques mois j'obtins une guérison complète.

Je pourrais encore citer le cas d'un radiologue de New-York qui, peu après la guerre, vint me demander conseil. Il avait depuis avant la guerre les deux mains en fâcheux état, état qui n'avait qu'empiré pendant la guerre qu'il avait faite dans l'armée américaine comme radiologue. Il se rappelait vaguement ma communication et il vint me demander de lui en préciser la technique. Il suivit de point en point mes instructions, et, *sans abandonner l'exercice de sa profession*, il réussit, m'écrivit-il plus tard, à se guérir.

J'ai appris récemment qu'un de mes collègues de Bordeaux, le professeur Jeanneney s'est servi avec grand succès de cette méthode, dans différents cas de radiodermite notamment dans une radiodermite cervicale grave, mais n'ayant pas de détails précis sur ce cas, je n'en fais pas état dans cette note laissant à mon collègue le soin de le publier, s'il le juge à propos.

La technique de cette méthode est des plus simples car elle consiste tout simplement en applications, deux à trois fois par jour, d'une solution huileuse d'acide élaïérinique de 2 à 8 p. 100.

Les résultats sont parfois rapides et la guérison est la règle.

SUR LES RÉFLEXES VÉGÉTATIFS

PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE

Par M. Joseph RUSSETZKI,
Professeur agrégé à l'Institut d'Etat à Kazan.

La définition exacte de l'état fonctionnel du système nerveux végétatif pendant le sommeil hypnotique n'est pas encore faite. Les conditions spéciales du sommeil hypnotique peuvent produire des changements appréciables du fonctionnement du système nerveux végétatif. Est-ce l'hyperfonctionnement du parasympathique comme certains auteurs le veulent (Nicolajev et d'autres) ou est-ce plutôt l'hypofonctionnement du sympathique ou un autre état fonctionnel? Ayant une réponse nous aurons possibilité de démontrer les relations existant entre le sommeil normal et le sommeil hypnotique.

Nous avons entrepris l'étude des réflexes végétatifs pendant le sommeil hypnotique. Dans ce but nous avons choisi vingt sujets (six hommes et quatorze femmes) soumis aux séances hypnotiques et nous avons recherché chez eux les réflexes que nous croyons caractéristiques et commodes pour des examens semblables. C'étaient : la fréquence du pouls et de la respiration, le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe épigastrique (cœliaque), le réflexe cervical de Danielopolu et les réflexes végétatifs de position — réaction orthostatique et réaction clinostatique. Tous les réflexes ont été examinés de dix à quinze minutes avant la séance hypnotique, pendant le sommeil hypnotique, de dix à quinze minutes après l'installation du sommeil et quinze minutes après la séance. Nous n'avons pris que des cas où le sommeil était profond avec amnésie ultérieure complète (le troisième stade d'après Forel). Le sommeil dura de vingt à trente minutes.

Les résultats obtenus peuvent être représentés

sur le tableau ci-joint embrassant des données moyennes pour tous les examens produits (tabl. 1). L'accélération ou le ralentissement du pouls pendant la recherche d'un réflexe sont désignés par le plus ou par le moins (par exemple, — 12 c'est-à-dire un ralentissement de 12 pulsations à la minute).

TABLEAU I

	AVANT l'hypnose	PENDANT l'hypnose	APRÈS l'hypnose
Fréquence de la respiration	18	17.3	18
Pouls en position debout	74	73.2	70.8
— — couchée	69	69.2	62.1
Réflexe oculo-cardiaque	— 10.7	— 6.2	— 6.2
— épigastrique	— 6.8	— 2.9	— 3.6
— cervical	— 2.4	— 1.0	— 0.4
— clinostatique	— 7.5	— 8.8	— 6.7
— orthostatique	+ 20.7	+ 17.5	+ 19.8

De ce tableau on peut tirer les conclusions suivantes. Le sommeil hypnotique présente un petit ralentissement de la respiration qui revient au chiffre normal aussitôt après l'hypnose. L'inspiration était augmentée, le type de la respiration (thoracal, abdominal) restait le même. Pendant le sommeil hypnotique le pouls démontre une tendance manifeste à son ralentissement qui s'accentue après l'hypnose.

Les réflexes du groupe du nerf pneumogastrique (oculo-cardiaque, épigastrique et cervical) s'affaiblissent pendant le sommeil hypnotique (présentent un ralentissement du pouls moins marqué). Cet affaiblissement des réflexes reste à peu près le même après l'hypnose, ce qui est très évident pour le réflexe oculo-cardiaque (— 6.2, — 6.2). Si nous déduisons pour ces trois réflexes des données moyennes nous aurons les mêmes quantités pour l'état des réflexes pendant et après l'hypnose (— 10.1, — 10.2).

Les réflexes végétatifs de position se conduisent d'une autre manière. La réaction clinostatique est accrue, la réaction orthostatique est affaiblie. L'accroissement de la réaction clinostatique coïncide avec une diminution du réflexe oculo-cardiaque et d'autres.

Après le sommeil hypnotique les réflexes de position reviennent à leur état initial et présentent même une oscillation compensatrice pour la réaction clinostatique. En tenant compte du ralentissement réactionnel du pouls on peut réunir toutes les données que nous avons eu pour les réflexes végétatifs de position et on reçoit ainsi les conclusions suivantes : pendant l'hypnose le ralentissement du pouls est accentué (— 2.3), après l'hypnose l'état fonctionnel est analogue à celui d'avant l'hypnose (0). Cela prouve d'une manière évidente le retour prompt des réflexes végétatifs de position à leur état précédant l'hypnose.

Réunissons ces données dans un autre tableau qui ne présente que des changements d'état fonctionnel pendant et après l'hypnose (tabl. II).

TABLEAU II.

	PENDANT l'hypnose	APRÈS l'hypnose
Pouls	— 0.3	— 5.0
Réflexes du groupe du nerf pneumogastrique	— 10.1	— 10.2
Réflexes végétatifs de position	+ 2.3	0

Ainsi, les réflexes du nerf pneumogastrique affaiblis pendant et après l'hypnose et le ralentissement du pouls atteignant son maximum après l'hypnose sont les effets les plus constants et les plus stables de l'état hypnotique bref. Au contraire, les réflexes végétatifs de position présentant durant l'hypnose des changements incontestables reviennent immédiatement à leur état initial après le sommeil hypnotique et constituent une partie plus labile de l'état hypnotique par rapport aux réflexes du nerf pneumogastrique.

Cette conduite différente des réflexes végétatifs de position et celle des réflexes du nerf pneumogastrique ne présente rien d'extraordinaire. Nous l'avons observé dans d'autres cas, par exemple dans nos examens sur les réactions du système nerveux végétatif pour les bains de boues (*Jornal dos Clinicos*, 1926, t. XX).

En finissant par les conclusions auxquelles nous sommes arrivés nous ne prétendons pas résoudre complètement la question difficile des changements fonctionnels du système nerveux végétatif pendant le sommeil hypnotique. On y trouve beaucoup de faits complexes et à présent souvent indéfinissables. Nous avons essayé par ce travail préliminaire de contribuer un peu à l'étude de ce phénomène physiologique important.

ACTUALITÉS

L'YATRÈNE

On a donné le nom commercial d'Yatrène (Yatren purissimum — Yatren 105) à une combinaison dérivée de la benzolpyridine : l'acide iodoxyquinoline-sulfonique. Dès avant la guerre ce produit avait été expérimenté et divers auteurs (Bischoff et Freund, Nash) en avaient proposé l'emploi comme antiseptique en raison d'un pouvoir microbicide élevé s'alliant à une remarquable absence de nocivité pour les tissus. L'étude et les essais ont été repris plus largement en ces dernières années et la réalité de ces propriétés en a été confirmée; on en a en même temps notablement étendu les indications.

Propriétés physicochimiques. — L'Yatrène a pour formule globale $C^9H^6O^4SNI$; *28 p. 100 de son poids moléculaire sont constitués par de l'iode*; celle-ci est assez énergiquement reliée aux autres composants pour que la chaleur qui cependant altère l'yatrène ne réussisse pas à dégager l'iode; de même ni pendant son séjour dans l'organisme ni lors de son élimination on ne peut mettre en évidence de radicaux iodés indépendants.

L'yatrène est une poudre volumineuse, de couleur jaune serin, facile à broyer, inodore et d'une saveur nulle ou faiblement sucrée. Elle se conserve bien à l'air à condition d'être garantie de l'humidité et d'être soustraite à la lumière par un flacon de verre jaune.

Cette poudre est soluble dans l'eau et dans la glycérine (10 p. 100 à chaud, 5 p. 100 à froid); elle est soluble à 5 p. 100 également dans les sérums

animaux qu'elle n'altère pas mais dont elle rend seulement un peu plus foncée la coloration jaune naturelle. Les albumines ne sont ni coagulées ni précipitées.

Malgré cette solubilité l'yatrène n'est pas employé pur mais *mélangé à une certaine quantité de bicarbonate de soude* qui le rend plus soluble encore et favorise la conservation du degré d'alcalinité optimum. En présence de l'eau, ce mélange dégage de façon normale une petite quantité d'anhydride carbonique.

En présence des sels de fer, du perchlorure en particulier, même en présence de liquides organiques ou au sein même des tissus, l'yatrène produit une coloration vert noirâtre qui est une des réactions caractéristiques de ce produit.

Les solutions d'yatrène se décomposent à partir de 75 p. 100.

Propriétés biologiques. — L'action de l'yatrène sur l'organisme semble extrêmement restreinte. On n'a pu en effet observer aucune action notable sur la fibre musculaire, soit lisse soit striée, ni sur la fibre nerveuse. Aucune action non plus sur le rein ni sur le foie, aux doses habituelles tout au moins. Sur le tube digestif on a constaté tout au plus une action purgative légère des grosses doses.

Aucune action notable non plus sur les éléments figurés du sang; les hématies ne sont pas lysées non plus que les leucocytes; le pouvoir phagocytaire de ces derniers n'est pas non plus atteint. La formation des agglutinines n'est pas entravée.

L'action sur l'organisme n'est cependant pas nulle puisque certains auteurs (Arbrink) ont observé des phénomènes rappelant au point de vue général et au point de vue hématologique (thrombopénie puis thrombocytose; mononucléose discrète) les phénomènes du choc. Il est de plus probable que toutes les propriétés de l'yatrène ne s'appliquent pas par son seul pouvoir antiseptique. Il semble donc que les puissances défensives de l'organisme puissent être dans certaines conditions et par un mécanisme qui vous échappe encore être augmentées par l'yatrène même isolé mais surtout mélangé comme nous le verrons à d'autres substances. Il y aurait là un phénomène comparable à celui du choc protéinique tel qu'on l'obtient par des protéines non spécifiques. Il est à ce point de vue remarquable que l'activité du médicament n'est pas rigoureusement proportionnelle aux doses, que de faibles quantités peuvent se montrer plus efficaces que des doses importantes.

Effets locaux. — Appliqué en solution, en saupoudrage ou en cage médicamenteuse sur la peau ou les muqueuses, injecté dans l'épaisseur des parenchymes ou dans des cavités viscérales (vessie) ou articulaires, l'yatrène ne semble pas éveiller de réaction bien marquée; il paraît, en effet, à peu près complètement dépourvu de toute action caustique ou nécrosante. *Son pouvoir antiseptique* semble constant et se doublerait plutôt vis-à-vis des tissus de l'organisme d'une action excitante exceptionnelle dans les antiseptiques.

Le tissu des bourgeons cicatriciels semble stimulé. La pénétration de la solution médicamenteuse se fait même jusqu'à une certaine profondeur, comme le montre la réaction colorée au perchlorure de fer (Dietrich). Ni en surface ni en profondeur les auteurs n'ont mentionné de phénomène de nécrose caustique à moins de doses excessives.

Action « in vitro ». — La mise en présence d'yatrène avec des cultures bactériennes diverses a permis d'en mesurer le pouvoir bactéricide. Il semble qu'une teneur de 1 p. 100 de yatrène suffise à tuer une culture; naturellement il existe une proportionnalité avec la concentration de la solution et avec sa durée d'action. Les cultures d'amibes notamment se sont montrées entre les mains de Vogel, de Dietrich sensibles à l'action du médicament.

Elimination. — L'yatrène semble absorbé en nature; il diffuse très rapidement dans l'organisme et très rapidement aussi est éliminé par le rein (cinq à six heures).

A aucun moment, on ne peut saisir sa décomposition en des produits secondaires ni surtout la libération d'iode. Son action s'est montrée nulle lorsqu'on l'a essayé dans la maladie de Basedow.

Indications. — Ce sont les *propriétés antiseptiques* de l'yatrène qui ont été les premières utilisées. On l'a d'abord essayé dans les pansements comme poudre, solution ou gaze médicamenteuses, dans les plaies en surface ou les plaies anfractueuses *comme préventif et comme curatif* de l'infection. La tolérance de l'organisme étant bonne on l'employa ensuite en injections locales dans des *cavités de suppuration*, (adénites, abcès axillaires) contre l'infection gonococcique, le chancre mou, sans obtenir il est vrai de résultats aussi constants que dans les infections banales. Les effets ont été meilleurs dans les *tuberculoses chirurgicales* (abcès froids, coxalgies [même avec séquestres], tuberculose vésicale même).

Plus récemment on a mis à profit avec un succès assez constant ces mêmes propriétés antiseptiques pour la *désinfection des porteurs de germes;* ce sont Bischoff et après lui Freund qui ont les premiers employé l'yatrène chez *des porteurs de bacilles diphtériques* et ont eu des résultats satisfaisants. Il convient d'ajouter que l'yatrène a été employé, en particulier dans la diphtérie maligne, comme traitement local au cours de la période aiguë de la diphtérie. Il est utile de disposer d'un antiseptique non caustique et n'aggravant pas les lésions pharyngées mais il ne saurait aucunement être question d'abandonner ni même de différer dans ces cas la sérothérapie qui est le traitement contre lequel rien actuellement ne saurait prévaloir. Bischoff a également traité par l'yatrène les *porteurs sains de bacilles typhiques.*

Il est encore deux autres emplois de l'yatrène comme antiseptique qui ont donné de bons résultats : chez le *nouveau-né* il a pu remplacer le nitrate d'argent comme préventif ou comme curatif de l'ophtalmie et *dans des actinomycoses.* Bien que même dans ce cas rien de positif ne donne à penser que c'est de l'iode libéré qui soit le principe actif,

Hünermann, Eckert (d'Iéna) ont obtenu par l'yatrène la guérison d'*actinomycoses* du cou infiltrantes et étendues qui avaient résisté à l'iode et aux rayons X et étaient devenus inopérables.

Plus récemment, et en particulier depuis qu'en 1926 Mühlens et Merck ont fait connaître leurs résultats on a employé l'yatrène *contre la dysenterie.* Les résultats ont été tels que cette indication peut à l'heure actuelle être considérée comme le *principal emploi de l'yatrène.* A condition de tenir compte de toutes les nécessités et de toutes les précautions que commandent les réactions propres à chaque individu, il semble que l'on puisse obtenir d'excellents résultats *aussi bien dans les cas aigus que dans les cas chroniques,* et même lorsque d'autres traitements se sont montrés de suite ou à la longue insuffisants; l'yatrène est l'ultima ratio même lorsque l'émétine est impuissante. Il convient dans ces cas de donner l'yatrène à la fois par la bouche et par le rectum. Ce sont surtout les diarrhées qui *tant aiguës que chroniques sont heureusement et rapidement influencées.* L'yatrène est même capable de faire cesser l'*élimination des formes enkystées* du parasite, d'une destruction pourtant si difficile. Il ne semble pas qu'il faille attribuer ces succès au seul pouvoir antiseptique du médicament; ici en particulier son action générale sur les défenses de l'organisme semble avoir un rôle particulièrement important.

L'yatrène peut donner aussi de bons résultats dans des colites aiguës ou chroniques, non dysentériques.

Nous ne ferons que mentionner ici l'emploi de l'yatrène pour la conservation des sérums thérapeutiques qui n'est qu'une application indirectement thérapeutique. Elle a cependant été l'origine de la mise en œuvre d'autres produits yatréniques dont nous reparlerons ci-après.

Contre-indications. — Les contre-indications sont peu nombreuses. Il en est *d'absolues : l'évolution de tuberculoses médicales,* en particulier *les tuberculoses fébriles*; l'existence de *lésions rénales*; celle de *lésions hépatiques* qui sont peut-être la cause de certains accidents parfois observés.

Il en est aussi de *relatives :* les phénomènes de *sensibilité à l'yatrène,* même en dehors de toute imprudence thérapeutique, qui selon les cas comportent une reprise après modification de la posologie ou la cessation complète du traitement yatrénique.

Mode d'administration. Posologie. — Un grand nombre de voies d'administration peuvent être employées.

Voie buccale. — On administre le médicament en *cachets ou en pilules salolées* qui ne sont dissoutes que dans l'intestin. La tolérance gastrique est habituellement bonne. Cette voie convient en particulier aux diarrhées non douloureuses et aux lésions haut situées. Elle est la moins ennuyeuse pour le malade et l'absence de saveur permet d'employer le médicament même chez l'enfant. *Les pilules sont dosées à vingt-cinq centigrammes, les cachets à cinquante centigrammes.* On les donne immédiatement avant ou immédiatement après le repas, selon les auteurs sans qu'aucun régime particulier doive être observé à cause du traitement.

Voie rectale. — On se sert en général de *la solution aqueuse tiédie* soit à 2 1/2 p. 100 *soit et mieux à 5 p. 100,* on peut y ajouter xx gouttes de laudanum par lavement pour favoriser la tolérance locale; il est utile d'employer une canule longue au cas de ténesme. Le lavement de 200 à 250 grammes (soit 10 à 12 grammes d'yatrène) est donné au coucher et doit être gardé plusieurs heures, toute la nuit s'il se peut.

Pour toutes les injections hypodermiques, on emploie habituellement *la solution à 5 p. 100.* Pour les injections sous-cutanées et intramusculaires on s'en tient à des doses d'yatrène de 2g50 environ. Pour les injections intraveineuses, certains auteurs (Michael, Eckert) ont atteint 5 à 7 grammes d'yatrène (100 à 150 centimètres cubes de la solution à 5 p. 100). Il ne semble pas que ce soit là un mode d'administration entré dans la pratique en raison des phénomènes de choc que n'empêchent pas toujours les mesures préventives classiques.

Les modes d'administration habituels sont la voie buccale et la voie rectale; dans la pratique chirurgicale les injections in situ et les pansements (poudre, gaze, solution à 5 p. 100).

Les doses pratiquées sont naturellement appropriées à l'affection en traitement. Nous n'envisagerons pas ici la technique des pansements où la faible toxicité du médicament rend secondaire la question posologie, ni celle des injections interstitielles à type modificateur (bubons, cavités infectées) où l'on n'aborde guère non plus les doses toxiques.

L'administration *per os* dans les cas d'*angines diverses et chez les porteurs de germes* comporte une dose de *1g20 à 1g50 pour vingt-quatre heures répartis en trois doses* (Freund, Bischoff, Herbeck) sous forme de cachets ou de pilules du dosage ci-dessus indiqué.

Dans les cas *de dysenterie aiguë* les doses nécessaires sont plus élevées : *trois prises quotidiennes d'un gramme chacune, en cachets ou pilules* avant le repas, soit 3 grammes par jour. On prescrira *trois périodes de traitement de huit jours séparées par des repos de cinq jours.*

Mêmes doses dans les dysenteries chroniques légères mais le traitement doit habituellement être prolongé plus longtemps.

Dans les dysenteries chroniques graves on continuera tout le temps nécessaire et sans période intercalaire de repos le traitement *per os* auquel on ajoutera des lavements.

La *voie rectale* s'adresse aux *formes graves de la dysenterie chronique et aux colites ulcéreuses rebelles post-dysentériques.* On donnera chaque soir en lavement à garder *3 grammes d'yatrène* avec ou sans adjonction de laudanum. La quantité de véhicule, en l'espèce l'eau tiède pourra atteindre 200 ou 250 grammes d'autant plus abondante naturellement que les ulcérations à traiter sont plus haut situées. On donnera ces lavements *par périodes de six jours* séparées par des repos d'égale durée.

Il ne faut pas oublier que les deux ou trois premiers jours la diarrhée peut s'accentuer et ne pas en conclure à une aggravation ou à de l'intolérance. Au bout de ce temps et parfois plus tôt la diarrhée se tarit, les selles se modifient, en même temps que s'atténuent parfois très rapidement les divers signes fonctionnels.

Dans les cas où on emploie l'yatrène à *titre prophylactique* contre la dysenterie lors d'une diarrhée suspecte deux cachets de $0^{gr}50$ soit un gramme par jour en deux fois semble une dose efficace et suffisante.

La voie intraveineuse est d'un emploi moins courant ; ses indications sont diverses (Braun, Eckert, actinomycose ; Herbeck, blennorragie ; Dührssen, septicémies). On emploie en général les doses de *5 centimètres cubes tous les deux jours dans les formes aiguës, de 10 centimètres cubes tous les deux jours dans les formes chroniques de solution à 5 p. 100*. Mais ce sont les injections intraveineuses qui ont parfois donné lieu à des mécomptes ; aussi, comme le remarque Dittrich, la posologie doit-elle être prudente, appropriée au cas de chaque malade ; les accidents de choc sont ici plus fréquents et ne paraissent pas améliorer le résultat final. Il faut donc tout faire pour les éviter. En dépit de ce qu'ont noté d'autres auteurs, Dittrich recommande de ne traiter les formes chroniques que par des doses plus faibles que les formes aiguës. Ce n'est donc pas un mode d'administration que l'on puisse recommander dans tous les cas.

Toxicité. Accidents. — La toxicité de l'yatrène paraît faible puisqu'une dose considérable est nécessaire pour tuer les souris, qu'une dose massive de 3 grammes chez l'homme n'a qu'un effet purgatif et qu'on a pu donner 8 grammes en vingt-quatre heures sans inconvénient.

Néanmoins des accidents ont été observés.

Accidents de choc parfois. — Elévation thermique, accès de migraine, fatigue générale, pouvant s'accompagner de pesanteurs et de brûlures au niveau des lésions en traitement. *A la suite état de sensibilisation.*

Accidents toxiques proprement dits. — De gravité inégale mais ne paraissant en aucun cas pouvoir être attribués à l'iodisme.

Après des doses excessives on a observé des *cas d'accidents bénins*. Après un état syncopal de courte durée, on a noté de la fatigue, de l'anorexie, de la céphalée, suivie après quelques heures d'un exanthème urticarien, durant quelques jours; le traitement par l'yatrène repris avec prudence par la suite demeura bien toléré.

D'autres fois il s'est *agi d'accidents graves. Albuminurie, hématurie,* réveil d'une tuberculose articulaire qui paraissait guérie. D'autres auteurs, enfin (Dittrich, Zieler et Birnhaum), ont observé à la suite d'injection intraveineuse des cas d'*ictère grave mortel*. Il semble donc, à l'heure actuelle, plus prudent de n'employer en pratique courante que la voie digestive et rectale.

Les associations de l'yatrène. — Comme nous l'avons dit, c'est très peu de temps après les premiers essais thérapeutiques qu'on s'est rendu compte de l'intérêt que présentait l'yatrène pour la conservation des sérums thérapeutiques ; 5 p. 100 d'yatrène en poudre suffisent largement à assurer la protection des sérums, même si la dissolution du produit n'est qu'incomplète et sans qu'il y ait combinaison aucune avec les albumines animales. On s'aperçut de plus rapidement que si le pouvoir thérapeutique du sérum n'était nullement modifié les propriétés de l'yatrène s'en trouvaient dans une certaine mesure confirmées en tant que médicament de choc.

Aussi a-t-on préparé par ce procédé toute une série de produits anti-infectieux, à la fois spécifiques et non spécifiques, qu'ont essayés divers auteurs.

On s'est, en effet, attaché à allier l'action de l'yatrène à celle des protéines les plus variées. Il ne semble pas indispensable que ces dernières soient en quantité très élevée dans le mélange ; suivant les produits et les techniques on a mélangé une dose d'yatrène allant de 2 1/2 à 5 p. 100 du volume total avec une quantité de produit adjoint variable mais ne dépassant habituellement pas 2 1/2 p. 100.

Les produits les plus divers ont été employés : sérums thérapeutiques, vaccins bactériens, autolysats où ce sont les protéines microbiennes qui sont le second constituant du mélange, sérums de convalescents et aussi protéines non spécifiques. Cette dernière préparation semble avoir été l'une des plus employées sous la forme d'yatrène-caséine. Mais, à côté de lui, divers auteurs par des procédés personnels ont préparé des staphylo-yatrène, strepto-yatrène, gono-yatrène, yatrène-peste, yatrène-rougeole, etc..., qui allient dans leurs indications respectives protéinothérapie spécifique et non-spécifique. On a même, contre la tuberculose allié l'yatrène à des lipoïdes (mélange yatrène-cholestérine).

Ce sont là des traitements d'usage encore exceptionnel. La posologie varie avec les auteurs mais paraît dans l'ensemble analogue à la posologie de l'yatrène par voie intraveineuse. Les réactions sont naturellement plus fréquentes qu'avec l'yatrène seul et ne sont pas plus désirables.

Ces résultats publiés sont trop fragmentaires encore pour que cette méthode soit d'usage courant. Il n'en reste pas moins qu'il y a là sans doute des essais intéressants sur la valeur desquels l'avenir permettra aux cliniciens de se prononcer.

R. LEVENT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies vénériennes. Plan d'une conférence faite aux élèves de l'Ecole polytechnique en présence du général commandant et de l'état-major de l'Ecole, par le docteur Sicard de Plauzoles. Une brochure. — Prix : 2 fr. — Paris, L. P. V, 44, rue de Lisbonne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1930)

Acidose au cours de la gestation normale et pathologique. — MM. LÉVY, SOLAL, Jean DALSACE et Mlle GIRARDOT ont pratiqué pour le même sujet des examens en série du pH et de la réserve alcaline, au cours de la gestation, au cours du travail et après l'accouchement. Ces examens concernent des femmes normales et pathologiques. Ils constatent d'une façon générale une acidose à la fin de la grossesse, acidose qui s'accentue au moment du travail pour disparaître après l'accouchement, mais chez les prééclamptiques, les graphiques font ressortir nettement un pH toujours plus acide, une réserve alcaline plus faible.

De l'anaphylaxie alimentaire et de la désensibilisation « per os » par le procédé de Besredka. — M. Richard JAHIEL relate l'histoire d'une malade accusant une hypersensibilité aux protéines du lait, des œufs, des viandes et des poissons et guérie par l'administration de petits repas correspondants préalables, d'après le procédé de désensibilisation de Besredka.

Le taux du potassium du sang. — MM. RÉMOND et CAUTEGRIL communiquent les résultats de leurs dosages du potassium dans le sérum sanguin. Ils ont trouvé que son taux est augmenté dans les néphrites azotémiques et dans le cancer et légèrement diminué dans le diabète.

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1930)

Sur la culture de l'ultravirus tuberculeux. — MM. J. VALTIS et A. SAENZ, en ensemençant sur un milieu liquide spécial 1 centimètre cube d'un filtrat issu d'une culture de bacilles tuberculeux sur milieu synthétique de Sauton âgée de quinze jours, ont observé le développement des bacilles tuberculeux acido-résistants.

La culture ainsi obtenue, qui n'est pas repiquable en série, est dépourvue de toute virulence pour le cobaye. Inoculée par la voie veineuse, elle provoque chez le lapin des phénomènes d'intoxication qui se traduisent par une paralysie du train postérieur ou des quatre membres, opisthotonos, et entraînant parfois la mort en vingt-quatre heures.

Le lieu de formation de l'adrénaline, substance médullaire ou substance corticale de la surrénale? — MM. J.-E. ABELOUS et R. ARGAUD ont repris une série d'expériences dont ils concluent que la formation de l'adrénaline n'a pas lieu dans la substance médullaire mais bien dans la corticale.

De la vaccination contre le B. typhi murium par le procédé de Besredka. — MM. L.-C. STRONG et R.-A. HICKS montrent que les souris auxquelles on administre par la voie entérale des bacilles sans bile ne sont pas vaccinées contre le virus en ingestion; celles auxquelles on administre du vaccin, après l'ingestion préalable de bile, deviennent solidement immunisées contre des doses multiples de virus en ingestion. Comme, d'autre part, ces souris si bien immunisées ne résistent pas à une simple dose de virus injectée sous la peau, il y a lieu de conclure que l'immunité conférée par le vaccin bilié est acquise seulement par l'intestin, c'est-à-dire que cette immunité est d'essence locale.

Etude « in vitro » sur l'antivirus staphylococcique. — M. L. CHAILLOT, de ses expériences, conclut que, contrairement à ce que pensent certains auteurs, l'action empêchante de l'antivirus staphylococcique n'est nullement la conséquence de l'appauvrissement du milieu en principes nutritifs, mais qu'elle est bien due à la présence d'une substance inhibitrice.

Immunisation contre le venin de cobra par les complexes venins-savons. — M. Maurice RENAUD, poursuivant ses expériences sur la neutralisation des venins par la solution des savons, a constaté que les complexes venins-savons finissent par perdre toute toxicité, mais gardent un pouvoir antigénique spécifique. Le sérum de lapins injecté régulièrement pendant quelques semaines, non seulement acquiert la propriété de précipiter les solutions de venin à un taux élevé et de dévier le complément, mais encore de neutraliser la toxicité du venin « in vitro » et de protéger le cobaye contre l'injection de doses mortelles.

Les cobayes peuvent acquérir, bien que plus difficilement, une immunité active suffisante pour leur permettre de supporter l'injection de la dose mortelle.

L'expérience établit donc d'une façon certaine que les savons se comportent envers les venins exactement comme ils se comportent vis-à-vis des toxines microbiennes.

Développement et croissance de chiens élevés avec un lait artificiel renfermant des protéines viscérales. — M. Maurice RENAUD a suivi la croissance et le développement de jeunes chiens élevés dès leur naissance avec un lait artificiel composé de lacto-sérum, de crème, de caséine, de lactalbumine et de tissus de veau (foie, rate, sang, cervelles) floculés et réduits en fines particules, ce qui les rend éminemment assimilables et supprime le stade gastrique de la digestion.

Les animaux n'ont présenté aucun trouble digestif, leur croissance a été rapide et régulière.

Ces expériences établissent que les animaux les plus jeunes sont susceptibles d'utiliser d'autres albumines que celles du lait, surtout quand elles sont données sous une certaine forme.

Au sujet de l'encéphalo-myélite épizootique du renard. — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et J. BAZIN rapportent deux observations concernant l'existence de cette maladie en France. Les auteurs concluent que : 1. l'encéphalomyélite épizootique du renard peut sévir dans les élevages de France, soit sur des renards argentés importés du Canada, soit sur des jeunes animaux de la même espèce nés dans nos renardières; 2. le virus de la maladie de Green est virulent pour les jeunes renards d'Europe; 3. l'incubation de l'encéphalite expérimentale du renard (inoculation transcranienne) peut parfois être de très longue durée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1930)

Résultats et indications de l'ostéosyntèse dans le mal de Pott chez l'enfant. — M. H. BILLET présente deux malades opérés depuis près de deux ans, dont la guérison peut être considérée maintenant comme définitive. Chez l'un de ces malades, ce fut un fléchissement inquiétant de l'état général; chez l'autre, l'apparition d'une paraplégie qui déterminèrent le chirurgien à pratiquer l'opération d'Albee.

M. Billet rappelle, à propos de ces cas, la discussion qui s'est développée au Congrès de chirurgie de 1929. S'il reste un partisan déterminé et convaincu de l'abstention opératoire dans le traitement des tuberculoses chirurgicales en général et du mal de Pott en particulier, il constate cependant qu'il est des formes qui ne guérissent pas par ce traitement classique. C'est dans ces cas qu'il a recours au traitement chirurgical. L'immobilisation dans un corset plâtré, dans le décubitus dorsal, associée au régime diététique, à la mise en œuvre des agents physiothérapiques, constitue le traitement

de choix du mal de Pott. Mais lorsque celui-ci s'avère manifestement insuffisant, il n'hésitera pas à proposer le traitement sanglant. C'est du moins ce que les résultats qu'il a obtenus lui permettent de conclure jusqu'à plus ample informé.

Un cas d'encéphalite hémorragique localisée à symptomatologie de tumeur pédonculaire. (*Présentation de pièces.*) — MM. LANGERON et GALIÈGUE.

La recherche du bismuth dans les organes et les liquides de l'organisme. — MM. PAGET, BOURGAIN et WARGNEZ décrivent les techniques de dosage qu'ils ont établies pour l'évaluation du taux du bismuth dans les organes et les liquides de l'organisme.

L'application de leur procédé au dosage du bismuth, contenu dans un fragment de foie syphilitique pesant 4g65, leur a permis d'en caractériser 3cg65, tandis que les déterminations analogues portant : 1° sur le liquide duodénal d'un individu atteint d'ictère bismuthique; 2° sur les urines d'un malade ayant reçu quinze injections de Quinby, ne les ont conduits qu'à la caractérisation de traces de ce métal.

Dans ce dernier cas, les recherches faites dans les matières fécales, le sang et le liquide duodénal, avaient été négatives.

Les méthodes préconisées par les auteurs permettent de suivre très aisément l'élimination des sels de bismuth chez les malades traités par ce produit médicamenteux.

Traitement de l'infection puerpérale par les sels d'arsenic. — MM. FAVREAU et LAMELIN rapportent les heureux résultats qu'ils ont obtenus par l'emploi systématique de sels d'arsenic (914 ou sulfarsénol) dans le traitement de l'infection puerpérale au début ou préventivement.

Ils emploient 0cg18 trois jours de suite, puis tous les deux jours et ceci jusqu'à guérison complète. Il n'y a jamais eu d'échec.

Dans les cas avancés, il n'en est pas de même; les insuccès sont possibles.

Paludisme et réaction de Bordet-Wassermann. — M. ARCHER. Il est de notion courante que le Bordet-Wassermann est généralement positif chez les malades atteints de protozooses ou de maladies voisines, en particulier le paludisme, et qu'il n'est permis de tirer aucune déduction formelle d'un résultat positif obtenu, par exemple, chez un paludéen.

De ses recherches faites au Maroc et de deux observations récentes, l'auteur conclut que le paludisme ne semble avoir sur le Bordet-Wassermann qu'une influence problématique si toutefois l'on utilise une méthode précise et des réactifs convenables.

Qu'il faut condamner en particulier la méthode originelle de Wassermann et rendre ses imperfections responsables de la légende qui accuse le paludisme de « positiver » les réactions sérologiques de la syphilis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1929)

Trois observations de laminectomie pour fracture du rachis. — M. BERTRAND apporte deux résultats éloignés et un résultat récent.

La première observation concerne un jeune homme de dix-huit ans atteint d'une fracture de la Ire vertèbre lombaire compliquée d'une section de la moelle.

Mort au bout de huit mois par septico-pyohémie.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une fracture de la Ire lombaire avec compression médullaire par esquille osseuse chez un homme de cinquante-cinq ans hospitalisé avec une paraplégie complète et flasque.

Le malade, revu dix mois après la laminectomie, marche sans canne.

Dans le troisième cas, enfin, la paraplégie flasque et complète avec rétention était due à la compression de la moelle par un caillot siégeant entre la dure-mère et la Ire lombaire fracturée. Récupération très rapide de la motricité, de la sensibilité et du fonctionnement des réservoirs. Le malade encore hospitalisé peut être considéré comme guéri.

Enorme tumeur fibro-adipeuse de la cuisse. — M. DIEULAFÉ. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans présentant une tumeur de 5kg300, largement sessile et siégeant sur la face interne et postérieure de la cuisse gauche. Cette tumeur adhérait aux vaisseaux fémoraux profonds. Malgré son poids et son énorme volume, la malade faisait chaque jour le dur travail des champs.

Au cours des ostéo-périostites maxillaires faut-il enlever la dent causale en période aiguë? — M. Marcel BOUVIER rappelle d'abord la classification faite à la Société de chirurgie de Paris, le 12 juin 1929, par M. Brocq, concernant les accidents infectieux à point de départ dentaire et la conduite à tenir dans chacun de ces cas. Il montre ensuite que la difficulté réside surtout dans la conduite à tenir en présence des cas de moyenne gravité. Dans ces cas, de nombreux praticiens préconisent les méthodes dites indirectes : la vaccinothérapie, l'électrargol, en injections intramusculaires profondes, le bactériophage de d'Hérelle. L'auteur étudie en détail chacune de ces méthodes et en expose les résultats. Il conclut sur la nécessité de la méthode directe, c'est-à-dire de l'extraction précoce, et montre les services que peut rendre l'utilisation systématique de cette technique.

Deux observations de cancer du testicule. Adénopathie lombaire. — M. DAMBRIN.

Trachéotomie et anévrisme de l'aorte. — M. André VIELA rapporte une de ses observations de trachéotomie. Il s'agit d'un malade atteint de néoplasme du larynx arrivé à la période asphyxique et hospitalisé d'urgence dans le service de M. le professeur Escat. Un énorme paquet ganglionnaire rendant impossible la trachéotomie sous-cricoïdienne, la tête du malade fut mise en hyperextension, et l'auteur, ayant abandonné le bistouri et décollant au doigt, tomba sur un volumineux anévrisme aortique débordant de 3 centimètres le manubrium sternal. Il peut cependant mettre en place la canule, en réclinant en haut le bord inférieur de la masse ganglionnaire. Le malade succomba, six jours après, de broncho-pneumonie.

M. Viela croit que de pareils faits sont rares. Cependant, par suite de la terminaison dramatique qu'ils pourraient occasionner, il est bon d'y songer; quand on est contraint d'inciser la trachée très bas, il est judicieux, par une exploration préalable de la zone sus-manubriale, de s'assurer de l'absence de battements vasculaires anormaux. D'autre part, la présence d'une grosse adénopathie adhérente aux cartilages laryngés et à la trachée rend souvent impossible la laryngotomie intercricothyroïdienne. L'auteur estime que, dans ces cas, mieux vaut contourner par son bord inférieur la masse ganglionnaire que d'essayer de la transfixer pour atteindre plus vite le conduit trachéal.

Une observation de phlébite pelvienne emboligène post-abortum. — MM. BAUDET et SUC rapportent l'observation d'une malade qui, à la suite d'un avortement provoqué, a présenté des signes d'infection utérine avec état général rapidement altéré.

Dyspnée intense ayant coïncidé avec un violent point de côté la veille de son entrée à l'hôpital. Météorisme abdominal, œdème mou, discret de la région pubienne. Utérus en subinvolution douloureux, cul-de-sac droit également douloureux et déplissé.

Selles liquides très fétides.

Pluie de râles sous-crépitants et submatité à la base pulmonaire droite en rapport avec le siège de l'embolus.

Température 39, pouls 120.

Drainage utérin au Dakin continu, uroformine intraveineuse, révulsion thoracique et carbonate de gaïacol.

Malgré le traitement nouveau, point de côté trois jours après.

Dyspnée et douleur très intenses. La malade meurt en quelques heures emportée par un nouvel embolus au tiers moyen du poumon droit. Les auteurs insistent sur le dépistage des petits signes tels que l'œdème pubien très utile à connaître au point de vue pronostique et thérapeutique.

Un cas de duplicité et un cas de bipidité de l'uretère. — M. Martin.

A propos de deux cas de pérityphlite. — M. Lefebvre.

LIVRES NOUVEAUX

Le rachitisme. Etiologie. Pathogénie. Traitement (1), par A. B. Marfan.

Il est des sujets dont l'intérêt rebondit alors qu'il paraissait épuisé. Tel, le rachitisme. Il y a vingt ans, on croyait bien avoir acquis, sur le mécanisme des lésions osseuses qui le caractérisent, des notions définitives. Viennent les travaux des auteurs américains sur le rachitisme expérimental, des Allemands sur les effets remarquables que donnent, dans le traitement de cette affection, les rayons ultra-violets et l'ergostérol irradié, et tout semble remis en question. Nous disons *semble*, car, en réalité, ces dernières données ne sont seulement en opposition avec ce que nous savions déjà. Aujourd'hui comme hier, après comme avant ces découvertes, un fait existe acquis, c'est que toutes les infections et toutes les intoxications prolongées peuvent conduire au rachitisme, du moment qu'elles interviennent à une période de la vie où l'ossification est particulièrement active et où elle présente des caractères particuliers, cette période allant du deuxième mois de la vie fœtale à la fin de la première année de la vie extra-utérine. Sous l'influence de ces divers facteurs, la moelle, dans le voisinage du cartilage de conjugaison, prolifère, puis s'épuise : ainsi se crée le tissu spongoïde, caractéristique du rachitisme à la période d'état, avec arrêt de la calcification, avec aussi intumescence des organes lymphoïdes, anémie et atonie musculaire. Que valent, contre ces faits, les théories fondées sur les expériences auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure? Ne peut-on faire valoir que la carence solaire ne suffit pas, à elle seule, à produire le rachitisme humain, qu'il y a loin de celui-ci au rachitisme expérimental, que le stérol, normalement produit par l'économie, a pour rôle de favoriser la calcification et de protéger la couche cartilagineuse du jeune enfant contre l'action des toxi-infections? Ne peut-on supposer que ces toxi-infections empêchent la production de l'ergostérol ou favorisent soit sa destruction, soit son élimination ou encore l'empêchent d'être activée par la lumière solaire? Hypothèse ingénieuse, qui rend compte de tous les faits d'observation, et que M. le professeur Marfan expose avec sa traditionnelle maîtrise.

L. Babonneix.

(1) « La pratique médicale illustrée ». Directeurs, professeur E. Sergent, R. Mignot, R. Turpin. Un volume in-8 de 50 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, 1930, G. Doin, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT

ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

L'orchi-épididymite tuberculeuse est la plus fréquente des tuberculoses génitales de l'homme.

C'est une lésion bien localisée frappant avant tout l'épididyme. Son pronostic est fonction des lésions viscérales associées : s'il s'agit d'une épididymite chez un tuberculeux ce ne sera qu'un épiphénomène sans intérêt chirurgical. Nous considérerons donc surtout ici la tuberculose isolée de l'épididyme chez un sujet apparemment indemne d'autres foyers; celle-là est susceptible d'un traitement curateur.

ÉTIOLOGIE

La tuberculose orchi-épididymaire se rencontre à tout âge, peut-être plus fréquemment dans l'adolescence et chez l'homme jeune. On a cité des causes prédisposantes telles qu'une maladie anergisante, un fléchissement momentané de l'état général. D'autre part, la tuberculose s'est greffée parfois sur un ancien noyau gonococcique ou sur un testicule traumatisé.

PATHOGÉNIE

L'envahissement par voie sanguine est presque la règle. Le bacille de Koch provient alors de foyers viscéraux discrets (adénopathie trachéo-bronchique, petites lésions pulmonaires ou rénales).

D'autres voies ont été signalées : l'infection descendante d'origine vésico-prostatique serait assez fréquente. A titre d'exception nous citerons la voie urétrale et la voie vagino-péritonéale spéciale à l'enfant.

SYMPTOMES

1. **Début.** — Le début en est toujours insidieux.

Le malade ne vient consulter que tardivement et pour des troubles variables et non caractéristiques. Ce sont des *signes fonctionnels aberrants* qui souvent déjà marquent la tendance extensive de la lésion. Ou bien c'est la *constatation d'une induration anormale* qui inquiète le sujet. Enfin, très fréquemment *une hydrocèle* vient masquer la lésion. La ponction de cette hydrocèle s'impose donc avant de pratiquer l'examen méthodique.

Examen physique. — 1. *Du côté malade*, l'examen révèle donc l'existence d'un noyau. C'est une tuméfaction de faible volume puisqu'elle ne déforme pas la bourse. De la taille d'une noisette, d'un pois, elle siège *sur l'épididyme*, le plus souvent au niveau de la queue, rarement à la tête. De consistance dure, mobile sur les plans superficiels, elle est irrégulière de forme et parfaitement indolente.

Fait important, ce noyau comble l'espace interépididymo déférentiel, il efface l'anse du déférent.

Le *testicule*, le *déférent* sont normaux.

2. Le *côté opposé* est sain.

3. Le *toucher rectal* systématique montre que vésicules et prostate ne sont pas atteints.

Enfin, il faut compléter cet examen par l'*examen viscéral* : reins, poumons en particulier.

Mais il est rare de constater l'existence d'une pareille lésion de tout début. Aussi n'est-ce qu'à titre de découverte d'examen complet que nous la signalons.

2. **Période d'état.** — Les *signes fonctionnels* sont peu intenses et surtout inconstants. Ce sont des signes d'emprunt et surtout d'extension.

Le malade peut accuser : de la dysurie, de la pollakiurie parfois même de petites hématuries; des douleurs prostatiques; des pollutions nocturnes et de l'hémospermie; quelquefois un écoulement urétral chronique.

Examen physique. — Les lésions sont beaucoup plus évoluées.

L'*épididymite* est étendue, *bipolaire* : l'épididyme est pris en masse. La queue est très déformée, la tête augmentée de volume et indurée. L'aspect général est celui du « cimier de casque coiffant le testicule et lui adhérant intimement dans sa partie supérieure.

L'*anse épididymo-déférentielle* est effacée, mais on retrouve encore en avant une dépression nette entre testicule et épididyme, c'est le sillon épididymo-testiculaire dont l'intégrité permet encore l'épididymectomie.

Il faut rechercher au pôle postérieur une adhérence précoce aux plans cutanés.

Le *testicule* est souvent d'apparence normale, mais il a perdu sa sensibilité à sa partie supérieure. Parfois augmenté de volume dans son ensemble, et induré; en pratique il est toujours lésé plus ou moins ainsi que le montre l'intervention, surtout dans la région du corps d'Highmore qu'il faudra curetter ou cautériser.

Le *déférent* est envahi dans ses premiers centimètres. Il est gros, légèrement sensible, induré avec par places des zones ramollies. Son envahissement irrégulier justifie la classique comparaison du chapelet et sera la cause de difficultés opératoires.

La *vaginale* est souvent le siège d'un léger épanchement.

De l'*autre côté*, rien d'anormal ou déjà un petit noyau.

Le *toucher rectal* montre à cette période des lésions génitales du carrefour qui sont confirmatives et font la preuve de la tuberculose.

La *prostate* est augmentée de volume et parsemée de noyaux plus ou moins ramollis réalisant l'aspect en « grains de plomb » ou un gros noyau unique. Les lésions peuvent être diffuses ou unilatérales.

De même les *vésicules séminales* sont grosses, « injectées au suif » d'un ou des deux côtés.

L'existence de telles lésions bilatérales ou croisées sera toujours d'un mauvais pronostic car elle semble impliquer une bilatéralisation rapide de l'épididymite.

L'examen général est là encore d'une importance considérable. Le malade est-il un tuberculeux rénal ou pulmonaire? Il faudra l'établir par un examen soigneux, clinique et radiologique, car c'est sur ce point qu'est basé le pronostic. Souvent il ne s'agit que de lésions discrètes et non évolutives (adénopathies hilaires, symphyse pleurale, etc.) assez rarement d'une tuberculose ouverte et active. On peut donc dire que chez la majorité de ces malades la lésion génitale peut être considérée comme primitive, et susceptible de guérison par un traitement approprié. (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Epopée de Bicêtre, œuvre de jeunesse du professeur Jean-Louis Faure, va être rééditée. Elle sera tirée à 1.000 exemplaires tous numérotés, et vendue au prix de 20 fr.

Ni le professeur J.-L. Faure, ni l'éditeur M. Bernard, ne veulent tirer un profit de cette réédition. Le bénéfice en sera entièrement versé à l'œuvre des *Amis des soldats aveugles* dont le fondateur fut M. René Vallery-Radot et dont le président est M. le général Sainte-Claire-Deville.

S'inscrire au *Rictus*, directeur E.-D. Bernard, 40, rue Saint-André-des-Arts, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 10. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 1er FÉVRIER 1930. — N° 10.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Thiéry, Ombrédanne, J.-L. Faure, Delbet, Lenormant, Proust, Descomps.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux s'ouvrira le mardi 29 avril 1930, à 8 h. du matin.

S'inscrire au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux, avant le 14 avril 1930.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Un emploi d'agrégé de chirurgie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger est déclaré vacant. (*J. O.*, 28 janv. 1930.)

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Un concours pour une place d'agrégé de la Faculté libre de médecine, section anatomie, s'ouvrira dans le courant du mois de juillet 1930. Le candidat nommé à la suite de ce concours sera chargé d'un cours d'anatomie et remplira les fonctions de chef des travaux d'anatomie. Il sera nommé pour neuf ans avec prolongation d'une ou plusieurs périodes de trois ans. — S'inscrire avant le 1er juin auprès du Recteur de la Faculté libre.

GUERRE. — (Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Coulogner (Indochine), en remplacement de M. le médecin général Houillon, placé dans la section de réserve; Mathis (Dakar), en remplacement de M. le médecin général Condé, placé dans la section de réserve.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Le *Journal officiel* du 23 janvier publie l'instruction ministérielle relative à l'admission en 1930 dans les trois Ecoles annexes de médecine navale et à l'École principale du Service de santé de la marine.

UMFIA. — L'assemblée générale de l'Union médicale latine aura lieu le samedi 15 février 1930, à 9 h. du soir, Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, Paris.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXIVe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Lille, du 21 au 26 juillet 1930.

Président : M. le professeur Abadie (de Bordeaux).

Vice-président : M. le docteur Pactet, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine.

Secrétaire général : M. le docteur Pierre Combemale, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, médecin des Asiles.

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIVe Session.

Psychiatrie : *Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales.* — Rapporteur : M. le docteur Lamache, ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris.

Neurologie : *Les réflexes de posture élémentaires.* — Rapporteur : M. le docteur Delmas-Marsalet, chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Assistance psychiatrique : *L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux.* — Rapporteur : M. le docteur Calmettes, médecin chef de l'Asile de Limoges.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Pierre Combemale, secrétaire général de la XXXIVe Session, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

Le prix de la cotisation est de 50 fr. pour les membres adhérents et de 30 fr. pour les membres associés. Les mem-

bres adhérents inscrits avant le 10 juin 1930 recevront les rapports dès leur publication.

LE IIe CONGRÈS ITALIEN DE MICROBIOLOGIE se tiendra dans la seconde quinzaine de mars 1930, à Milan. — Renseignements : secrétariat Milano via Darwin, 20.

LE XXVIe CONGRÈS ITALIEN DE DERMO-SYPHILIGRAPHIE se tiendra à Rome les 24-26 avril 1930. — Secrétariat : docteur Vincenzo Montesano, Piazza Campo Marzio 3, Roma 120.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le professeur Rogas (de Buenos-Aires) fera le mardi 12 février, à 11 h., dans le service de M. Laignel-Lavastine une leçon sur le diagnostic des impuissances.

LE BAL DU « JEUNE MÉDECIN ». — La revue mensuelle *Le jeune médecin* organise le samedi 15 février, dans les salons de la Sorbonne et sous la présidence de M. Roger, doyen de la Faculté de médecine, un grand bal de nuit. Nous publierons prochainement le programme de cette fête qui s'annonce comme devant être joyeuse.

On peut se procurer dès maintenant des cartes d'entrée en s'adressant à M. Pouzergues, 71, rue de Rennes (VIe).

Prix : 20 fr.; cavalières, 10 fr.; cavaliers, 10 fr.; étudiants membres d'une association ou habitant la cité universitaire, 7 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Giorgio Rattone, sénateur du royaume d'Italie, professeur de pathologie générale à l'Université royale de Parme; MM. les docteurs Defond (de Lyon-Vaise), Louis Fournier, médecin des hôpitaux de Paris; Maurice Griolet (de Molières-sur-Cèze, Gard), J. P. J. de Koninck (de Louvain); Charles Andrieux (de Neuilly-en-Thielle, Oise), victime du devoir professionnel; Domingo Cabred (de Buenos-Aires), Alexandre Rosner, professeur de gynécologie à l'Université de Cracovie.

CHRONIQUE

LE VIe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE LA CÔTE D'AZUR

26 décembre 1929-8 janvier 1930.

Le voyage d'hiver organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen était placé cette année sous la direction scientifique du professeur Marcel Labbé et du professeur agrégé Laignel-Lavastine, auxquels s'étaient joints M. le doyen Euzière et M. le professeur Paul Delmas (de Montpellier). Il réunissait une centaine de médecins dont plus de la moitié étaient venus de fort loin, des Pays-Bas, de Belgique, du Luxembourg, d'Angleterre, du Danemark, de Roumanie, de Tchéco-Slovaquie et du Canada.

Quelques aimables confrères de la presse médicale : M. Duchesne, du *Concours*; M. Boulanger, du *Progrès médical*; Mme Grand, du *Siècle médical*: MM. Vialard, du *Paris médical*, et Boudin, de l'UMFIA, accompagnaient ce beau voyage dont le parcours, grâce à la sage direction de M. Maurice Faure, l'actif et sympathique président de la Société médicale du Littoral méditerranéen, s'est effectué avec le plus grand confort et sans le moindre à-coup.

Le programme comportait, outre la cérémonie pastorienne de Bordighera dont nous avons déjà rendu compte (1), une *partie touristique*, d'un incomparable attrait, même pour les vieux habitués de la côte.

Au point de vue médical, il permettait de délimiter les trois zones très distinctes qui caractérisent la Côte du Var et des Alpes-Maritimes :

Le littoral proprement dit, si favorable aux cures héliomarines, avec Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Nice, Monaco, Menton.

L'Hinterland de Valescure, de Grasse et de Vence ensoleillé, abrité et doué de précieuses vertus sédatives.

Enfin les stations d'altitude des Alpes maritimes avec Thorenc, Peïra Cava et Saint-Martin Vésubie.

Partout des causeries médicales, des conférences historiques, des visites de cliniques, d'établissements hospitaliers, d'instituts hélio-marins; d'usines parfumées comme à Grasse, ou d'établissements d'hygiène urbaine comme la remarquable usine d'ozonisation de Nice, de laboratoires comme ceux de M. Voronof à Grimaldi, de jardins tropicaux comme ceux de la Mortola et de Monte-Carlo, ont permis aux visiteurs de voir la côte sous ses multiples aspects.

Mais tous ont été frappés par les progrès énormes de l'urbanisme, de l'hygiène et du confort hôtelier. Les routes sont admirables et sans poussière, l'aspect de propreté des propriétés riveraines s'en ressent. Quand on revient d'Italie, où les routes sont cependant en grand progrès, car on travaille beaucoup et très bien chez nos voisins, on a vraiment la sensation de rentrer à Paris par l'avenue du Bois. Ces remarques ne sont pas inutiles au moment où les stations de la Riviera sont injustement dénigrées.

Malgré la rapidité du voyage, les organisateurs et le charmant conducteur, Jean-Paul Faure, ont su ménager aux voyageurs des loisirs suffisants pour se reposer. Ce n'était pas inutile après les réceptions et les banquets somptueux et délicats qui nous ont été offerts et ce détail a été vivement apprécié par les dames nombreuses et élégantes qui prenaient part au voyage.

A la belle promenade effectuée sur le Littoral, ensoleillé et fleuri, venaient s'ajouter deux excursions dans les Alpes et en Corse organisées dans les mêmes conditions de confort et de régularité.

Comment s'étonner du succès que remportent les voyages de la Société du Littoral, ainsi que ceux qu'elle organise en été dans les Cévennes et les Pyrénées, en liaison avec la Fédération médicale des Pyrénées! Les inscriptions, nous le savons, affluent déjà pour le prochain voyage de Pâques [Provence et Corse (1)]. C'est de la belle et bonne propagande française que font là notre ami Maurice Faure et tous les aimables confrères qui nous ont si amicalement reçus.

F. L. S.

(1) La commémoration du séjour de Pasteur à Bordighera en 1886-1887, voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 99, p. 1778, et 1930, n° 4, p. 50.

(1) Pour les voyages de la Côte d'Azur, s'adresser au secrétariat 24, rue Verdi, à Nice. Pour lee voyages des Cévennes-Pyrénées, s'adresser au secrétariat, La Malou (Hérault).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GÉNÉRALE

LA SCIATIQUE

(ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE ET DIAGNOSTIC)

Par P. LAGÈZE,

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.
(Travail de la clinique médicale du professeur J. Paviot.)

I

Historique. — On entend généralement sous le nom de névralgie sciatique, ou le plus souvent même de « sciatique » tout court, un syndrome douloureux du membre inférieur dont l'aspect clinique et la topographie sont loin d'être toujours identiques.

Une chose, en effet, frappe tout d'abord, moins à la lecture des traités classiques qu'à celle des observations cliniques : le polymorphisme de cette affection, la fréquence de ses formes anormales ou incomplètes, l'inconstance et l'incertitude des signes dit pathognomoniques qui permettent d'en faire le diagnostic et le pronostic.

Une autre chose enfin n'a pas manqué d'attirer l'attention de quelques auteurs, c'est qu'il est certain qu'on englobe sous ce même nom de « sciatique » des faits cliniques très différents et dont un grand nombre n'ont aucun rapport avec le nerf sciatique lui-même. Nous verrons à propos des sciatiques dites « essentielles » ce que l'on est en droit de dissocier aujourd'hui dans le cadre un peu confus du syndrome sciatique tel qu'il est classiquement conçu.

La sciatique fut pour la première fois décrite avec quelque précision par Cotugno au XVIIIe siècle sous le nom d' « ischias nervosa postica », description faite dans le but de distinguer la douleur due au nerf, de celle relevant d'ostéites ou d'arthrites de voisinage.

Valleix, en 1841, en fit une étude plus complète dans son « Traité des névralgies », signalant l'existence de points douloureux à la pression, points de Valleix qui sont depuis restés classiques et qui furent longtemps considérés comme pathognomoniques de la souffrance du nerf. Nous verrons ce qu'il faut en penser aujourd'hui.

Lasègue, après lui, décrivit d'autres symptômes de même ordre, qui ne semblent plus avoir actuellement de valeur rigoureuse.

Landouzy fit le premier essai de classification clinique en distinguant la névralgie, forme bénigne, de la névrite forme grave, tenace et rebelle.

Babinski, en 1896, signala l'abolition fréquente du réflexe achilléen, puis Déjerine individualisa la sciatique radiculaire.

Enfin, pendant la guerre et depuis, les travaux de Guillain et Barré, Camus et Sézary, H. et J. Forestier, Léri et Schaeffer, Lortat-Jacob et Sabaréanu, Sicard et Roger, Roussy, A. Thomas, Villaret et Faure-Beaulieu, s'attachèrent à dissocier les manifestations objectives du syndrome douloureux et à en compléter les conceptions anatomiques et cliniques.

Et pourtant, malgré tous ces travaux si précis et si documentés, le diagnostic de sciatique que l'on fait si aisément, peut-être même trop facilement, ne satisfait pas toujours le clinicien le plus avisé. Sans doute est-ce parce que la sciatique « rhumatismale » ou « essentielle », ou « a frigore», n'explique rien et que, par ailleurs, aucun facteur étiologique ne peut être invoqué, même après l'examen clinique le plus minutieux.

On est étonné en parcourant la bibliographie des sciatiques de voir le nombre considérable des travaux qui ont été consacrés aux radiculites qui sont presque toujours symptomatiques, secondaires, alors que les sciatiques tronculaires, banales, les plus fréquentes, d'origine si souvent indéterminée n'ont pas paru retenir l'attention. Alors que l'on s'attache de plus en plus à dissocier les maladies dites « essentielles », les sciatiques communes qui le sont si souvent n'ont pas encore été l'objet de tentatives de démembrement.

Deux faits pourtant sont d'acquisition relativement récente : d'une part, la sacralisation de la Ve vertèbre lombaire avec les travaux de Bertolotti, Léri, Nové-Josserand, et la lombalisation de la Ie vertèbre sacrée étudiée par Léri et Engelhard, anomalies osseuses pour lesquelles la discussion n'est pas près d'être close. D'autre part, les funiculites de Sicard et Forestier, « syndromes du trou de conjugaison », ont été minutieusement étudiées par de nombreux auteurs.

D'autres faits enfin, plus récents, semblent devoir largement contribuer au démembrement des sciatiques essentielles, nous aurons l'occasion d'y revenir.

II

Formes anatomiques. — On distingue couramment des formes anatomiques ou plus exactement des *formes topographiques* de la lésion du nerf auxquelles correspondent cliniquement des symptômes qui leur sont propres. S'il paraît assez facile de concevoir anatomiquement la possibilité d'une telle distinction, il n'est pas toujours possible cliniquement d'y superposer les faits.

En suivant le nerf depuis ses branches d'origine jusqu'à sa bifurcation, on peut distinguer successivement :

1° La sciatique radiculaire, ou *radiculite*. — « Les radiculites sont la conséquence de l'irritation des racines par l'inflammation du cul-de-sac méningé qui les entoure au moment où elles traversent les méninges » [L. Ramond (1)]. On conçoit ainsi que les inflammations méningées chroniques : syphilitiques, tuberculeuses, par exemple, puissent aisément déterminer des sciatiques radiculaires.

2° La sciatique funiculaire, ou *funiculite*. — Elle ne correspond plus à la lésion des racines mais à celle des nerfs rachidiens dans le tunnel osseux qu'ils traversent avant de s'unir entre eux pour former le plexus sacré. Ces funiculites, étudiées par Sicard (2), par J. Forestier (3), par Stœber (4), sont le plus souvent en rapport avec des lésions osseuses

ou fibreuses du trou de conjugaison retentissant secondairement sur les organes qui le traversent.

3° LA SCIATIQUE PLEXITE, ou *plexite sacrée.* — Elle n'est pas rare et s'explique par les rapports anatomiques de voisinage. On sait, en effet, qu'à leur sortie des trous de conjugaison et des canaux sacrés les branches du sciatique s'unissent en plexus, s'étalent à la face antérieure de l'articulation sacro-iliaque, en plein bassin, en arrière des organes pelviens qui pourront, dans certains cas, les comprimer facilement. La plexite sacrée peut s'observer ainsi au cours des arthrites sacro-iliaques (sacrocoxalgie surtout), des inflammations ou des néoplasmes pelviens, au cours même de la grossesse (compression par l'utérus gravide).

4° LA SCIATIQUE TRONCULAIRE OU *tronculite* — Ici, le nerf est lésé dans son trajet périphérique ou tout au moins, il paraît l'être. A côté des cas, assez exceptionnels d'ailleurs, où l'on peut trouver une cause anatomique au syndrome douloureux : ostéite ou tumeur osseuse du bassin (échancrure sciatique, gouttière ischo-trochantérienne) ou du fémur, le plus souvent la cause manque totalement. Or, ce sont précisément ces sciatiques tronculaires qui paraissent être de beaucoup les plus fréquentes.

III

Etude clinique du syndrome sciatique. — Le syndrome sciatique est avant tout une algie du membre inférieur évoluant par accès, par crises paroxystiques entre lesquelles le malade garde un endolorissement plus ou moins marqué qui est à chaque instant réveillé par l'effort, le jeu musculaire ou d'autres fois sans cause apparente.

Le début est le plus souvent insidieux et lent. Quelques mouvements particuliers deviennent douloureux, puis la marche elle-même est de plus en plus pénible, tous ces phénomènes s'aggravant rapidement malgré le repos relatif que s'est imposé le malade.

Beaucoup plus rarement, l'algie débute brusquement de façon aiguë, violente, empêchant presque d'emblée tout mouvement. Elle dure une semaine ou deux, s'atténue, puis disparaît à peu près complètement pour reparaître quelques mois après et s'installer alors de façon plus durable.

A la période d'état, le malade se présente avec un tableau clinique plus ou moins net dans lequel l'élément essentiel est la douleur subjective.

Les douleurs sont en réalité très variables dans leur siège et dans leur étendue. Il ne faut pas s'attendre à se trouver souvent en présence du schéma classique, du malade qui souffre « de la fesse au talon », dans tout le trajet du grand sciatique et de ses branches.

Presque toujours, la douleur est limitée à un des segments du membre inférieur. Parfois elle s'observe uniquement à la fesse (sciatiques hautes de Sicard), d'autres fois à la face postérieure de la cuisse, plus rarement à la face latérale externe de la jambe ou au mollet.

Le type le plus fréquent est la douleur qui s'étend du creux poplité à la région de la grande échancrure sciatique et selon l'image habituelle, c'est par le geste de « frotter une allumette » que le malade désigne le siège de ses douleurs.

Elles ont pour caractère d'être continues, entrecoupées par instants d'accès paroxystiques.

Les douleurs continues sont sourdes, mal localisées, il s'agit plutôt d'un endolorissement vague que de douleurs vraies.

Les paroxysmes sont souvent des douleurs atroces que le malade compare à un coup de couteau, à une morsure ou à une brûlure profonde. Ils ne durent que quelques instants mais quand ils se répètent à intervalles rapprochés, leur violence est telle que le malade, craignant de les voir apparaître, reste confiné au lit ou dans l'immobilité absolue.

Deux points méritent d'être précisés à propos de ces paroxysmes. C'est, d'une part, leur mode d'apparition; d'autre part, leurs irradiations. Certains malades, en effet, affirment que ces paroxysmes n'apparaissent jamais au repos mais seulement à l'occasion de l'effort ou de la fatigue alors que d'autres ont des douleurs paroxystiques spontanées et fréquemment nocturnes, pendant le sommeil. D'autre part, alors que certains n'accusent les douleurs que dans le territoire du sciatique d'autres, au contraire, présentent des irradiations soit à la face antérieure, soit en dedans vers les organes génitaux ou simplement à la face interne de la cuisse.

La conséquence de ces douleurs est de rendre quelquefois la marche impossible, le malade confiné dans son fauteuil évite tout mouvement qui puisse réveiller sa crise douloureuse. Beaucoup plus souvent, en dehors des crises aiguës, le malade peut marcher, il le fait alors de façon assez particulière.

La *démarche* se fait en général en réduisant au minimum l'appui du corps sur la jambe douloureuse. Le malade marche « en saluant », fléchissant à chaque pas le tronc en avant.

Une autre conséquence de la douleur dans les sciatiques qui durent assez longtemps est l'attitude vicieuse du corps, dite *antalgique.* De toutes les attitudes vicieuses la plus fréquente est la *scoliose* qui se fait selon deux types différents : le plus souvent elle est croisée, le tronc s'inclinant du côté opposé au membre douloureux. D'autres fois, elle est homologue.

En face de ces différentes manifestations douloureuses subjectives l'examen doit avoir pour but de mettre en évidence la douleur objective, douleur provoquée par différentes manœuvres qui n'ont peut-être pas toute la valeur qu'il est classique de leur attribuer.

Le premier mode d'exploration du sciatique est la recherche de la douleur à la compression du nerf au niveau des *points décrits par Valleix.* Ces points ont été multipliés à l'excès, nous ne retiendrons que les principaux : point sacro-iliaque qui correspond à cette articulation, point fessier localisé au sommet de l'échancrure sciatique, point interischiotrochantérien au niveau de la gouttière osseuse, points fémoraux postérieurs échelonnés à la face postérieure de la cuisse, point péronier au niveau de la tête du péroné, point malléolaire externe.

Pour Valleix ces points sont douloureux parce que, à leur niveau, il est possible d'exercer électivement une certaine pression sur le trajet du nerf malade, là où ce nerf est placé superficiellement ou repose sur un plan osseux.

En réalité la critique des points de Valleix est facile et n'a pas manqué d'être faite. En effet ce n'est pas le nerf que l'on comprime, c'est d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose et les insertions tendineuses ou les masses musculaires qui le recouvrent. Aussi lorsqu'on les recherche sans idée préconçue on constate bien souvent qu'on les trouve partout ou presque, à la fesse et le long du membre, même en dehors du trajet du sciatique. Les plus constants sont ceux qui siègent au niveau de l'articulation sacro-iliaque près de l'angle sacro-vertébral, sous la crête iliaque postérieure, tous points où le nerf sciatique ne peut pas être atteint.

A côté des cas où les points de Valleix paraissent assez nets il en est beaucoup d'autres où ils n'ont aucune valeur localisatrice et l'on peut dire que s'ils mettent en évidence la douleur en une région déterminée, ils ne permettent jamais d'affirmer que c'est le nerf qui est malade plutôt que le muscle ou les plans superficiels.

Après la constatation des points de Valleix il est classique de rechercher la douleur à l'élongation du nerf que l'on peut mettre en évidence par différentes manœuvres.

Le *signe de Lasègue* est positif lorsque la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant maintenue en extension, provoque une vive douleur.

Le *signe de Bonnet* révèle une douleur analogue par la flexion de la cuisse sur le bassin avec adduction forcée, la jambe étant fléchie sur la cuisse.

Nous rattacherons aux deux précédents le *signe du sciatique poplité externe de Sicard* : douleur provoquée au niveau de la tête péronière par la flexion forcée du pied.

Enfin parmi les différentes manœuvres qui réveillent la douleur sciatique nous ferons une place à part au *signe de la toux de Déjerine*, et de l'éternuement, dont le mécanisme d'action est tout différent.

Quelle valeur faut-il accorder à l'heure actuelle aux manœuvres d'élongation du nerf? Nous croyons que cette valeur est très restreinte. Tout d'abord le signe de Lasègue est positif chez un très grand nombre de malades qui n'ont par ailleurs aucun signe de sciatique. On peut même dire, qu'à partir d'un certain âge, on peut le trouver positif chez presque tous, à condition de pratiquer une flexion suffisante. D'autre part quand on analyse le signe de Lasègue chez les tabétiques qui ont une hypotonie musculaire manifeste et une laxité articulaire exagérée, on constate facilement que ce n'est pas le sciatique qui est douloureux dans l'hyperflexion du membre inférieur sur le bassin, mais la masse des muscles, des aponévroses et des plans superficiels de la face postérieure de la cuisse et de la fesse. Or c'est précisément ce qui se passe dans un certain nombre de prétendues sciatiques. « Les expériences de Baumann, faites pour expliquer le signe de Lasègue, sont entachées, disent Verger et Delmas-Marsalet, d'une erreur fondamentale : elles ont été faites sur le cadavre » (5).

Ceci est tellement vrai que Wetterwald (6) a pu décrire à côté du Lasègue classique déterminant la douleur à la face postérieure du membre, un Lasègue antérieur que l'on peut rechercher en couchant le malade sur le ventre. La simple flexion forcée de la jambe sur la cuisse est douloureuse au niveau de la région fémorale antérieure par étirement des plans superficiels, chez de nombreux malades névralgiques ou rhumatisants. C'est en somme assez analogue à ce que J. Forestier (3) a décrit sous le nom de signe du psoas dans les funiculites.

Comme les points de Valleix, les manœuvres d'élongation du nerf ne signifient qu'une chose, c'est qu'une région est douloureuse, sans préjuger de l'organe même où siège cette algie.

Après avoir étudié chez de tels malades la douleur spontanée et provoquée, il faut examiner ensuite l'*état de la sensibilité objective du membre*. Le plus souvent on ne trouve rien. Les sensibilités thermiques et douloureuses sont presque toujours respectées, la sensibilité tactile est parfois légèrement diminuée. On note par endroits de l'hypoesthésie, exceptionnellement une anesthésie vraie.

Les *troubles moteurs* sont nuls ou presque, la force musculaire est conservée et généralement égale des deux côtés.

On s'appliquera ensuite à rechercher l'*hypotonie musculaire*, qui est considérée comme un signe important. Cette hypotonie peut être observée en des régions différentes, et par comparaison avec le membre sain. L'hypotonie des fessiers peut être appréciable à l'œil par l'*abaissement du pli fessier* du côté malade (signe de Bondet) et la déviation du sillon interfessier quand on fait contracter des deux côtés les masses musculaires. L'hypotonie des muscles du mollet est mise en évidence par le *signe de l'équerre* de Barré (7) : en mettant le malade à genoux sur une chaise le pied fait avec la jambe un angle droit du côté malade et obtus du côté sain. L'hypotonie des muscles postérieurs de la cuisse se manifeste, dans la même position agenouillée sur une chaise, par la situation plus basse du talon du côté malade que du côté sain. C'est le *signe de l'abaissement du talon* de Barré (7). Quelle est la valeur de ces différents signes et de l'hypotonie musculaire en général? Tout d'abord ils manquent souvent dans des sciatiques que l'on peut authentifier, sciatiques radiculaires symptomatiques par exemple, et quand ils existent ils sont toujours assez tardifs. D'autre part on les retrouve dans tous les syndromes douloureux du membre inférieur qui durent, dans toutes les immobilisations absolues ou relatives un peu prolongées. En tout cas l'hypotonie musculaire avec ses différents signes révélateurs, n'est nullement particulière à la sciatique. Elle est identique dans les phlébites à la convalescence, dans les affections rhumatismales chroniques, par exemple.

Faut-il conclure de toutes ces critiques à l'absence de signes vraiment pathognomoniques de la lésion du nerf sciatique? Non, certains signes ont une

immense valeur, mais ils sont beaucoup plus rares que les précédents et souvent difficiles à interpréter : la présence d'une atrophie musculaire manifeste, des modifications déficitaires de la réflectivité tendineuse permettent d'affirmer non seulement l'organicité de l'algie mais encore l'atteinte nerveuse.

L'*atrophie musculaire* n'existe guère que dans les sciatiques qui durent déjà depuis quelque temps. Le plus souvent d'ailleurs, elle est légère et passerait inaperçue si on ne la cherchait pas systématiquement. Son interprétation n'est pas toujours aisée. Comme l'a montré Barré (7), même chez des sujets normaux, il existe des différences souvent considérables entre les deux jambes. Sur 20 sujets sains examinés, 5 seulement avaient les deux mollets égaux. Aussi devra-t-on en pratique rechercher cette atrophie à la face dorsale du pied en faisant redressser les orteils. On peut alors noter une diminution du muscle pédieux du côté malade et sa mollesse, c'est le *signe du pédieux* de Barré (7).

Il faut bien dire aussi qu'à côté du grand nombre de cas douteux, certains ont une atrophie musculaire globale ou élective assez nette. Quand on pourra noter ainsi une atrophie vraie avec localisation de type tronculaire ou radiculaire on aura la signature d'une lésion du nerf sciatique lui-même, sur l'un de ses segments. On ne saurait accepter l'opinion d'Helweg (8) qui met cette atrophie sur le compte de l'inactivité d'un muscle douloureux. Mais il faut se rappeler qu'à côté de l'atrophie élective classique par lésion nerveuse, il y a tout le groupe des atrophies dites réflexes. La question des troubles physiopathiques bien étudiée pendant la guerre (Babinski et Froment) a montré le rôle que peut jouer le sympathique. Enfin il importe encore de ne pas confondre atrophie et hypotonie musculaire. Il faut donc être prudent avant d'affirmer l'atrophie qui doit être indiscutable, mais qui acquiert alors la valeur d'un signe de tout premier plan.

Les *modifications de la réflectivité tendineuse* sont également importantes. Babinski montra le premier (9) que le réflexe achilléen est fréquemment diminué ou aboli du côté malade dans la sciatique. Accornero (10) a examiné ce réflexe dans 126 cas de sciatique, il donne les proportions suivantes : 32 p. 100 des cas diminué du côté malade, 16,5 p. 100 d'abolition complète de ce côté, 50 p. 100 n'ayant aucune modification des réflexes, 1,5 p. 100 à réflexe plus vif du côté malade.

En dehors du réflexe achilléen, Barré a signalé (7) la diminution ou l'abolition du réflexe rétromalléolaire externe, réflexe périosté, du côté de la sciatique alors que le réflexe achilléen peut être normal.

Villaret et Faure-Beaulieu (11) ont signalé l'exagération des réflexes musculaires par hypercontractilité idio-musculaire au niveau des jumeaux du côté malade.

Pratiquement le signe le plus important est la diminution ou plus rarement l'abolition du réflexe achilléen du membre douloureux. Ces modifications quand elles sont nettes, constituent un signe indubitable de l'atteinte du neurone périphérique.

Mais il ne faut pas oublier qu'une lésion du muscle peut les donner. Helweg (8) cite les expériences de Knapp et Thomas qui, examinant 41 coureurs cyclistes, trouvent chez tous après la course, le réflexe achilléen diminué ou aboli. De même, Œkonomakis aurait noté cette abolition après l'effort chez les coureurs olympiques.

A côté de ces deux symptômes : atrophie musculaire et modification du réflexe achilléen, dont la valeur localisatrice est incontestable, d'autres sont beaucoup plus accessoires.

Les troubles vaso-moteurs sont toujours réduits au minimum. Le plus net, qui est d'ailleurs fort rare, est la diminution de la température locale du membre malade, signalée par Landouzy, plus récemment étudié par Barré (7). Elle siégerait pour cet auteur en certaines zones d'élection : face externe de la jambe et plante du pied.

Les troubles des réactions électriques ne sont pas rares, mais ils sont toujours très légers. Néri a signalé l'hyperexcitabilité faradique et galvanique du nerf malade et des muscles qu'il innerve.

Tous ces éléments du syndrome sciatique vont s'assembler cliniquement de façons variables pour réaliser des formes différentes selon l'intensité des signes observés.

IV

Les formes cliniques des sciatiques. — *La névralgie sciatique* est la forme la plus bénigne, c'est aussi la plus fréquente. Elle se présente avant tout comme une affection douloureuse transitoire, fréquemment récidivante, très sensible aux agents externes (froid, humidité) et à la fatigue musculaire du membre atteint. Les troubles trophiques et les modifications de la réflectivité tendineuse y sont absents. Les douleurs y sont continues et paroxystiques mais toujours intermittentes, souvent fugaces, fréquemment entrecoupées de longues périodes de latence.

La sciatique névrite, à l'inverse de la précédente, est une forme plus grave, plus nette, plus durable. Les douleurs y sont plus tenaces, moins intermittentes, souvent continues. Elles s'accompagnent, d'autre part, de troubles trophiques nets, de diminution ou d'abolition du réflexe achilléen, d'attitudes vicieuses (scoliose). Des zones d'hypoesthésie ou d'anesthésie peuvent apparaître, mais à topographie périphérique. Plus rarement, on note des zones d'hyperesthésie. L'impotence fonctionnelle, dans ces cas, devient considérable.

Bien que cette distinction entre névralgie et névrite soit parfaitement classique, il nous paraît bien qu'elle est plutôt une satisfaction de l'esprit qu'une réalité clinique. Il semble qu'on ait voulu trouver un cadre capable d'englober tous les cas litigieux, toutes les observations incomplètes, tous les diagnostics d'attente. La limite même entre névralgie et névrite est purement fantaisiste. C'est ce que Chiray a schématisé dans une phrase définitive : *La névralgie est une névrite passagère, et la névrite est une névralgie qui dure.*

A notre avis, non seulement, cette distinction n'est pas justifiée et ne mérite pas de subsister, mais

encore le terme de névralgie sciatique est à rejeter car il ne s'appuie jamais sur aucun signe indiscutable. Comment peut-on songer à localiser sur un tronc nerveux très précis : le sciatique, un syndrome douloureux du membre inférieur quand on n'a pour le faire que des points de Valleix et un signe de Lasègue ou de Bonnet, tous symptômes n'ayant en eux qu'une valeur très relative. Il n'en est plus de même lorsqu'on a des signes de certitude en faveur de l'atteinte du nerf, mais alors il s'agit d'une névrite. Aussi tend-on, de plus en plus, à dire « sciatique » tout court, ou ce qui est mieux encore « syndrome sciatique ».

La sciatique radiculaire, par contre, se présente cliniquement avec des caractères qui lui sont propres. Elle est, d'ailleurs, de connaissance plus récente. Individualisée par Déjerine, elle a été bien étudiée par Lortat-Jacob et Sabaréanu (12). En dehors des douleurs qui sont très vives, surtout la nuit, apparaissent des troubles de la sensibilité objective, des zones d'hypoesthésie à topographie radiculaire, en longues bandes longitudinales, régulières, parallèles entre elles et à l'axe du membre. Pour Berthéol (13) les racines les plus fréquemment touchées seraient d'abord la Ve lombaire (8 fois sur 9), puis la première et la deuxième sacrée, enfin la IVe lombaire et la troisième sacrée beaucoup plus rarement. Le signe de la douleur à la toux et à l'éternuement est constamment positif. L'atrophie musculaire est souvent très nette, parfois même précocement. Le réflexe achilléen est rarement indemne. Enfin la ponction lombaire montre en règle générale une lymphocytose avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

On est bien loin dans ces radiculites de tous les cas douteux étiquetés névralgies que l'on veut à toute force faire entrer dans la pathologie du sciatique.

On a cherché, dans ces dernières années, à distinguer cliniquement les radiculites et *les funiculites* avec les travaux de Sicard (2) et de J. Forestier (3). L'examen du liquide céphalo-rachidien montrerait plus fréquemment de l'hyperalbuminose dans les funiculites et une lymphocytose dans les radiculites. Cette distinction, basée sur de nombreux autres arguments cliniques a été contestée par A. Thomas et Phélipeau (14), il ne semble pas, en effet, qu'elle soit toujours facile à établir.

V

Le diagnostic d'une sciatique. — Nous n'insisterons pas davantage sur le faisceau de faits cliniques dûment constatés qu'il faudra réunir pour poser de façon légitime LE DIAGNOSTIC POSITIF de sciatique.

Si le réflexe achilléen est diminué ou aboli, si l'atrophie musculaire est indéniable, la douleur sera incontestablement attribuée à la lésion du nerf, il s'agira d'une sciatique vraie.

Si l'examen soigneux du malade ne permet pas de retrouver ces signes de certitude, si l'on n'a qu'un syndrome douloureux ayant l'aspect d'une sciatique avec ses points douloureux, avec la douleur aux manœuvres d'élongation du nerf, le diagnostic de sciatique ne sera qu'un diagnostic d'attente, susceptible ou non d'être confirmé au cours d'examens ultérieurs. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de sciatiques vraies n'offrent au début aucun symptôme véritablement pathognomonique de la lésion du nerf, mais il est exceptionnel que ceux-ci n'apparaissent pas quand la douleur dure depuis quelques mois. Il est certain, d'autre part, que des algies du membre inférieur considérées comme des sciatiques, bien qu'elles n'aient aucun rapport avec ce nerf, durent non seulement des mois, mais des années sans jamais présenter d'autre test neurologique que la douleur spontanée et provoquée. Mais elles s'accompagnent de toute une série de symptômes d'ordre différent qu'il faut savoir chercher pour rapporter la douleur à sa cause véritable. C'est ce que nous aurons l'occasion d'étudier à propos du diagnostic étiologique des sciatiques dites « essentielles ».

En résumé, le diagnostic positif de sciatique est certain quand les signes pathognomoniques existent. Il doit être réservé quand ces signes manquent et doit inviter le médecin à faire un examen plus complet de la région douloureuse.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL est, en général, assez facile. On songera à éliminer tout d'abord les douleurs de la *polynévrite alcoolique* et les douleurs fulgurantes de *tabes* qui sont habituellement bilatérales et plus diffuses.

On s'assurera encore qu'il ne s'agit pas d'une *artérite, à sa phase préoblitérante.* Dans tous ces cas la recherche des signes associés permet de rapporter la douleur à sa cause.

La névralgie du fémoro-cutané ou *névralgie paresthésique de Roth* est toujours bien localisée à la face antéro-externe de la cuisse. La douleur n'apparaît qu'à l'occasion de la marche, de l'effort, de la fatigue.

Beaucoup plus important est le diagnostic avec les lésions articulaires chroniques de voisinage.

La sacro-coxalgie et les arthrites sacro-iliaques sont souvent délicates à dépister du fait des radiographies qui sont difficiles à exécuter et à interpréter, et parce que ces arthrites s'accompagnent fréquemment de sciatique vraie avec tous ses signes. Nous y reviendrons au diagnostic étiologique.

Le diagnostic le plus délicat est à faire avec *les arthrites chroniques de la hanche*, parce qu'elles sont très fréquentes (beaucoup plus que les arthrites sacro-iliaques) parce qu'elles donnent des douleurs fessières s'irradiant dans le membre inférieur, enfin parce que la lésion articulaire passe presque toujours inaperçue si on ne la recherche pas systématiquement. D'où la nécessité absolue en face de tout syndrome sciatique de faire un examen soigneux de l'articulation qui pourra montrer la limitation des mouvements, la raideur, la douleur qu'ils provoquent, ainsi qu'une radiographie qui en confirmant les données cliniques permettra d'apprécier l'état des pièces articulaires.

LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE est évidemment d'importance capitale. Ce qui fait tout l'intérêt d'une sciatique que l'on peut affirmer, c'est de remonter à la cause pour la traiter.

Or il faut le reconnaître, l'étiologie des sciatiques n'a pas bénéficié des travaux modernes autant qu'on pouvait l'espérer. Comme le dit L. Ramond (1) « très souvent la longue enquête étiologique aboutit à un échec complet. La sciatique essentielle est certainement la forme la plus fréquente ». C'est là l'avis des meilleurs cliniciens, qui ont bien voulu examiner complètement et méthodiquement les nombreuses sciatiques qu'ils ont eu l'occasion de rencontrer.

L'examen d'une sciatique doit en effet être toujours méthodique et nécessite, pour essayer d'en faire le diagnostic étiologique, un inventaire viscéral aussi complet que possible. L'interrogatoire cherchera à faire préciser la date de l'apparition des douleurs, leurs modalités, les circonstances dans lesquelles elles surviennent habituellement. Il permettra de retrouver les antécédents héréditaires et personnels, les autres affections que le malade a pu présenter auparavant, leurs rapports avec la douleur sciatique.

L'examen viscéral complet sera terminé par l'analyse des urines, le toucher vaginal ou rectal, la radiographie et même la ponction lombaire chaque fois que celle-ci paraît nécessaire.

Ceci étant fait on pourra envisager schématiquement l'étiologie des sciatiques de la façon suivante :

1. Les causes évidentes. — Certains facteurs locaux permettent d'expliquer facilement l'existence d'une sciatique : la blessure du nerf (section ou piqûre au cours d'injections intramusculaires), sa lésion par un corps étranger de voisinage, les traumatismes du bassin (fracture avec déplacement ou irritation du nerf par un cal exubérant), la compression du plexus sacré par l'utérus gravide. Ces causes sont assez rares mais quand elles existent, permettent aisément de remonter à l'origine de la douleur.

2. Les causes classiques. — Nous les citerons rapidement car elles sont admises sans contestation. On les divise habituellement en causes locales et en causes générales.

a. Les *causes locales* s'appliquent surtout aux sciatiques hautes : radiculite, funiculite, plexite et tout à fait exceptionnellement aux sciatiques basses, tronculaires.

En face d'une radiculite il faut tout d'abord songer à la *syphilis* (méningite syphilitique tertiaire) et faire une ponction lombaire qui montrera la lymphocytose, l'hyperalbuminose et la réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. Dans tous les cas suspects on fera un traitement d'épreuve.

On doit penser ensuite au mal de Pott, aux tumeurs intrarachidiennes, au cancer vertébral.

Le *mal de Pott lombo-sacré* est très fréquent chez les jeunes et ne donne pas toujours une sciatique bilatérale. Aussi doit-on soigneusement examiner la moitié inférieure du rachis par la palpation, la percussion et la radiographie. On ne s'attendra pas à trouver toujours de gros dégâts osseux, un abcès froid, des troubles nets de la sensibilité objective, la sciatique peut être un trouble précoce, ne relevant encore que de la pachyméningite.

Les *tumeurs médullaires* débutent insidieusement par des douleurs dans nombre de cas, elles sont aussi souvent uni- que bilatérales. La ponction lombaire donnera ici la dissociation albumino-cytologique. Le diagnostic pourra être tranché par la radiographie après injection intrarachidienne haute d'huile lipiodolée.

Le *cancer vertébral* est presque toujours secondaire, les douleurs y sont particulièrement intenses et rebelles, très souvent bilatérales, non calmées par le repos, elles sont incessantes et fixes. « La douleur que rien n'atténue est par elle-même un constant paroxysme ». La dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien est assez constante, mais tardive. Enfin on aura très souvent la notion du néoplasme primitif : sein, thyroïde, prostate, hypernéphrome, œsophage, poumon.

En face d'une sciatique funiculaire, si tant est qu'on puisse toujours faire la distinction avec les radiculites, on songera à rechercher :

La *sacralisation de la Ve vertèbre lombaire* que met en évidence la radiographie. Actuellement ce diagnostic ne doit être fait qu'avec la plus grande prudence. « Pour tous ceux qui acceptent l'importance de la sacralisation douloureuse, on serait admis plus de trois fois sur quatre à attribuer toute sciatique dont on ne trouve pas d'emblée une cause évidente à une sacralisation sur le simple vu d'une radiographie. Il faut avouer qu'il y aurait là une de ces exagérations manifestes et flagrantes dont malheureusement la mode en pathologie nous a fourni d'autres exemples » [Léri (15)]. C'est moins le volume des apophyses transverses que le rétrécissement des trous lombo-sacrés qui est important.

La *lumbarthrie* de Léri, à laquelle se rattachent différentes lésions décrites sous le nom de spondylose ostéophytique ou rhumatisme lombaire ostéophytique de Teissier, arthrite apophysaire sacro-vertébrale de H. Forestier. Dans tous ces cas il s'agit d'arthrites des segments articulaires avec périostite externe au niveau des trous de conjugaison. Ces lésions ont été décrites par Léri avec leurs aspects radiographiques : déformation des corps vertébraux, vertèbres « en diabolo », couronnes ostéophytiques des extrémités supérieure et inférieure des corps vertébraux « en bec de perroquet ».

Enfin en face d'une sciatique plexite, ce qui est toujours impossible à distinguer, ou presque, on songera à incriminer :

La *sacro-coxalgie* qu'on recherchera par les différentes manœuvres destinées à provoquer la douleur : pression sur les crêtes iliaques, pression locale sur la sacro-iliaque, etc. On trouve habituellement une claudication assez marquée. On s'efforcera d'obtenir une radiographie permettant d'apprécier l'interligne sacro-iliaque et ses modifications.

Les *compressions pelviennes* par fibrome, néoplasme de la vessie, des ovaires ou de l'utérus, kystes ovariens, cancer du rectum, de la prostate...

On voit facilement la nécessité d'un examen complet.

Les causes locales sont rares dans les sciatiques

tronculaires. On songera toutefois à la possibilité d'une tumeur osseuse de voisinage (ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur), au reliquat d'une phlébite antérieure récente, mais on sera très prudent avant de songer à rattacher une sciatique à des varices mêmes volumineuses et chroniquement enflammées.

b. Les *causes générales* doivent toujours être recherchées quand aucune cause locale ne peut être mise en évidence. Elles s'appliquent surtout aux sciatiques basses, tronculaires. On songera successivement, parmi les causes les plus fréquentes, aux affections suivantes :

Le *diabète* donne volontiers des sciatiques qui sont souvent bilatérales, habituellement rebelles aux analgésiques mais facilement influencées, au contraire, par le régime et par l'insuline. Les urines seront donc toujours examinées.

La *goutte* est également responsable de quelques algies sciatiques, alternant ou non avec les crises articulaires.

Parmi les intoxications exogènes, l'alcoolisme donne rarement un syndrome sciatique net, mais le plus souvent des douleurs diffuses de polynévrites. Les intoxications professionnelles par le plomb et le mercure, par l'oxyde de carbone peuvent être incriminées dans quelques cas.

Certaines infections aiguës ou plus souvent chroniques doivent également entrer en ligne de compte.

La *blennorragie* peut s'accompagner de sciatique à la phase d'urétrite avec écoulement mais elle disparaît en général assez vite.

La *grippe*, *la fièvre typhoïde*, *l'infection puerpérale* peuvent également s'accompagner à la convalescence de sciatalgies transitoires.

La *tuberculose*, en dehors de la méningite tuberculeuse qui est une cause exceptionnelle, peut être la cause de quelques sciatiques.

Il en est de même du *paludisme* chronique chez de vieux coloniaux qui présentent encore quelques accès fébriles.

Mais il est bien évident que toutes ces causes sont souvent difficiles à préciser et qu'on ne doit les invoquer qu'autant qu'elles paraissent être en rapport direct avec l'apparition de l'algie. Aussi, malgré leur nombre, leur valeur étiologique n'est pas considérable.

Très fréquemment, aucune cause locale ou générale ne peut cadrer avec l'évolution clinique des douleurs et l'on en arrive à incriminer sans preuve le froid par exemple : sciatique « a frigore », ou un rhumatisme subaigu qui reste hypothétique : sciatique « rhumatismale ». A moins qu'on dise plus simplement encore sciatique « essentielle ». C'est à propos de ces douleurs « essentielles » que nous voudrions insister sur quelques faits d'acquisition récente qui paraissent pouvoir rattacher un certain nombre d'entre elles à leurs causes véritables. Nous n'avons pas la prétention de vouloir les appliquer à toutes les sciatiques dont la cause échappe mais nous pensons qu'il est utile de les vulgariser pour le plus grand bien du clinicien et du malade.

3. Les faits récents. — *La nature véritable de certaines sciatiques dites « essentielles »*. — Alors que la plupart des médecins continuent, même en l'absence de toute étiologie, à dire sciatique, par habitude, d'autres ont cherché à dissocier parmi ces algies des membres inférieurs, ce qui pourrait être distinct du nerf incriminé.

a. Certains auteurs, avec les travaux de l'Ecole de Bordeaux, du professeur Verger, Delmas-Marsalet (5) et leurs élèves (16), ont distingué *les « myalgies pseudo-sciatiques »*. Ce n'est pas le nerf sciatique qui est douloureux, ce sont les masses musculaires de voisinage. On peut facilement dans ces cas mettre en évidence la douleur au pincement du grand fessier, du biceps, des jumeaux, ces muscles étant douloureux au niveau de leur masse charnue et de leurs insertions tendineuses. Ainsi s'explique le signe des adducteurs de Barré : douleur au pincement du bord interne des muscles adducteurs de la cuisse. On comprend également qu'on ait pu multiplier à l'infini le nombre des points douloureux de Valleix, même s'ils ne correspondent pas au trajet du nerf sciatique. La pathogénie de ces myalgies pseudo-sciatiques serait pour Verger et Delmas-Marsalet de nature rhumatismale comme le prouverait l'amélioration ou la guérison obtenue par les injections intra-musculaires d'une solution de salicylate de soude. Il s'agirait donc ici d'une forme particulière de rhumatisme musculaire, s'accompagnant peut-être de formations nodulaires, rhumatismales spécifiques, analogues aux nodules d'Aschoff, susceptibles d'être rencontrées dans les muscles striés comme dans le myocarde, ainsi que l'a signalé Swift (17).

b. Plus récemment encore les travaux anatomo-cliniques de l'Ecole lyonnaise du professeur Paviot (18) ont montré l'importance et la fréquence des lésions du tissu cellulaire, des aponévroses, des gaines musculaires et tendineuses, toutes lésions essentiellement conjonctives, réalisant cliniquement les « *cellulalgies pseudo-sciatiques* ». Ces lésions, nodules ou infiltrats de forme quelconque, nettement perceptibles à la palpation de la région douloureuse et plus particulièrement en certaines zones d'élection, ont été bien étudiés histologiquement à tous les stades de leur évolution anatomique. Personnellement (19) nous avons pratiqué un certain nombre de biopsies de ces infiltrats sur des malades présentant depuis de nombreuses années des douleurs qualifiées de sciatiques « essentielles ». Nous avons pu décrire ainsi, d'une part la structure de ces nodules depuis la phase initiale congestive jusqu'à l'étape terminale fibreuse; d'autre part, les lésions de névrite des ramuscules nerveux du tissu cellulaire sous-cutané se trouvant englobés dans ces infiltrats. Or, dans tous ces cas de cellulalgies pseudo-sciatiques, qui nous paraissent être très nombreux, le nerf sciatique lui-même n'entre pour rien, les rameaux nerveux sensitifs qui sont responsables des douleurs étant issus du nerf petit sciatique, du nerf obturateur et du crural. A côté de sa base histologique indiscutable la meilleure preuve que nous puissions apporter à l'appui de notre théorie de la « cellulalgie pseudo-sciatique » est le test thérapeutique. Quand, après avoir découvert

aux points d'élection les infiltrats sans lesquels il n'est pas possible de pouvoir invoquer la cellulalgie, on les masse correctement, on fait disparaître à la fois, plus ou moins rapidement il est vrai, les lésions, les douleurs et l'impotence fonctionnelle.

Il nous est impossible de nous étendre plus longuement ici sur ces faits, nous avons expliqué ailleurs (19) leur aspect clinique, leur traitement et un essai de leur pathogénie. Nous ne prétendons pas dire que toutes les sciatiques essentielles sont des cellulalgies, mais nous nous sommes rendu compte de leur très grande fréquence.

La connaissance de ces faits est d'autant plus importante qu'elle permet au médecin de guérir presque toujours rapidement des sciatiques qui durent souvent depuis plusieurs années en dépit de toutes les thérapeutiques qui ont été antérieurement tentées.

Que faut-il donc penser des sciatiques essentielles? — Tout d'abord, c'est un diagnostic qu'il ne faut faire qu'après avoir pratiqué un examen complet du malade, permettant de dépister toutes les causes classiques, locales ou générales, susceptibles d'expliquer avec certitude l'apparition des douleurs.

Un tel diagnostic ne peut ensuite être confirmé qu'après s'être assuré minutieusement qu'il ne s'agit pas en réalité de myalgie rhumatismale subaiguë, ou plus fréquemment encore de cellulalgie chronique, ce qui nous paraît en définitive être l'étiologie la plus désirable pour tous : pour le malade d'abord, pour le médecin ensuite, puisque tous deux peuvent guérir.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. RAMOND. La sciatique, *Conférences de clinique médicale pratique*, Paris 1927, 6e série, p. 36.
2. SICARD. Les sciatiques funiculaires, *Mouvement méd.*, 1913, n° 8.
3. J. FORESTIER. Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidural, *Th. de Paris*, 1922.
4. STŒBER. Nouvelles conceptions anatomo-cliniques sur la sciatique, *Th. de Strasbourg*, 1922.
5. VERGER et DELMAS-MARSALET. Les myalgies rhumatismales, *Ann. de méd.*, avril 1928, t. XXIII, n° 4.
6. WETTERWALD. *Les Névralgies*, Paris 1910.
7. BARRÉ. Contribution à l'étude clinique de la sciatique, *Presse méd.*, 6 fév. 1919, p. 57.
8. HELWEG. Sciatica or myopathiae labor of the posterior region of the leg., *Acta med. Scandinavica*, 1925, supplément X.
9. BABINSKI. Abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 déc. 1896.
10. ACCORNERO. Observations sur le réflexe achilléen dans la sciatique, *Revue neurol.*, 1914-1915, p. 805.
11. VILLARET et FAURE-BEAULIEU. Contribution à l'étude de la séméiologie réflexe des affections du nerf sciatique, *Revue neurol.*, 1916, p. 412.
12. LORTAT-JACOB et SABARÉANU. Sciatique radiculaire unilatérale, *Presse méd.*, 1904; — La sciatique radiculaire, *Revue de méd.*, 1905.

13. Berthéol. Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire, *Th. de Paris*, 1906.
14. A. Thomas et Phélipeau. La névralgie crurale et les radiculalgies lombo-sacrées, *Paris méd.*, 1925, p. 269.
15. Léri. *Les Affections de la colonne vertébrale*, Paris 1926.
16. Lanzalavi. Les myalgies pseudo-sciatiques, *Th. de Bordeaux*, 1925-1926.
17. Swift. The pathogenesis of rheumatic fever, *Journ. of exp. med.*, 1924, p. 467.
18. Paviot et Lagèze. Considérations cliniques générales sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 janv. 1929.
19. Lagèze. Sciatiques et infiltrats cellulalgiques, *Th. de Lyon*, 1929, Lyon, Camugli, édit.
20. Alquier. Physiothérapie des tissus interstitiels, *Gaz. de hôpit.*, 1928, nos 3, 9 et 13.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 20 janvier 1930)

Traitement des hémorragies graves de différentes formes. — MM. Arnault, Tzanck et Jean Charrier ont réalisé expérimentalement les deux types d'hémorragie graves : l'hémorragie foudroyante qui tue en quelques secondes et l'hémorragie aiguë du type de celles qu'on rencontre dans la pratique des accouchements, dans les blessures par projectiles intéressant les gros vaisseaux, etc.

Dans le premier cas, rare en clinique, l'injection de sérum ne doit être pratiquée qu'à la condition expresse que l'hémostase soit assurée au préalable, sinon cette injection de sérum va à l'encontre de la syncope salutaire et vide le sujet de ses globules restants.

L'hémorragie du deuxième type, plus lente et fractionnée, qui peut supprimer jusqu'à 90 p. 100 de la masse sanguine est justiciable de la transfusion sanguine qui seule peut procurer la survie définitive de l'animal, alors que tout sérum ne donnera lieu qu'à une survie temporaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

28 janvier 1930.

Mon cher confrère,

A grand'peine le Corps médical organisé a obtenu que l'application de la loi assurance-maladie soit faite par « entente directe » entre assurés et médecins. Comme par le passé, ce sera donc à nous de continuer à nous entendre directement avec chacun de nos malades, assurés ou non, sur le montant des honoraires. Comme par le passé, nous aurons parfois à tenir compte de la situation misérable de ceux des malades qui ne pourraient pas nous payer et il nous arrivera encore d'en soigner gratuitement; mais nous ne devrons jamais demander à nos malades habituels des honoraires inférieurs au tarif syndical minimum et cela aussi bien dans notre intérêt que dans celui du malade qui, payant des honoraires au rabais, n'aurait bientôt plus à sa disposition que des soins inférieurs.

Si nous continuons à devoir nous entendre directement avec nos malades, nous ne devons, en aucun cas, contracter individuellement avec aucune collectivité d'aucune sorte. Pas de tiers interposé, pas de tiers payant, pas de tarifs au rabais. Ce sont les principes de la Charte que le Corps médical n'a cessé de défendre, ce serait le trahir que de conclure des accords de ce genre et nous devons, sans aucune exception, renvoyer aux syndicats généraux du département toutes les offres qui pourraient nous être faites dans ce but.

Il est bien entendu que pas plus que nous les syndicats locaux ou à intérêts spéciaux ne peuvent contracter avec des collectivités. Seuls les syndicats départementaux ou, lorsqu'elles existent, les fédérations de syndicats départementaux y sont autorisés.

Fédération corporative des médecins de la Région parisienne.
Fédération des syndicats médicaux de la Seine.
Syndicat des médecins de la Seine.
Syndicat médical de Paris.
Syndicat médical de la banlieue Ouest et Nord.
Syndicat médical de la banlieue Est et Sud.
Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 3 février. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Portes et Leveuf. — M. Derloche. Etude de la gestation dans les utérus bicornes. — M. Laennec. Cardiopathies mitrales et gestation. — M. Gardette. Etude de l'anesthésie en chirurgie gastrique.

Mardi 4 février. — Jury : MM. Cunéo, président; Rathery, Terrien et Velter. — M. Baurens. Chirurgie conservatrice dans les affections salpingiennes. — M. Buchner. Essai critique sur le diabète rénal. — M. Filliozat. L'œil directeur (importance pour le choix des verres).

Jury : MM. Bernard, président; Nobécourt, Tanon et Aubertin. — M. Chabrol. De l'emploi en clinique de la méthode de Calmette et Valtis. — M. Liège. Tuberculose du nourrisson et vaccin B. C. G. — M. Nguyen van Nha. Etude de l'hygiène alimentaire chez les Annamites. — M. Thévenin. L'organisation de l'inspection médicale des écoles.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Guillain, président; Robin et Besson. — M. Jacques. Pseudo-paraplégie chez le cheval.

Mercredi 5 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Loeper, président; Strohl, Robin, Maignon et Nicolas. — M. Durand. Emploi du diurétique mercuriel en médecine vétérinaire. — M. Soutou. Galvanothérapie et ionisation électrique en médecine vétérinaire.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies du larynx et du pharynx (1), par le docteur J. Guisez, ancien interne des hôpitaux de Paris. 3e édit.

L'auteur a exposé avec méthode toute la pratique laryngologique. Tout en rappelant l'anatomie de chaque organe, il a expliqué en détails la partie importante de l'exploration, et après avoir décrit minutieusement les maladies et leur diagnostic, il en a donné les indications thérapeutiques et les opérations qui doivent se pratiquer.

Cet ouvrage contient tout ce qui est utile et indispensable à connaître pour tout praticien dans sa pratique courante, même s'il n'est pas un spécialiste. La technique en est minutieusement décrite dans tous ses détails, elle est illustrée de près de 200 figures.

L'esprit clinique et la méthode, dont cet ouvrage est empreint, plairont aux médecins qni recherchent la clarté dans leur pratique courante. L. G.

(1) In-16 de 358 pages avec 145 figures. — Prix : 36 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 11. — MERCREDI 5 FÉVRIER 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 5 FÉVRIER 1930. — N° 11.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. J.-L. Faure, Lenormant, Descomps, qui acceptent; Thiéry, Ombrédanne, Delbet, Proust, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient de présenter pour la chaire de pathologie externe vacante à la suite du décès de M. Lecène :

En première ligne : M. Charles Lenormant par 40 voix sur 43 votants.

En seconde ligne : M. Maurice Chevassu et Okinczyc.

— BORDEAUX. — Le doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est autorisé à accepter la donation de 3.000 fr. de rente sur l'Etat français faite à ladite Faculté par M. Henry Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Lesdits arrérages seront affectés à l'attribution, sous le nom de « Prix du docteur Henry Bordier de Lyon », de deux prix d'une valeur de 1.500 fr. chacun destinés à récompenser annuellement deux étudiants, l'un en médecine, l'autre en pharmacie.

— NANCY. — *Prix Grandeury Fricot.* — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 600 fr. pourra être décerné.

Le jury sera choisi par la Faculté de médecine.

— *Prix Alexis Vautrin.* — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur un sujet de gynécologie.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 4.000 fr. et un deuxième de 1.000 fr. pourront être décernés.

Si le jury choisi par la Faculté de médecine estime qu'il n'y a pas lieu de décerner des prix, la valeur du second, soit 1.000 fr., pourra être répartie sur une ou plusieurs mentions honorables, ou être réservée pour l'année suivante, ou récompenser la meilleure thèse de gynécologie présentée dans l'année.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 27 janvier 1930 :

1° Le prix de la pension à l'Ecole du service de santé militaire est fixé pour l'année scolaire 1929-1930 à 3.150 fr.;

2° Les prix de la première mise (1re année scolaire) du trousseau des élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1929 sont fixés ainsi qu'il suit :

A. *Section de médecine.* — 1° Pour les élèves admis à 4 inscriptions, 4.841 fr.;

2° Pour les élèves avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, 4.747 fr.

B. *Section de pharmacie.* — 1° Pour les élèves admis à 4 inscriptions, 4.218 fr.;

2° Pour les élèves admis comme stagiaires, 4.357 fr.

(Voir la suite des « Informations », p. 183.)

CHRONIQUE

SOUVENIRS SUR LE DOCTEUR HUGENSCHMIDT (1)

Il y a peu de semaines nous annoncions la mort d'un confrère qui laisse d'unanimes regrets parmi ceux qui l'ont approché : le docteur Hugenschmidt dont les travaux en stomatologie sont nombreux et particulièrement estimés.

Hugenschmidt avait fait ses études dentaires en Amérique, il était docteur de l'Université de Philadelphie, puis rentré en France il avait consacré plusieurs années à travailler à l'Institut Pasteur avant de passer sa thèse de doctorat à Paris.

Notre confrère n'était pas seulement un savant qui a honoré son pays; les circonstances lui ont permis à différentes reprises de rendre à sa patrie des services dont on peut mesurer aujourd'hui l'étendue.

Des liens très étroits unissaient Hugenschmidt à la famille impériale. Le moindre ne fut pas la fidélité avec laquelle il resta attaché aux souverains déchus. L'Impératrice Eugénie, qui lui témoignait une grande confiance, le fit, à son retour d'Amérique, entrer comme assistant chez le docteur Evans, son dentiste pendant les jours heureux, et son ami dévoué pendant les jours de tristesse. Les vieux parisiens n'ont pas oublié le charmant petit hôtel qu'habitait Evans avenue du Bois de Boulogne à l'angle de l'avenue Malakoff. C'est dans cet hôtel, aujourd'hui disparu, qu'Evans accueillit le 4 septembre 1870 la Souveraine *errante*, et l'on sait qu'il lui prêta sa propre voiture pour quitter Paris.

C'était une curieuse figure que celle de Thomas Evans, non seulement il avait été le dentiste de l'Empereur, de l'Impératrice et de toute la Cour, mais il avait encore donné ses soins à la plupart des souverains d'Europe, y compris Guillaume Ier, roi de Prusse. Technicien d'une valeur sans égale, il fut amené, en 1887, à collaborer avec sir Morell Mackenzie lorsqu'il soigna à Berlin et à San Remo, Frédéric III, empereur d'Allemagne, atteint d'un cancer du larynx. La canule qui servit à sir Morell Mackenzie, pour pratiquer un tubage, était l'œuvre de Thomas Evans (2).

Hugenschmidt ne pouvait trouver un meilleur maître qu'Evans, aussi ne faut-il pas s'étonner qu'il ait eu à son tour une clientèle exceptionnellement brillante. Il la devait non seulement à sa valeur mais aussi à sa bonté proverbiale qui lui procura de précieuses amitiés.

La plus précieuse fut, certes, celle qu'il inspira à l'Impératrice Eugénie. Cette amitié lui permit d'obtenir de l'ancienne Souveraine des dons et des legs nombreux pour la France; le Louvre et la Malmaison reçurent ainsi des souvenirs d'une grande valeur artistique ou historique. Mais la guerre de 1914 arrive. Après avoir fait avec le professeur Gabriel Bertrand, de la Sorbonne, pour le ministère de la Guerre, de remarquables travaux sur les gaz, Hugenschmidt rend à son pays dans l'ordre diplomatique des services plus grands encore. Sa modestie les aurait laissé ignorer si notre excellent collègue Léon Monier n'avait été autorisé par ses héritiers à les révéler.

Laissons la parole à M. Léon Monier :

« En septembre 1917, Hugenschmidt eut connaissance d'une manière tout à fait confidentielle, et par l'Impératrice Eugénie, de l'existence d'une lettre inédite du Roi de Prusse à la Souveraine. Cette lettre écrite à Versailles le 26 octobre 1870 par Guillaume Ier en réponse à une missive de l'Impératrice dans laquelle celle-ci le priait de ne pas prendre de territoire à la France, contenait en particulier le passage suivant :

« Après avoir fait d'immenses sacrifices pour sa défense, l'Allemagne veut être assurée que la guerre prochaine la trouvera mieux préparée à repousser l'agression sur laquelle nous pouvons compter aussitôt que la France aura réparé ses forces ou gagné des alliés. C'est cette triste considération seule et non le désir d'agrandir ma patrie dont le territoire est assez grand, qui me force à insister sur *des cessions de territoire qui n'ont d'autre but que de reculer le point de départ des armées françaises qui, à l'avenir, viendraient nous attaquer* ».

Le docteur Hugenschmidt ayant remarqué que le roi de Prusse ne réclamait pas l'Alsace-Lorraine comme territoire *allemand*, mais qu'il demandait du territoire *français*, et pensant que cet aveu pouvait avoir une grande importance auprès de nos alliés et au moment des décisions de paix, au cas même où nous aurions à subir une paix blanche, fit part de ce fait à M. Clemenceau, président du Conseil, en décembre 1917. Celui-ci, fort intéressé, le fit venir fin janvier 1917, et lui dit qu'après avoir conféré avec M. Pichon, ministre des Affaires étrangères, ils étaient d'accord pour publier cette lettre. Il chargea donc Hugenschmidt d'obtenir de l'impératrice Eugénie l'autorisation de le faire. M. Clemenceau ajouta qu'il y aurait intérêt national à ce que cette pièce fût donnée à la France, pour nous en servir à un moment donné, prochain peut-être, et il envoya Hugenschmidt en Angleterre pour remplir cette mission. Hugenschmidt exposa à l'impératrice le but de sa visite. Celle-ci lui donna immédiatement la permission de publier le document, et lui offrit d'en prendre une copie officielle. Hugenschmidt lui demanda alors si elle voulait bien se dessaisir de la pièce originale. L'impératrice refusa d'abord, disant qu'elle désirait conserver ces documents qui, prétendait-elle, « étaient les derniers amis qui lui restaient ». Lorsque Hugenschmidt l'eut informé que le président du Conseil croyait qu'il y avait intérêt *national* à ce que cette pièce fût donnée à la France afin de servir d'ores et déjà et au moment des négociations de paix, l'impératrice s'écria : « Vous l'aurez »; et, le lendemain, elle remettait au docteur Hugenschmidt la lettre originale du roi de Prusse. Celle-ci fut montrée à M. Cambon, ambassadeur à Londres, et Hugensmidt rentra à Paris où, au nom de l'impératrice, il fit don de cette pièce unique aux archives nationales, après l'avoir montrée au président du Conseil.

Ce document a constitué une des deux révélations que le ministre des Affaires étrangères Pichon a faites à la séance solennelle de la Sorbonne, en présence du Président de la République et du Gouvernement, le 1er mars 1918. Le lendemain, M. Clemenceau écrivit à Hugenschmidt un mot où il lui dit : « J'espère que vous êtes content du beau résultat de votre travail » (1).

En récompense des services rendus pendant la guerre, Hugenschmidt reçut la croix d'officier de la Légion d'honneur.

Le testament de Hugenschmidt, bien digne de lui, comporte entre autres clauses qu'il nous est permis de divulguer, un legs très important fait à son cher Institut Pasteur, ainsi que le don à l'École de stomatologie de sa bibliothèque et de ses instruments professionnels. Il a légué de plus des objets d'art et des reliques du premier et second Empire au Louvre et au musée de Malmaison ».

F. L. S.

(1) Nous remercions notre excellent collègue, le docteur Léon Monier, d'avoir bien voulu nous autoriser à prendre des extraits de la remarquable notice qu'il vient de consacrer à Hugenschmidt dans la *Stomatologie*, 1930, t. II, n° 1. (*N. D. L. R.*)

(2) *La Maladie de l'empereur Frédéric III*, par le docteur Luc, Paris 1888. (*N. D. L. R.*)

(1) On trouvera le texte de cette lettre et d'intéressants commentaires dans le beau livre de M. Maurice Paléologue sur l'impératrice Eugénie. (Note de M. Monier.)

L'ÉVOLUTION DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

A PARIS, AU XXe SIÈCLE

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Avant 1914, tous les déséquilibrés à réactions antisociales étaient, à Paris, aussitôt la psychopathie reconnue, dénoncés au commissaire de police de leur quartier ou directement à la Préfecture de police, qui les envoyaient à l'infirmerie spéciale, en vue d'une expertise et d'un internement (en cas de psychose avérée). Un organisme nouveau s'est créé en 1923, à Sainte-Anne, qui s'est substitué, en certains cas, à l'Infirmerie spéciale.

En effet, les conditions économiques résultant de l'état de guerre, nécessitaient une assistance aux aliénés, différente des anciennes méthodes, et qui, s'il était possible, fût moins dispendieuse pour l'Etat, en restreignant les internements. On s'est donc demandé, s'il n'était pas opportun, afin de diminuer les dépenses de l'assistance aux aliénés, de laisser en liberté et de soigner dans leurs familles, tous ceux dont les réactions ne paraissent pas dangereuses pour la société, ceux qu'on a appelés « les demi-fous ».

C'est, dans ce but, qut fut créé, en 1923, le dispensaire d'hygiène mentale. A cette date, sur l'initiative du docteur Toulouse, médecin de l'asile Sainte-Anne, le Conseil général de la Seine a décidé d'organiser, sur l'emplacement de l'ancienne admission, à l'asile Sainte-Anne même, un hôpital psychiatrique : « hôpital Henri-Rousselle », où seraient admis librement, et soignés en liberté, les psychopathes, conscients de leurs malaises mentaux, et demandant à être traités, et ceux à qui leurs familles seraient désireuses d'éviter l'internement dans un asile d'aliénés. C'était là une innovation dans la thérapeutique des maladies mentales, innovation en désaccord avec le dogme autrefois admis que, pour soigner un aliéné, il faut, avant tout, « l'isoler de son milieu et de sa famille ».

Aussi, après un essai poursuivi pendant plusieurs années de traitement des psychopathies en cure libre les promoteurs des services ouverts pour aliénés, ont-ils demandé qu'il leur fût possible de maintenir en observation, malgré leur résistance à un examen prolongé, et de maintenir internés, la plupart des malades qui venaient librement en consultation à l'hôpital Henri-Rousselle, MM. Toulouse et Dupouy ont exposé les raisons de transformer souvent l'*hôpital ouvert* en *asile fermé* :

« Les asiles ouverts, disent-ils (1), destinés aux psychopathes, ont un double but :

« De traiter librement ces malades des troubles dont ils souffrent, à la condition qu'ils consentent à leur hospitalisation et n'offrent pas de réactions dangereuses pour l'entourage.

« De pratiquer, d'autre part, la mise en observation comportant un examen clinique suffisamment probant, et des examens biologiques de contrôle, des sujets les plus atteints dans leur psychisme, délirants, agités ou déments avec réactions antisociales manifestes, constituant un danger pour la sécurité publique, et pour lesquels se pose la question de l'internement dans un asile public d'aliénés.

« L'arrêté préfectoral portant règlement de l'hôpital départemental Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale) énonce ainsi les buts pour lesquels il a été institué et organisé :

« Art. 9. — L'hôpital psychiatrique ouvert est est destiné à recevoir :

« 1° Les malades atteints de tout état psychopathique ne nécessitant pas l'internement au sens de la loi de 1838.

« 2° Les malades suspects de troubles pouvant nécessiter l'internement, et pour la détermination desquels il est nécessaire de procéder à des examens médicaux et à des enquêtes complémentaires faites par le service social.

« Art. 10. — Cet hôpital doit comprendre :

« 1° Une section pour le traitement des malades pouvant être soignés en service libre.

« 2° Une section pour la mise en observation des malades dont l'état implique l'éventualité d'un placement dans un asile fermé.

« Il nous paraît, en effet, préférable, pour le respect de la liberté et de la réputation mentale d'un sujet, pour le souci de motiver avec certitude le placement dans un asile d'aliénés, et d'éviter l'erreur ou l'abus, dans toute la mesure possible, de ne décider l'internement d'un psychopathe, qu'après son observation suffisamment prolongée pour entraîner la conviction d'un clinicien expérimenté, et si besoin, après le contrôle du diagnostic clinique par la recherche des réactions humorales ou l'enquête du service social sur ses antécédents, ses comportements et ses réactions. La décision extemporanée de l'internement après un examen unique et forcément écourté peut, dans certains cas, se trouver injustifiée ou pour le moins abusive. Or, cette observation médicale, clinique et biologique, qui doit, logiquement, précéder l'internement, ne peut s'effectuer que *si le malade est consentant*, ce qui est d'autant plus regrettable que ce sont souvent les psychopathes les plus activement délirants, qui sont en même temps les plus inconscients de leur état morbide, les plus opposés, en conséquence, à tout examen médical, et les plus enclins aux réactions violentes et antisociales.

« Si l'un de ces malades, aliénés lucides généralement, délirants interprétatifs, paranoïaques, dissimulateurs, mélancoliques réticents, hypomaniaques, etc., etc., se montre protestataire, refuse tout examen et réclame sa sortie du service où l'un des siens avait réussi à le faire entrer, nous nous trouvons dans l'alternative :

« Ou de le laisser aller, malgré l'impression clinique, sans toutefois certitude absolue, que nous ayions de son état d'aliénation et de sa propension à commettre un acte de violence, au risque d'un attentat sur sa personne ou celle d'autrui, ou de brusquer notre décision insuffisamment justifiée, en l'absence de renseignements précis et d'un diagnostic formel,

(1) Toulouse et Dupouy. La mise en observation dans les services psychiatriques ouverts, *Ann. d. méd. légale*, 1927.

imposé par l'observation clinique, contrôlé par les recherches de laboratoire, au risque, cette fois, d'un internement abusif pouvant donner lieu à revendication et à réclamation de dommages-intérêts ».

C'est pourquoi, MM. Toulouse et Dupouy demandent à ce que la nouvelle loi en préparation au Sénat sur le régime des aliénés, reconnaisse l'existence dans les services *ouverts*, d'un service d'observation *fermé*, où l'examen et le maintien d'un psychopathe protestataire soient autorisés durant le temps nécessaire à l'examen.

Cette disposition légale nouvelle paraît d'autant mieux justifiée, qu'il existe des malades venant en consultation, qui se dérobent à tout contrôle et à tout examen prolongé. Tels sont les alcooliques chroniques. On aurait pu espérer que soigné dès le début de sa maladie au service de prophylaxie mentale, l'alcoolique éviterait d'en arriver à des accidents aigus ou au scandale ou au délit qui nécessitent l'internement d'urgence, après arrestation par la police. Mais les médecins des services libres rencontrent, pour traiter ces malades, des difficultés de la part des consultants et de leurs familles, qui nécessitent le maintien prolongé dans le service. En effet, à la consultation où il a été entraîné par des parents ou bien où il se présente lui-même dans un accès de lucidité ou de dépression passagère, le malade nie ses excès de boisson, dissimule les malaises qu'il éprouve, ses idées délirantes, ses revendications et intentions nuisibles.

De leur côté, les familles, redoutant l'internement et la rancune de l'alcoolique, apportent une mauvaise foi évidente à renseigner le médecin sur les habitudes éthyliques du malade, et mentent sans scrupules. Dans ces conditions, la cure devient impossible et toute prophylaxie échoue. Dès lors, médecins et famille, et même souvent le commissaire de police, avertis par les voisins, attendent, pour faire soigner le malade, qu'il ait commis un scandale sur la voie publique, quand ce n'est pas un délit ou un crime. Par suite, c'est l'internement d'office, après passage à l'infirmerie spéciale, mais, à peine est-il interné, ce malade, que la famille et les amis réclament une sortie prématurée, affirmant « qu'il n'est pas dangereux, et que c'est l'homme le plus inoffensif du monde », alors même qu'ils ont avoué, au cours de l'enquête faite par le commissaire de police, que l'homme portait un revolver pour se défendre d'ennemis imaginaires, et qu'ils craignaient un meurtre. Lassé par ces protestations incessantes et les promesses de l'alcoolique repenti, en apparence, le médecin d'asile se laisse fléchir, et c'est, bien souvent, l'homme étant en liberté, la rechute plus ou moins prochaine. De sorte que sont hospitalisés dans les asiles, des alcooliques internés pour la cinquième, sixième, parfois dixième fois, qui, entretenus par l'Etat, vivent en parasites de la Société. Cependant, comment seraient-ils soignés, étant en liberté, et comment se protéger contre leurs réactions?

En réalité, toute prophylaxie mentale est illusoire qui s'appuierait seulement sur la présentation du malade, en dehors de son milieu, les renseignements qu'il apporte lui-même, et ceux que la famille concède au médecin sans contrôle et sans enquête. C'est ainsi, qu'au service libre de traitement des aliénés, des alcooliques récidivistes arrivent à cacher au médecin leurs précédents internements et leurs séjours en prison, de même que certains persécutés dissimulent les réactions déterminées par leurs idées délirantes.

Il est vrai, qu'à côté de ces malades qui redoutent l'internement et s'efforcent de l'éviter, il est des individus qui cherchent à se faire hospitaliser, pour échapper à l'incarcération, après un crime ou un délit. Ce sont les simulateurs de maladies mentales. Ceux-là, s'ils sont habiles, arrivent aisément à se faire interner, en se présentant, dans un service de prophylaxie mentale, à un médecin, non prévenu de leur existence passée et de leurs antécédents judiciaires et autres. L'exemple le plus probant qu'on puisse citer est le suivant :

Il était, en 1924, un escroc célèbre (tous les journaux ont cité son nom) qui, traqué par la police, décida, un jour, de se faire hospitaliser pour échapper aux recherches et vivre aux frais de l'Etat autre part qu'en prison. Comment et par qui a-t-il été examiné? Quels mensonges a-t-il inventés et quelle attitude a-t-il prise devant le médecin? On ne sait. Toujours est-il que, pendant un mois, cet homme a été hébergé dans un service hospitalier de prophylaxie mentale, tandis que la police le recherchait, *pour l'arrêter, dans Paris et hors Paris. Le mois passé, se croyant sauf, le sujet déclare au médecin que ses troubles mentaux ont disparu, qu'il est guéri et veut reprendre sa liberté. Non interné, d'ailleurs, il part le jour même et va se loger à Montmartre d'où, sans ressources, il écrit de nouveau au service; après quelques jours de liberté « qu'il conserve quelques malaises intellectuels, et réclame des soins à domicile ». Un médecin visiteur est envoyé à l'adresse indiquée dans la lettre. « Déménagé depuis hier », lui répond-on à l'hôtel où il se présente. Successivement, à trois adresses, en trois quartiers différents, à Paris, la réponse est la même, et le médecin visiteur, consciencieux, à la fin de sa journée, retrouve l'homme à la prison de la Santé, où il venait d'être conduit par la police, qui l'avait enfin retrouvé et arrêté, après l'avoir cherché vainement, depuis plus d'un mois.* Cette histoire se passe de commentaires.

Quels sont donc les psychopathes qui consentent à se soumettre librement à une cure après consultation dans un service ouvert?

1° Les *obsédés*, lorsque leurs obsessions deviennent gênantes pour leur entourage et que la famille arrive à les conduire au spécialiste.

2° Les *hypocondriaques*. Ceux-là errent d'un médecin à un autre médecin, après avoir essayé tous les médicaments recommandés à la quatrième page des journaux et épuisé les conseils des pharmaciens. Malgré le désir qu'ils ont d'atteindre la guérison, ils se refusent d'ordinaire à suivre exactement les prescriptions imposées, lorsqu'elles exigent un traitement de longue durée.

3° Les *épileptiques*, si les crises et les troubles du caractère, les réactions et l'opposition qu'ils entraînent, ne sont pas trop accusés. Grâce au dispensaire de prophylaxie mentale, de nombreux épileptiques,

sont soignés à Paris, en cure libre, et peuvent continuer à travailler, à gagner leur vie et à vivre en famille.

4° Les *déprimés mélancoliques* à la période où les crises d'anxiété ne sont pas trop aiguës et trop fréquentes, et où les conseils des parents et des amis sont encore écoutés.

5° Les *maniaques* et les *cyclothymiques*, lorsqu'ils ne sont pas arrivés au stade où tous les conseils et toutes les prières des familles deviennent superflus.

D'ailleurs, à propos de chacune de ces catégories de malades, et de chaque malade en particulier, il faut faire des réserves sur les résultats à obtenir par le traitement en liberté. Le plus doux et le plus inoffensif, en apparence, de ces psychopathes, est sujet, lorsqu'il est entraîné par son délire, à des réactions brutales sur lui-même ou sur autrui.

En outre, on se heurte à de graves difficultés quand il s'agit de soigner ces malades mentaux à leur domicile. Le docteur Serin, chargé de ce service à l'hôpital Henri-Rousselle, a exposé ces difficultés dans une étude (1) sur « L'examen à domicile des aliénés difficiles ». « C'est une des difficultés caractéristiques de la pratique psychiatrique, écrit l'auteur, que le malade, fréquemment se refuse à l'examen. Il n'a pas conscience de ses troubles ; toute intervention médicale lui paraît au moins inutile. Souvent méfiant, du fait de son délire et d'autant plus qu'il a parfois l'expérience d'internements antérieurs, ayant conservé une lucidité suffisante pour deviner les intentions de son entourage, il refusera d'aller consulter ou de recevoir le médecin, ou si on l'y contraint, ne lui répondra pas; à moins que, dissimulant soigneusement ses idées délirantes, il ne lui tienne des propos ayant toutes les apparences du jugement le plus sain. Or, ces malades, souvent, sont susceptibles de réactions dangereuses, et des mesures de protection doivent être envisagées. L'examen mental doit donc être pratiqué, quelles qu'en soient les difficultés.

« Cet examen est généralement réclamé par la famille ; quelquefois aussi le médecin est requis par le maire ou le commissaire de police, de donner son avis sur un individu, que des plaintes de l'entourage ou la rumeur publique lui signalent comme dangereux (art. 19 de la loi de 1838). Dans la plupart des cas, le médecin se heurte à la résistance du malade. Il doit donc, pour pouvoir l'examiner dans des conditions satisfaisantes, l'aborder et l'interroger sans éveiller sa méfiance. Il aura intérêt, avant tout examen, à obtenir le plus de renseignements possibles. Une enquête rapide, mais complète, auprès des parents, des domestiques, des voisins, du commissaire, s'il y a lieu, le mettra au courant de l'histoire du malade, des réactions qu'il a présentées, de son milieu et des occupations habituelles. Il faudra, ce qui n'est pas toujours facile, obtenir des réponses précises, triompher de la résistance de certaines personnes qui croient leur responsabilité gravement engagée, dès qu'elles fournissent le moindre renseignement. On devra insister, promettre le secret. Cette enquête permettra au médecin d'orienter, dès le début, l'interrogatoire, en le mettant au courant des préoccupations du malade, de son genre de vie ; elle lui évitera des maladresses qui pourraient lui attirer une hostilité impossible à vaincre par la suite; elle lui suggérera un prétexte plausible, une personnalité d'emprunt, pour pénétrer auprès de l'aliéné, sans éveiller ses soupçons.

« C'est assez rarement, en effet, en qualité de médecin qu'il faudra se présenter ; plus rarement encore, en qualité de psychiatre. Il y a des cas exceptionnels où on pourra parler à l'aliéné de ses troubles mentaux, mais c'est un procédé à double tranchant et qui ne devra être employé qu'avec prudence. Toutefois, avec certains malades très réticents, près desquels toutes les tentatives ont échoué, on aura intérêt à montrer qu'on est au courant de tout, et qu'il n'y a pas à nier. Il faudra pouvoir mettre le malade en présence de faits précis : violences, menaces, internement antérieur, et lui en demander l'explication. Il la donne, parfois, et il arrive que ce soit une explication délirante. D'autres fois, il se met en colère, et, dans sa fureur, laisse échapper des phrases significatives qu'il retenait, et par quoi il révèle son délire.

« Toutes les visites de médecin ne doivent pas, d'ailleurs, aboutir forcément à un certificat d'internement. Il faut que celui-ci soit motivé par les réactions signalées par l'entourage, et par les troubles mentaux constatés. On ne doit jamais établir un certificat d'après les seuls renseignements fournis par de tierces personnes (jugement du tribunal civil de Blois, 1908). Dans de telles circonstances, le médecin ne saurait jamais être assez méfiant, ni prendre trop de précautions.

« La tâche du médecin, dans ces visites, est donc délicate, et sa responsabilité lourdement engagée, dès qu'il s'agit de donner un conseil ou d'ordonner un internement.

« Qu'il interne, en effet, sans motifs suffisants, un individu dont les réactions lui ont été dépeintes comme dangereuses, sa conduite sera d'autant plus discutée qu'il aura affaire à des malades habituellement lucides, ayant des tendances revendicatrices, et sachant fort bien que c'est sur la foi de son seul certificat qu'ils ont été internés. Qu'il refuse, au contraire, d'envoyer à l'asile, un malade qui devrait y être dirigé; c'est un suicide, quelquefois un meurtre, qu'il risque de laisser s'accomplir. Dans certains cas, il faut non seulement agir, mais agir vite. Toute perte de temps peut provoquer un drame. Les décisions nécessaires n'ayant pu être prises immédiatement pour un paralytique général, menaçant et violent à l'égard du père de sa femme, un pugilat eût lieu, au cours duquel le beau-père, contraint de se défendre, tua le malade. Un internement opportun eût évité ce meurtre.

« En somme, dans l'examen d'un aliéné difficile, le succès dépend avant tout de l'enquête préliminaire qui permet l'abord le plus efficace. »

Malgré les difficultés éprouvées par les médecins qui, depuis 1923, essaient la cure des psychopathes dans leurs familles et leur milieu habituel, les efforts de ces médecins n'ont pas été inutiles. Nombreux sont les aliénés, qui, conscients de leurs trou-

(1) Docteur Serin. *Pratique méd. franç.*, déc. 1926.

bles mentaux, ou suspects à leurs parents et à leur entourage, ont accepté de consulter les spécialistes de l'hôpital Henri Rousselle. Reconnus par ces médecins, malades dangereux pour la société, ils ont été internés, avant qu'ils aient eu le temps de commettre un délit ou un crime, et si le chiffre des internements s'est ainsi accru dans une notable proportion, des manifestations anti-sociales multiples et variées n'ont pas eu le temps de se produire. Depuis la fondation de l'Hôpital Henri Rousselle jusqu'en juillet 1927, on a compté 5.000 internements, résultant du passage à la consultation, d'aliénés, qui espéraient, qu'en se présentant librement à l'examen, ils éviteraient le séjour à l'asile. Retenus comme dans une « souricière » (c'est l'expression qu'ils emploient, eux et leurs familles), tous ces malades ont été séparés de leurs parents, de leur milieu habituel, et placés à l'asile, dans les conditions de changement d'existence qui pouvaient le mieux assurer leur guérison. Les partisans de la cure des aliénés en liberté, ont été ainsi amenés à reconnaître la nécessité presque constante de l'internement des psychopathes et l'obligation de placer ces malades sous le couvert de la loi de 1838. A cette conception, s'étaient déjà ralliés les médecins, qui, s'efforçant de traiter les aliénés, en dehors des asiles, dans des services spéciaux, avaient pensé à soigner ces malades, dans les mêmes conditions que les syphilitiques ou les tuberculeux, sans la formalité de l'internement.

Pour aussi légitime, d'ailleurs, qu'ait été et demeure encore la vogue des services de prophylaxie mentale, les psychopathes qui viennent à la consultation, spontanément ou amenés par leurs familles, à Paris, ne sont pas la majorité,

C'est à l'Infirmerie spéciale, près la Préfecture de police, que sont conduits la plupart des aliénés. Cette Infirmerie a été organisée, en 1845, par le Préfet de police, afin de réaliser une sélection parmi les individus, qui, à Paris, compromettent la sécurité d'autrui et troublent l'ordre public.

Ainsi que l'a écrit Garnier (1), chef du service, plusieurs années avant la guerre : « l'intérêt de l'infirmerie spéciale se trouve dans le fait que le malade arrive dans la phase agissante et démonstrative de sa folie. Alors que, quinze jours plus tard, à l'asile, il s'est calmé, et que son délire s'est atténué, ou même s'est modifié, le malade apparaît, dès son entrée à l'Infirmerie spéciale, dans toute la vivacité de ses manifestations délirantes. Il a une originalité d'allures et une franchise de réactions qu'il tendra à perdre, après qu'il aura été soumis au régime de l'asile, confondu avec une centaine d'autres malades et assujetti à une discipline. »

A l'Infirmerie spéciale, le sujet étale, selon le mot de Garnier : « son moi maladif », ses réclamations, ses griefs, et ses combinaisons. En outre, les parents, les témoins, qui viennent de souffrir de la conduite et des réactions du malade, se rappellent mieux les faits et ont moins de tendance à les dénaturer, qu'après l'internement du sujet. Les procès verbaux des commissaires de police, dans lesquels sont consignés leurs paroles et leurs demandes de protection contre l'aliéné, les obligent à une déposition sincère, qu'ils rétracteront souvent plus tard, lorsqu'ils insisteront pour obtenir la mise en liberté. Dès lors, l'aliéné, confronté avec ses parents, interrogé par le médecin avec tact et doigté, est obligé de répondre mieux qu'il ne le fera à l'asile, même s'il est réticent, puisqu'il est mis en présence des témoins de son délire, de ses propres écrits et des réclamations qu'il a le plus souvent adressées au commissaire de police. La notation par le personnel des paroles, faits et gestes du malade, aussi bien que l'étude faite par le médecin de l'attitude, du costume, du pouls, de la température et du fonctionnement des différents appareils, permettent un diagnostic rapide, légitimant le transfert du malade à l'admission de l'Asile Sainte-Anne où il sera encore observé et soigné, avant l'internement, si cet internement est reconnu indispensable.

La Clinique de l'Infirmerie spéciale est donc le centre psychiatrique le plus important de Paris, à côté de la Clinique de la Faculté de médecine, non seulement à cause du renouvellement incessant de sa population d'aliénés, mais aussi à cause de la variété des cas d'aliénation qui se présentent à l'examen médical.

L'Infirmerie spéciale représente le complément nécessaire des services libres de prophylaxie mentale. Malgré les attaques dont elle a été l'objet, il faut reconnaître que c'est un organisme de sauvegarde, de protection, indispensable à la sécurité publique.

Ce serait, en effet, un paradoxe, un non-sens que de vouloir traiter en liberté tous les aliénés et de supprimer les asiles d'aliénés, ainsi que le demandent certains médecins qui, cependant, par une antinomie incompréhensible, réclament le droit de transformer leurs services *ouverts* en services *fermés*. Ils se souviennent, sans doute, que chez les Grecs et les Romains, ainsi qu'au Moyen Age, les aliénés étaient vénérés comme des représentants de la Divinité, et libres.

Il n'en est pas moins vrai qu'en ce xxe siècle, la loi du 30 juin 1838, jugée par certains esprits comme une loi barbare, inexorable et de répression, est encore en vigueur. A juste raison, puisqu'elle s'appuie sur deux principes : 1° soigner le malade ; 2° protéger la société contre les réactions impulsives, inconscientes et brutales de l'aliéné, et ses actes antisociaux.

Si, depuis trente ans, cette loi est en instance de réforme et en discussion à la Chambre des députés et au Sénat, c'est parce que le législateur hésite à sacrifier, dans tous les cas, le respect de la liberté individuelle, sauvegardé d'ailleurs par les premiers articles de la loi de 1838 à la sécurité d'autrui et à l'ordre social qui, avant tout, doivent être protégés.

(1) P. Garnier. *La folie à Paris*, Baillière, édit

L'Opothérapie clinique en vingt lecons, par le docteur Scheffler (de Saint-Etienne). 1930. in-8, 336 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Le François, 91, boulevard Saint-Michel.

CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE

A L'AIDE DU BISTOURI DIATHERMIQUE

(GASTRECTOMIES. COLECTOMIES. GASTRO-ENTÉROSTOMIES)

Par Victor PAUCHET (1).

Grâce à cet instrument, la gastro-entérostomie se trouve extrêmement simplifiée : rapidité, simplicité (pas de clamps), hémostase, asepsie (pas d'ouverture de la muqueuse).

Je pratique peu de gastro-entérostomies. En cas d'ulcère gastrique, je pratique systématiquement la gastrectomie. En cas de cancer gastrique, je pratique la gastrectomie jusqu'aux plus extrêmes limites. C'est seulement quand la lésion est trop étendue, quand il y a des métastases que je fais l'anastomose pour ne pas fermer le ventre sans rien faire. Le résultat d'ailleurs est peu favorable : quelques mois de survie tout au plus. Quelques chirurgiens publient, avec enthousiasme, des cas de cancer de l'estomac qui ont longtemps vécu avec une gastro-entérostomie; il s'agissait de cancer au début, développé sur un ulcus calleux. Si ces cas avaient été gastrectomisés, ils auraient obtenu une guérison définitive. Ces opérateurs n'ont donc pas raison de se vanter du résultat.

En cas d'*ulcère duodénal*, la question est plus complexe : en principe, je *pratique la gastrectomie, très large*. Toutefois, quand il s'agit d'une sténose fibreuse, sans hémorragie, sans douleur, je pratique encore la gastro-entérostomie. C'est une bonne opération qui donne souvent des résultats éloignés très satisfaisants. Mais alors je fais surveiller les malades de près; pour peu qu'ils souffrent ou présentent le moindre trouble morbide, je me prépare à les réopérer secondairement, à l'aide d'une gastrectomie. S'il s'agit d'un cas traité pour un ulcus hémorragique je pratique purement et simplement la résection du cône pyloro-duodénal; mais si après la gastro-entérostomie le sujet est resté hyperchlorhydrique, si l'hyperchlorhydrique fait craindre un ulcère jéjunal possible il faut pratiquer la résection très large.

Ici, je parle de la gastro-entérostomie pratiquée : *a.* comme anastomose pure et simple ou bien *b.* après la résection de l'estomac. La méthode diathermique simplifie l'opération.

Cette méthode est supérieure à toutes les autres pour sa simplicité, sa rapidité, son absence de risque : un seul plan de suture suffit; les clamps sont inutiles. Voici comment se résume la technique :

a. *Choix des deux viscères.* Le jéjunum est amené au contact de l'estomac; ils sont fixés à l'aide d'un point de suture à chaque extrémité de l'accolement. En principe, pour l'ulcère gastrique duodénal, nous employons le procédé vertical (Ricard), mais quand il s'agit d'un néo inopérable, nous faisons ce que nous pouvons, très souvent une gastro-entérostomie antérieure avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 28 janvier 1930.

b. *Incision de l'estomac et du jéjunum*, à l'aiguille diathermique, incision séro-musculaire seule.

c. *Surjet au catgut sur la tranche postérieure*, il prend la séro-musculaire, très largement.

d. *Surjet séro-musculaire antérieur, avec le même fil*, un plan de suture au surjet suffit.

e. *Ecrasement de la muqueuse à travers l'anastomose séro-musculaire.* Les doigts suffisent. Ce temps est généralement inutile, la muqueuse s'ouvre seule quelques heures plus tard. Le fait d'avoir été cuite par le voisinage de la section séro-musculaire suffit pour rendre la muqueuse friable et nécrosable.

f. *Fermeture de la brèche méso-colique* à l'aide de quelques points séparés.

L'opération est terminée.

Et l'hémostase, direz-vous? Quand il s'agit d'une gastro-entérostomie verticale de Ricard, il n'y a pas besoin d'hémostase. La section du jéjunum est faite sur sa convexité; celle de l'estomac verticalement entre les deux courbures, cela ne saigne pas. D'ailleurs, s'il y a une artère qui donne, c'est très simple; elle est saisie par une pince et le courant électrique l'arrête de suite.

Quand il s'agit, au contraire, d'une incision transversale de l'estomac, en cas de cancer inopérable, par exemple, nous faisons des ligatures préventives sur les vaisseaux de la grande courbure, car les artères prises en travers peuvent donner du sang. Dans ces cas, nous ne nous servons pas du courant électrique pour couper les vaisseaux, mais nous faisons une ligature, de façon à ne pas craindre les hémorragies secondaires.

Nous avons pratiqué environ 30 gastro-entérostomies, gastrectomies, colectomies semblables, nous n'avons jamais eu d'accidents et nous ne comprenons pas comment il pourrait s'en produire; l'hémorragie secondaire me paraît être une objection purement théorique.

Cette idée de l'*ouverture retardée* de l'estomac m'a été donnée, il y une vingtaine d'années, quand j'étais interne de Richelot, alors que Souligoux inventa la gastro-entérostomie retardée. Notre collègue pratiquait l'écrasement des deux tuniques muqueuse et musculaire avec une pince écrasante. Il badigeonnait à la potasse la séreuse au-dessus de la surface écrasée; il faisait des surjets au fil autour de la surface écrasée. L'ouverture secondaire se faisait quelques heures plus tard. Cette méthode ne m'a pas paru intéressante. C'était sale, long, inélégant, je ne l'ai jamais employée. Souligoux écrasait la musculeuse et la muqueuse, ma méthode nouvelle sectionne la séro-musculeuse plus facilement qu'avec le bistouri normal et ne touche pas à la muqueuse qui s'ouvre seule, ou par écrasement avec le doigt. C'est facile, rapide, simple, aseptique.

Traitement préventif et curatif des affections broncho-pulmonaires aiguës non tuberculeuses et des accidents pulmonaires post-opératoires par l'imprégnation créosotée, par MM. Edouard Schoull et Louis Weiller. Préface de M. F. Bezançon. Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1930)

Le syndrome des cardiaques noirs dans les séquelles d'intoxication par les gaz de combat. — M. ACHARD rapporte le cas d'un homme de cinquante et un ans, intoxiqué par l'ypérite en 1917 et soigné pendant près d'un an pour des accidents respiratoires. Depuis, il était resté dyspnéique et sujet à des bronchites et à des poussées de congestion pulmonaire. En 1927 la cyanose apparut et devint permanente.

Le malade présentait l'aspect du cardiaque noir. Il avait des œdèmes, de l'albuminurie, un gros foie, des doigts en baguettes de tambour. L'examen radiologique montrait une augmentation du volume du cœur, portant principalement sur le bord droit, et de fortes traînées sombres rayonnent du hile des poumons. Une radiographie après lipiodol, montrait des dilatations moniliformes des rameaux bronchiques. Le taux des globules rouges oscillait entre 7.400.000 et 9.800.000. La réaction de Wassermann était négative.

Cette observation est intéressante à un double titre.

Elle offre l'exemple d'une forme, qui paraît rare, de séquelles lointaines d'intoxication par les gaz de combat.

Elle éclaire la pathogénie discutée du syndrome des cardiaques noirs, car la cause et la succession des accidents sont ici simples et précises. La syphilis n'est pas en jeu, alors que certains auteurs lui attribuent l'origine constante du syndrome. D'autre part, ce sont les altérations broncho pulmonaires qui ont précédé les altérations artério-pulmonaires, alors que, pour certains auteurs, les lésions artérielles seraient toujours primitives.

Sur la vaccination mixte, antitypho-paratyphique par les vaccins stérilisés. Son emploi de 1910 à 1914. — M. H. VINCENT. Plusieurs auteurs ont rapporté, par erreur sans doute, que la vaccination mixte, antityphoïdique et antiparatyphique A + B, aurait été mise en pratique, pour la première fois, pendant la guerre de 1914-1918. Or l'application de cette méthode si utile a, de beaucoup, précédé cette période.

Elle a été effectuée, en effet, en 1909 sur l'auteur lui-même, en 1910 sur dix-sept jeunes médecins, et à partir de 1911, le vaccin bacillaire à l'éther, « polyvalent, préventif à la fois contre la fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes A et B », a été systématiquement employé sur des millions de personnes, dans l'armée et dans la population civile, en France, au Maroc (août 1911 et années suivantes), en Algérie et en Tunisie (1912), dans certains pays étrangers : Grèce, Belgique, Italie, Serbie, Roumanie, Turquie, Syrie, Colombie, etc., en Espagne, en République Argentine, etc.

« Le même vaccin triple (stérilisé par l'éther) a été utilisé, ajoute M. Vincent, suivant mes conseils, en Italie, dans la population civile et dans l'armée de Tripolitaine et de Cyrénaïque, avec des résultats très supérieurs publiés par le professeur Santoliquido et par F. Cavallerleone (1913).

Dans la préparation de ce vaccin polyvalent, les antigènes typhoïdique et paratyphique A et B étaient mélangés *en proportions égales*, ainsi que je l'ai publié en 1913 (*Journal médical français*, 15 octobre); ce dosage a été adopté par les autre pays.

La méthode de vaccination *triple et simultanée* avec le vaccin que j'ai appelé *T. A. B.* a donc été appliquée par moi en France et en d'autres pays, sur une très grande échelle *depuis 1909-1910, par conséquent longtemps avant la guerre*. De nombreux faits publiés par MM. Chauffard, Achard, J. Renault, etc., et par moi-même ont montré l'efficacité et la longue durée de l'immunité conférée par cette méthode. »

Sur quelques causes provoquant la disparition ou le réveil du B. typhique dans l'eau. — M. TRILLAT montre le coli et le B. typhique peuvent vivre dans l'eau à un état tellement atténué qu'ils échappent à l'analyse bactériologique et que souvent une eau déclarée pure peut, en réalité, les contenir à l'état de puissance. Sous certaines influences, ces germes peuvent être réveillés et proliférer abondamment. Ce cas se produit, par exemple, dans l'addition de matières organiques dégradées. Ainsi, les infiltrations d'eau d'égout sont la plupart du temps non pas une cause originale, mais une cause déterminante. Il en est de même des dépressions barométriques brusques.

Action de l'urine de femme enceinte sur le tractus génital de la souris et, en particulier, de la souris mâle. Utilisation de cette action pour le diagnostic biologique de la grossesse. Conséquences physiologiques. — MM. L. BROUHA, H. HINGLAIS et H. SIMONNET envoient nne note que présente M. Bar.

L'urine de la femme enceinte contient dès le quinzième jour de la grossesse une hormone qu'on a tout lieu de croire produite par le lobe antérieur de l'hypophyse. A partir du troitroisième mois, elle est également riche en folliculine.

Après Aschheim et Zondek dont ils ont vérifié les recherches, les auteurs ont constate que l'urine de la femme enceinte injectée à des souris impubères femelles provoque un développement rapide et considérable du tractus génital. Mais ils ont constaté que ce test était le résultat de deux actions agissant dans le même sens : celle de l'hormone antéhypophysaire et celle de la folliculine. Or, la folliculine se rencontre dans l'urine de femmes non enceintes, lors de certains troubles de la menstruation.

Il y a là une cause d'erreur (40 p. 100) quand on entend appliquer le test au diagnostic de la grossesse dans des cas où le diagnostic clinique est douteux.

Cette cause d'erreur disparaît si on choisit comme sujets d'expérience des souris mâles. Outre que la sélection des sujets peut être faite avec plus de facilité (7 à 15 grammes) la folliculine n'exerce aucune action stimulante sur l'appareil genital; elle a plutôt une action régressive. Seule l'hormone antéhypophysaire intervient et elle agit au point que les voies génitales prennent un volume et un poids de quatre à douze fois plus élevé que chez les animaux témoins.

Appliquant ces faits à la clinique, les auteurs ont constaté que sur 150 cas contrôlés à la clinique Tarnier, ils ont obtenu 100 p. 100 de diagnostics biologiques exacts.

L'injection d'urine de femme enceinte à des souris mâles apparaît donc comme un test de première valeur dans le diagnostic de la grossesse précoce et incertaine.

Cette communication éclaire un certain nombre de faits physiologiques, comme le fait remarquer M. Bar, et notamment la crise génitale des nouveau-nés, et en particulier des nouveau-nés du sexe masculin. Elle montre combien est précoce chez la femme enceinte l'action de l'hormone antéhypophysaire et combien elle est intense.

Une pareille précocité s'observe chez tous les animaux, mais l'intensité est particulièrement marquée chez la femme et les primates. Cette intensité, s'ajoutant à d'autres faits connus, aide à comprendre les troubles pathologiques qu'on observe au début de la grossesse chez la femme.

Les auteurs indiquent les recherches de contrôle qui doivent être faites pour que la certitude du test qu'ils proposent, et que semble démontrer la constance des résultats qu'ils ont obtenus, soit vraiment acquise.

Discussion. — Après quelques remarques de M. Netter, M. Hallion confirme les conclusions des auteurs. M. Béclère pense que leurs constatations pourront avoir des conséquences thérapeutiques intéressantes.

Chirurgie gastro-intestinales à l'aide du bistouri diathermique (gastrectomies, colectomies, gastro-entérosto-

mies. — M. Victor PAUCHET. (Voir la communication *in extenso* dans le même numéro, p. 165.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1930)

M. CUNÉO, président sortant, prie M. Gosset de prendre le fauteuil présidentiel.

Allocution de M. GOSSET, président élu.

Trois cas d'iléus biliaire. — M. AUVRAY rapporte ces observations de M. Jean Quénu. Les trois cas concernent des femmes âgées, les deux premières présentèrent une évolution subaiguë, la troisième un cas aigu. La seule malade qui mourut fut la seconde opérée qui présentait une perforation intestinale ayant laissé passer le contenu intestinal entre les deux feuillets du mésentère, et de là dans le péritoine. M. Auvray estime avec M. Quénu qu'il faut réduire l'anesthésie au minimum.

MM. DE MARTEL et GOSSET insistent sur les bons résultats obtenus dans les occlusions du grêle par l'emploi du sérum hypertonique intraveineux.

Tumeur de la moelle. — M. ROBINEAU fait un rapport sur cette observation de M. Yves Delagénière (du Mans). Il s'agit d'une tumeur localisée cliniquement à la onzième dorsale, à la sixième par le lipiodol, ayant déterminé une paraplégie flasque chez une femme de soixante-douze ans. Après le retour de la sensibilité et des réflexes, très rapide, on ne constatait aucun retour de la motilité. Celle-ci revint à partir du sixième mois. Cette guérison, après paraplégie flasque, constitue un fait intéressant. On conçoit tout l'intérêt d'un diagnostic précoce de ces tumeurs.

M. DE MARTEL a observé des cas analogues.

Inversion utérine. — M. CADENAT rapporte cette observation du docteur Meslay (de Barcelone). Après section partielle de l'utérus on le repoussa en position normale, par colpotomie postérieure (colpo-hystérotomie postérieure). Lors d'une nouvelle grossesse la malade fit une hémorragie mortelle.

Tumeur musculaire. — M. AUVRAY a observé une tumeur du biceps que fixait la contraction musculaire. Cette tumeur extirpée présentait l'aspect d'un fibrome pur. L'évolution était rapide chez un sujet jeune.

Présentation de malades. — M. ALGLAVE présente une fracture de l'humérus non consolidée au bout de dix mois. Il intervint et mit une tige et des fils couplés. Le résultat opératoire fut bon. M. Alglave considère qu'une fracture de l'humérus, douloureuse au bout de quelques jours, indique une lésion du nerf radial et donc l'intervention. Les interventions tardives deviennent plus difficiles du fait de la raréfaction osseuse.

M. DE MARTEL. Kyste hydatique du IVe ventricule et poche de Rathke, opérés et guéris.

La tumeur du premier malade (kyste hydatique) ne se manifestait que par une céphalée intense, un œdème papillaire bilatéral et une tendance à tomber à droite et en avant. La ventriculographie montra une dilatation des ventricules latéraux. Une exploration complète fut pratiquée en suivant la technique imaginée par l'auteur. Résultat final excellent.

L'examen ophtalmoscopique seul permit de localiser la tumeur (poche de Rathke). Guérison.

M. T. de Martel insiste sur le petit rôle qu'a joué l'examen neurologique dans la localisation de ces tumeurs et sur le bon résultat obtenu par leur traitement opératoire.

M. SORREL. Arthrodèse extraarticulaire huit mois après le début d'une coxalgie. Bon résultat.

M. GERNEZ. Malade opéré de gastrotomie par le procédé personnel de M. Gernez. Bon résultat.

M. HEITZ-BOYER. La plaie d'une malade opérée de bacillose rénale était restée ouverte. Grâce à l'emploi de courants à haute fréquence la guérison survint après une sorte de curettage électrique et un traitement par étincelage suivi de suture.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1930)

Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — M. L'HIRONDEL présente une observation très intéressante d'un malade dont l'ostéomyélite a succédé par contiguïté à une staphylococcie cutanée. C'est la première observation publiée qui signale ce mode de début.

Lithiase salivaire. — M. SCHAEFFER présente un volumineux calcul de la glande salivaire dont la présence dans l'organe n'a déterminé que quelques signes légers de rétention salivaire.

Articulation temporo-maxillaire. — M. OLIVIER rappelle dans un remarquable exposé la forme du ménisque et ses rapports et ses attaches articulaires, il insiste pour que les ligaments sphéno-maxillaires, stylo-maxillaires et ptérygo-maxillaires soient décrits comme des portions très différenciées de l'aponévrose cervicale.

Pyorrhée avéolo-dentaire. Rappel anatomo-pathologique. — M. VINCENT au cours d'une étude très documentée rappelle ses travaux de l'année dernière sur l'étiologie microbienne de la maladie. Il admet l'importance des troubles endocrino-sympathiques, mais il rapporte de nombreuses observations de malades pyorrhéiques dont les lésions sont stabilisées depuis de longs mois par une vaccination antistaphylococcique ou un traitement pratiqué par l'injection de bactériophage antistaphylococcique.

Un cas de fracture du maxillaire inférieur. — M. FLEURY insiste sur l'inefficacité de l'ostéosynthèse et la nécessité de l'extraction de toutes les dents ou racines en rapport de voisinage avec le trait de fracture.

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Le dimanche 26 janvier a eu lieu à l'hôpital Saint-Denis, sous la présidence de M. le professeur Gougerot, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, l'inauguration du pavillon aménagé pour le centre prophylactique de la région de Saint-Denis, et organisé par le ministère de l'Hygiène et la Commission administrative de l'hôpital, sous la direction de M. le docteur Paul Blum, assisté du docteur Jean Bralez.

Ce service prophylactique et de médecine préventive, ouvert depuis novembre 1927, est le premier centre organisé en France, non seulement pour y établir la lutte antivénérienne, mais aussi pour y constituer un service complet de prophylaxie et de médecine préventive.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — PRIX ANTOINE COURTADE. — La Société de thérapeutique décerne tous les deux ans, les arrérages du legs Antoine Courtade (1.250 fr.) « au meilleur travail de thérapeutique médicale ou sur une question posée par la Société; ou encore à celui qui découvrira un médicament nouveau, d'une grande utilité, d'un usage fréquent et qui restera acquis à la thérapeutique ».

Les travaux, en deux exemplaires, les produits en quantité suffisante pour en permettre l'analyse et les essais physiologiques et thérapeutiques devront être envoyés au secrétaire général (docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris, VIIIe). Ils peuvent être adressés soit par le candidat lui-même, soit par un membre de la Société. Aucun acte de candidature personnelle n'est nécessaire et l'anonymat est admis.

Les candidats devront justifier de leur qualité de Français.

CONCOURS. — La Ligue italienne pour la lutte contre le cancer fait connaître qu'elle organise un concours international en vue de récompenser un ouvrage inédit, critique et expérimental sur : *La valeur des méthodes sérologiques pour la diagnose des tumeurs malignes.* Ce prix dont le montant est de 15.000 lires, sera adjugé en juillet 1931. Renseignements Siège Central de la Ligue, 33 via Triboniamo, presso Piazza Cavour, Casa del Mutilate. Rome.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 31 mars 1930.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 8.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs tites, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les canditatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au vendredi 28 février inclus.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu à Châteauroux, vers le 15 mars, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé, chargé des dispensaires du département de l'Indre. Ce médecin pourra éventuellement être chargé des services d'hygiène.

Les conditions, les avantages sont ceux stipulés dans le statut-type.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

AVIS DE VACANCE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Tarbes est vacant. (*J. O.*, 26 janv. 1930.)

LA NEUROMÉLITOCOCCIE. — Le *Marseille médical* consacre son numéro du 15 novembre 1929 à la neuromélitococcie. Les articles sont dus au professeur H. Roger ou ont été écrits sous sa direction par ses élèves.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Gérard (de Nice); Eugène Devic, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon; frère du docteur André Devic, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon; M. Hofgaard, étudiant en médecine à Alger.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Walter Bradford Cannon, professeur de physiologie à l'Université Harvard, fera à l'amphithéâtre Vulpian, à 16 h., cinq conférences en français sur « Les émotions fortes et leur influence sur l'organisme ».

Jeudi 6 février 1930 : Modifications physiologiques accom-

pagnant les états de grande émotion (avec projections).

Samedi 8 février : Interprétation des réactions émotives en fonction de leur utilité.

Mardi 11 février : Mécanisme nerveux de l'expression des émotions (avec projections).

Jeudi 13 février : Théorie de l'origine des émotions (avec projections).

Samedi 15 février : Troubles émotifs des fonctions de l'organisme.

— CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. André STROHL.) — INSTITUT DU RADIUM. (Directeurs : Mme P. CURIE et docteur Cl. REGAUD.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux.

Deuxième partie : *Radiophysiologie. Röntgenthérapie. Curiethérapie.*

Cours. — I. Actions biologiques exercées par les rayons X et par les rayons des corps radio-actifs.

II. Technologie des radiations appliquées à la thérapeutique.

III. Radiothérapie des maladies cancéreuses.

IV. Radiothérapie des affections non cancéreuses.

V. Accidents imputables aux rayons X et aux rayons des corps radio-actifs.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 h.

Des démonstrations seront faites par MM. Coutard, Ferroux, Gricouroff, Monod et Régnier. Elles auront lieu à l'Institut du radium, 26, rue d'Ulm, à 14 h., les lundis pour les élèves de la série A; les samedis pour les élèves de la série B. Elles commenceront le samedi 8 février.

Stages. — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage de radiothérapie.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile Sergent.) — Un cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du 7 avril au 12 avril inclus.

NOTES POUR L'INTERNAT

ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

ÉVOLUTION

L'évolution est variable.

Si l'état général est bon ou si le malade peut faire les frais d'un traitement prolongé, la lésion évolue vers la sclérose et guérit en quelques mois.

Sinon on assiste à l'*extension des lésions* puis à la *suppuration* :

L'épididyme augmente de volume, devient énorme et ramolli. La *prise du testicule* se marque par son augmentation, sa consistance irrégulière avec zones de ramollissement, la disparition du sillon épididymo-testiculaire.

L'ensemble constitue une grosse masse, déformant la bourse, où testicule et épididyme sont indissociables.

Superficiellement la *séreuse vaginale* envahie est adhérente et ne se laisse plus pincer. L'*adhérence cutanée* est rapide surtout au *pôle postérieur et inférieur* de la masse.

Au bout de quelques jours, la peau s'infiltre et rougit, s'amincit; la suppuration se fait jour en une puis plusieurs *fistules* caractéristiques. Leur siège : postéro-inférieur; leurs bords décollés, violacés; le pus séro-grumeleux qui s'en écoule, sont typiques. La fistulisation aboutit quelquefois au *fongus superficiel* du testicule.

Localement ce sont donc des lésions énormes. A distance, le *toucher rectal* montre une prise de tout le carrefour urogénital. Il peut également révéler l'existence d'*abcès pelviens* qui tendent à s'ouvrir dans l'urèthre, le rectum ou au périnée.

Le côté opposé est souvent très malade.

L'*état général* domine là encore le pronostic. Il est en effet fréquent chez ces malades de constater de la pyurie d'origine rénale ou des signes de tuberculose pulmonaire évolutive. Ils peuvent succomber soit à leurs lésions viscérales, soit à des suppurations pelviennes interminables, avec infections secondaires et amylose viscérale.

PRONOSTIC

Le *pronostic vital* est donc nettement mauvais dans le cas d'une tuberculose multifocale.

Lorsque la lésion est locale et non fistuleuse, la guérison complète par fibrose est possible. Il faut compter encore avec *des récidives*, enfin avec une évolution de tuberculose viscérale.

Quant au *pronostic fonctionnel* il comporte des réserves, surtout chez l'enfant, car l'orchiépididymite oblitère les voies d'excrétion, et peut même amener une atrophie testiculaire.

FORMES CLINIQUES

1° **Formes symptomatiques.** — Nous citerons :

— Les *formes latentes*, découvertes d'examen complet;

— La *forme avec hydrocèle*, très fréquente, parfois cloisonnée posant le diagnostic d'un tubercule caséifié;

— La *forme double* d'emblée, souvent symptomatique d'une lésion rénale.

2° **Formes anatomiques.** — Parmi celles-ci :

La *forme sur testicule inversé* : les symptômes sont inverses, la fistule serait antérieure.

Les *formes sur testicule ectopique; péritonéo-vaginale* au cours des tuberculoses des séreuses (syndrome péritonéo-pleural ou ascite simple), avec persistance du canal péritonéo-vaginal.

3° **Formes évolutives.** — Ce sont :

a. Des formes aiguës. — Soit une granulie aiguë, rare. Soit surtout l'*orchite aiguë* de Duplay, fréquente chez l'enfant.

Le début en est brusque, par douleurs irradiant au cordon et aux lombes, fièvre, vomissements. Le scrotum est gros, rouge, douloureux, souvent déformé par une lame d'hydrocèle. Testicule et épididyme sont infiltrés et indissociables.

Le diagnostic à ce moment se pose donc avec la gonococcie. Mais rapidement survient une suppuration abondante. Le pronostic est cependant assez favorable.

b. Des formes chroniques. — C'est la forme du vieillard (rare). Il s'agit d'une hypertrophie diffuse avec sclérose, réalisant un aspect *pseudo-néoplasique*. L'évolution est torpide avec quelques douleurs. La bilatéralité est fréquente.

4° **Formes suivant le terrain.** — *a.* Chez l'enfant signalons quelques particularités : c'est tout d'abord la prédominance orchitique avec possibilité d'atrophie ultérieure; la fréquence de la bilatéralité et des formes rapides; enfin l'abondance de la suppuration contrastant avec un bon pronostic;

b. Chez les tuberculeux, nous en avons vu la gravité.

Signalons la fréquence de l'orchi-épididymite révélatrice de tuberculose rénale. (*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 9, p. 154.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. J.-L. Faure, Lenormant, Descomps, Thiéry, Ombrédanne, Duval, Proust.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NÎMES. — Un concours pour une place de médecin adjoint d'ophtalmologie s'ouvrira fin mai 1930.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat des hospices, 12, rue de Montpellier à Nîmes.

— TOULOUSE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Dambrin, Virenque, Aversenq, Rieunaud, Pons.

Internes provisoires : MM. Parayre, Sol, Gouzy.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — *Concours de clinicat.* — Le docteur Lyon a été nommé chef de clinique médicale, et Mlle le docteur Bénit, chef de clinique ophtalmologique.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée à titre posthume à M. le docteur Charles Andrieu (de Neuilly-en-Thelle, Oise), mort victime de son dévouement.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE TOULOUSE. — Le 17 mars 1930, à 8 h. du matin, aura lieu à la Préfecture de la Haute-Garonne, un concours pour la nomination de deux internes titulaires et deux internes provisoires à l'Asile de Braqueville.

Tous renseignements peuvent être demandés à l'Asile de Braqueville.

UNION MÉDICALE LATINE. — PRIX DE L'UMFIA. — *Prix Voronoff.* — Deux prix : le premier de 10.000 fr. ; le deuxième de 5.000 fr.

Sujet : En s'appuyant sur des arguments cliniques, thérapeutiques, expérimentaux, anatomiques, histologiques, embryologiques, fournir un travail se rapportant aux questions suivantes :

1° Existe-t-il chez l'homme des insuffisances et des hyperfonctionnements des glandes endocrines (en particulier thyroïde, testicule, ovaire, surrénale)?

2° Les hyperfonctionnements de ces glandes peuvent-ils être réactionnels à l'insuffisance partielle de chacune ou de plusieurs d'entre elles?

Prix Dartigues-Rosenthal de 4.000 fr. — Les docteurs Dartigues et Rosenthal, membres de l'Umfia, nous informent qu'ils viennent de créer un prix, pour 1930, de 4.000 fr. pour les membres de l'Umfia, de quelque pays qu'ils soient.

Le sujet est le suivant :

Intervention médico-chirurgicale en cas de tuberculose; pneumothorax bilatéral double.

Ce prix est uniquement destiné à récompenser les recherches originales.

Prix Georges Luys. — Prix de 3.000 fr. du docteur Georges Luys, membre de l'Umfia, décerné au meilleur travail sur le sujet suivant : « Traitement de l'adénome prostatique par la voie endoscopique. »

Prix Tussau (de Lyon). — L'Umfia propose le prix du docteur Tussau de 2.000 fr. qui sera attribué en 1928 au meilleur ouvrage édité au cours de l'année ou au meilleur travail sur :

1° Le traitement de la stérilité par la lipiodolisation utéro-tubaire;

2° La radiographle utéro-tubaire.

Ces deux sujets peuvent être traités simultanément ou séparément.

Prix réservé aux internes des hôpitaux de France. — Prix de 4e année d'internat, fondation du docteur Dartigues : prix

de 2.000 fr. réservé à l'interne de 4e année qui aura présenté au Conseil la meilleure thèse ou le meilleur mémoire, au choix du candidat.

Prix réservé aux internes des hôpitaux de Paris. — Prix de 1re, 2e, 3e années d'internat, sur la proposition du docteur R. Molinéry, secrétaire général. Ce prix de 500 fr. sera affecté au meilleur mémoire dont le sujet aura été arrêté par le bureau.

Prix réservé à tous les étudiants en médecine de France (stagiaires ou externes en fin d'études). — Ce prix de 300 fr. est donné au meilleur travail présenté au bureau. Le sujet en est donné par ce dernier.

Prix réservés aux internats des hôpitaux de province. — Prix de 300 fr. réservé aux hôpitaux de Bordeaux, Montpellier, Toulouse. Prix de 1.000 fr., fondation Bandelac de Pariente, réservé aux hôpitaux de Marseille.

Prix de l'Université de Toulouse : Fondation Bandelac de Pariente. — A l'occasion du septième centenaire de l'Université de Toulouse, le docteur Bandelac de Pariente a fondé un prix de 1.000 fr. qui sera donné, alternativement, au meilleur travail fait par un élève en médecine sur la protection de la première enfance; au meilleur mémoire d'un étudiant en droit portant sur toutes les modifications à apporter à la législation qui protège les droits de l'enfant.

Prix Foveau de Courmelles et Bandelac de Pariente. — Prix de 2.400 fr. accordé à un membre de l'Umfia. Sujet du concours : Les radiations chez les enfants.

La condition essentielle pour pouvoir participer à l'attribution de ces prix est d'être inscrit sur les listes de l'Umfia l'année au moins qui précède le concours.

Les candidats doivent envoyer le mémoire dans les six mois qui suivent la publication du Bulletin où ces prix sont mentionnés. Le mémoire du lauréat sera analysé et publié, si possible, dans le Bulletin officiel de l'Umfia.

M. Baillis propose, pour le prix de thèse fondé par le docteur Dartigues, que le sujet donné par le bureau soit limité et précis et qu'il comprenne non seulement des sujets sur les maladies communes en France, mais aussi des sujets sur des maladies coloniales ou étrangères.

C'est sur la proposition de M. Jodin que le prix de 300 fr., qui sera réservé aux jeunes umfistes non internes, a été créé par le bureau.

Pour les conditions de ces prix, écrire au secrétariat général de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.

(Voir la suite des « Informations », p. 193.)

FERRAN

(DE BARCELONE)

Tous les médecins connaissent le nom et les travaux de Ferran; tous savent quel retentissement mondial ont eu ses mémorables recherches sur la vaccination anticholérique et sur la tuberculose; tous s'associent au deuil dans lequel sa mort a plongé nos confrères espagnols.

Né le 2 février 1852, à Corbera-sur-l'Ebre (Tarragone) où son père exerçait la profession médicale il obtint ses grades universitaires le 9 décembre 1873, devant la Faculté de Barcelone, et s'installa d'abord à Pla de Panadi, puis à Tortosa, s'occupant de médecine générale, d'électricité, d'ophtalmologie et trouvant encore du temps pour s'intéresser à la photographie et à la peinture. Ayant lu par hasard les travaux de Pasteur, il en fut si enthousiasmé qu'il restreignit ses dépenses de façon à s'acheter un microscope et les appareils nécessaires à la culture des microbes. Désigné en 1884 par les autorités de Barcelone pour aller étudier le choléra qui sévissait alors à Toulon et à Marseille, il ne fut pas long à découvrir que les cobayes immunisés avec des cultures filtrées de bacilles cholériques résistent parfaitement à l'injection de doses mortelles pour les animaux témoins. Il fit donc la même expérience sur lui-même et sur ses amis, sans aucun dommage pour eux, la réaction initiale une fois passée. Aussi lorsque l'épidémie gagna l'Espagne, cette méthode fut-elle appliquée en grand. Elle souleva malheureusement des critiques injustes et passionnées. Il a fallu l'épreuve du temps pour la faire triompher, et, en 1907, l'Académie des sciences de Paris, sur la proposition du docteur Emile Roux, décerna un prix à Ferran pour l'ensemble de ses travaux sur la vaccination anticholérique, considérés comme les premiers en date et aussi comme les plus importants.

Nommé directeur du laboratoire municipal bactériologique de Barcelone, il se proposa de guérir la rage par le procédé de Pasteur. Aux moelles desséchées il substitua les moelles fraîches, beaucoup plus actives, et d'autant plus actives que plus fraîches, et fixa une technique consistant en l'inoculation de grandes quantités de virus frais émulsionné dans des bouillons. Les échecs, indépendants sans doute de sa technique, impressionnèrent vivement l'opinion, et Ferran dut fermer son laboratoire. Il n'en continua pas moins à travailler. Ayant eu l'idée que les accidents étaient provoqués par le transport rapide, aux centres nerveux encore peu immunisés, de leucocytes portant la toxine, il chercha à empêcher ce transport en communiquant au vaccin des propriétés chimio-tactiques positives capables de le retenir *in situ*.

Reprenant les idées de Koch sur la tuberculose, il eut l'occasion d'assister à certains phénomènes qu'on ne peut expliquer que par des changements d'espèces. Les bacilles de Koch envisagés ne perdent-ils pas, dans certaines circonstances, leurs caractères principaux? Ne peuvent-ils perdre leur acido-résistance et se convertir en bactéries saprophytes? Ne peut-on admettre aussi que celles-ci peuvent, dans notre organisme, se transformer en bacilles de Koch? Idée de génie, dont se sont inspirés bien des chercheurs et qui bouleversera peut-être un jour nos données sur la prophylaxie de cette terrible maladie.

En 1899, il publia, avec Vinas et Gras, un livre sur la peste bubonique. En 1905, en but à de nouvelles campagnes de presse, il donna sa démission, mais n'en continua pas moins ses études jusqu'à sa mort. La science perd en lui, dit la *Clinica* (déc. 1929, p. 369-373), à laquelle nous avons emprunté la plupart des renseignements qui précèdent, un travailleur infatigable, une intelligence puissante; l'humanité, un de ses plus grands bienfaiteurs; l'Espagne, le plus génial de ses médecins.

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

INFORMATIONS

(SUITE)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Dans sa séance annuelle, la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, a décerné les prix suivants :

Le *grand prix Kuhlmann* (1.000 fr.) à M. Morvillez, professeur à la Faculté de médecine de Lille, pour l'ensemble de ses travaux scientifiques.

Le *prix Pingrenon* (1.000 fr.) à M. Ducamp, docteur en médecine et ès sciences, pour services rendus comme directeur du Bureau d'hygiène de la Ville de Lille.

Le *prix Emile Wertheimer* à M. le docteur Jean Tiprez, préparateur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine de Lille, pour la valeur de ses travaux de recherches.

Un *prix du Département* (section Médecine), médaille d'or, à M. le docteur André Breton, chef de clinique médicale à la Faculté de Lille, fils de notre regretté collègue le professeur Breton.

Un *prix du Département* (médaille d'argent), à un jeune étudiant en médecine, pour un Recueil de vers, signé du pseudonyme Pierre d'Alacis.

VIe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES. (GENÈVE, août 1931). — COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS. — Président d'honneur : professeur Balthazard; président : docteur Crouzon ; secrétaire général : docteur Duvoir; adjoint : docteur Piédelièvre; vice-présidents : MM. Brouardel, Etienne-Martin, Leclercq, Lenormant, Jeanbreau; membres du Comité : MM. Abadie, Auvray, Bourgeois (Henri), Brisard, Chavigny, Courtois-Suffit, Coutela, Dervieux, Dujarier, Estrabaut, Fauquez, Forgue, Mauclaire, Michel, Mouchet, Muller, Ollive, Paul (Ch.), Ravanier, Sorrel, Truelle.

Questions à l'ordre du jour : *Les infections cutanées en relation avec les accidents du travail.* — Rapporteurs : docteur White (Londres), professeur Koelsch (Munich), Oppenheim (Vienne).

Etat antérieur dans les suites des accidents du travail. — Rapporteurs : docteurs Pometta (Lucerne), Tovo (Turin), professeur Liniger (de Francfort-sur-le-Mein).

Les résultats tardifs de l'évolution des lésions traumatiques du rachis. — Rapporteurs : docteurs Magnus, Bochum (Allemagne), Fauquez (Paris), Michel (Nancy); co-rapporteur : docteur Crouzon (Paris).

Les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérite et thrombophlébite). — Rapporteurs : docteurs Imbert (Marseille), Diez (Rome), Danis (Bruxelles).

Trois autres questions sont encore indiquées, dont les noms des rapporteurs sont encore à choisir.

CROISIÈRE ANNUELLE DE « BRUXELLES MÉDICAL ». — La Croisière médicale annuelle, organisée par *Bruxelles médical*, s'effectuera en 1930 de Bordeaux à Marseille et comportera les escales suivantes :

Leixoes (Porto), Cadix (Séville), Tanger, La Valette (Malte), Syracuse, Taormina, Palerme, Naples, avec retour de Naples à Marseille par la côte Est de la Corse.

Le départ aura lieu le 12 juillet de Bordeaux et le retour à Marseille le 28 du même mois.

Le navire à bord duquel elle s'effectuera est le paquebot *Cap Varella* (14.000 tonnes) de la ligne d'Indochine des Chargeurs Réunis, navire dont l'exclusivité a été réservée à notre confrère qui l'a affrété. Le *Cap Varella*, construit spécialement pour les traversées dans les mers chaudes, est pourvu d'installations modernes et doté de systèmes d'aération et de ventilation grâce auxquels, même en été, les salons, salles à manger, fumoirs et cabines sont toujours extrêmement frais et agréables.

Deux classes sont prévues, avec un prix minimum médical de 3.350 fr. français en 1re classe et de 1.450 fr. français en 2e classe.

Il existe, à bord du *Cap Varella*, des cabines de luxe et des cabines à une, deux, trois ou quatre personnes.

Deux tarifs par classe ont été établis : un pour les docteurs et leurs familles (femmes de médecins et enfants mineurs célibataires) et un autre pour les personnes ne faisant pas partie du Corps médical, mais recommandées par leur médecin de famille.

Des excursions facultatives et forfaitaires seront organisées dans chaque port. Le prix en sera très modéré, malgré le change élevé de certaines des régions visitées.

Avis très important. — Le coût du voyage sera, toutes proportions gardées, moindre que celui de l'an dernier, comme on pourra s'en rendre compte en consultant les tarifs.

Pour plus d'informations et les inscriptions, prière de s'adresser à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles, qui enverra sur demande plan et photographie du navire.

En raison de l'affluence probable des demandes, il sera tenu compte de l'ordre d'arrivée des inscriptions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hippolyte Butruille, père du docteur Paul Butruille, décédé à Roubaix; Verdun, professeur honoraire à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, décédé à Bayonne ; Bulté père (de Trith-Saint-Léger), Lequint père (de Harnes), A. Bardot, médecin lieutenant-colonel en retraite, décédé à Nantes ; Léon Juillard (de Septmoncel), le médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales Georges Marzin, décédé à Paris; Jules Tremblay (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. Velter et Tournay commenceront le mardi 18 février 1930 une série de dix-huit conférences de neurologie oculaire. Ces conférences, publiques et gratuites, auront lieu à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Dupuytren, les mardis, jeudis et samedis, à 18 h.

IL Y A CENT ANS

« M. Renauldin annonce à l'Académie de médecine qu'une maladie épidémique d'un caractère très grave sévit en ce moment sur la population du bagne de Toulon, déjà elle a moissonné plusieurs officiers de santé et l'aumônier de cet établissement; elle s'est étendue au delà des limites du bagne; il demande s'il ne serait pas convenable que l'Académie demandât des renseignements à ce sujet auprès de l'autorité.

« M. Marc dit que c'est à M. Kéraudren qu'on doit les demander; on ajoute, et aux membres correspondants de l'Académie qui ne le sont pas pour ne rien faire.

« Ces deux propositions sont adoptées à l'unanimité. »

(Lancette française, *Gaz. des hôpit.*, 4 fév. 1830.)

Dans la séance suivante (Cf. Lancette, 18 fév. 1830), M. Kéraudren, répondant à la demande que lui a adressée le Conseil, prend la parole.

Il commence par expliquer ce qu'est le bagne de Toulon : trois vaisseaux de lignes rasés, ou *bagnes flottants*, contenaient 4.052 forçats — soumis dans l'arsenal aux travaux de la chiourme. Ces travaux consistent dans le creusement de plusieurs bassins.

— Des explications assez confuses fournies par M. Kéraudren qui attribue l'épidémie « aux passions tristes », de la discussion qui suivit, il est difficile de tirer un diagnostic rétrospectif. L'évacuation des bagnes encombrés, la désinfection au chlore arrêtèrent l'épidémie.

**

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROME DE KUMMELL-VERNEUIL
ET MALADIE DE KUMMELL

Par le docteur J. MAGENDIE,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.
(Service de M. le Professeur Bégouin.)

Sous les noms divers et plus ou moins légitimes d' « ostéite raréfiante des corps vertébraux », de maladie de Kümmell, syndrome de Kümmell-Verneuil, spondylite traumatique (Kümmell 1891), spondylose traumatique, maladie post-traumatique de la colonne vertébrale (Kümmell 1928), déformation vertébrale post-traumatique (Grisel), déformation vertébrale traumatique tardive (Mauclaire et Burnier), cyphose traumatique (Beduschi), etc., on décrit un certain syndrome clinique qui succède parfois à des traumatismes du rachis.

Constaté pour la première fois par David (de Rouen), en 1778, il fit depuis l'objet de nombreuses communications : Bonnet (1857), Sarrazin (1859), Schede (1881), etc., et dans leurs thèses Douillet (1868), Bourdon (1885) et Ménard (1889), en citent des cas.

Mais c'est Kümmell (de Hambourg), qui eut le mérite d'attirer publiquement l'attention sur ce syndrome qu'il décrivit sous le nom de « spondylitis traumatica » devant le IVe Congrès des médecins allemands à Halle en 1891.

A cette époque où la radiographie n'existait pas, voici quels étaient les éléments essentiels de cet ensemble symptomatique. Un traumatisme léger en est la cause. Il est si léger même, que parfois il est rapidement oublié par le blessé. Cette notion de *l'insignifiance du traumatisme initial* est essentielle pour Kümmell. On assiste alors à l'évolution en trois phases successives. Une *première période* qui suit immédiatement l'accident et caractérisée par des signes cliniques assez frustes; quelques douleurs, une gêne légère de la marche ou de la station debout. Cela dure trois à quatre semaines environ, puis tout disparaît. C'est alors la *deuxième période* : le blessé ne se ressent de rien et se croit guéri. Il en est ainsi pendant quatre, six, huit mois, rarement pendant un an (Zamboni) ou deux (Bourdon). Puis réapparaissent les douleurs qui marquent le début de la *troisième période*. Ces douleurs surviennent avec leur intensité et leurs caractères primitifs : douleurs localisées dans le rachis, douleurs irradiées à type de névralgies intercostales. Des troubles moteurs s'installent : parésie des membres inférieurs avec gêne de la marche qui devient incertaine, mal assurée. Souvent le sujet est obligé de s'aliter de nouveau. Un médecin consulté constate alors le signe le plus caractéristique et le plus frappant : l'*apparition d'une gibbosité*. Cette gibbosité est en général angulaire et peu saillante, formée par l'apophyse épineuse d'une ou de deux vertèbres. Quelquefois elle peut prendre l'aspect d'une cyphose à court rayon lorsqu'un plus grand nombre de vertèbres sont intéressées. Parfois c'est le malade lui-même qui a l'impression de s'être « tassé », comme dans l'observation rapportée par Ody. En même temps s'installe une *raideur* de la colonne vertébrale dans tout le segment avoisinant la région douloureuse, à tel point que le sujet est souvent dans l'impossibilité de mobiliser son rachis. Quand la lésion porte sur la région cervicale, le cou est figé dans une attitude invariable. Le malade a l' « aspect guindé ». Si le segment dorso-lombaire est intéressé, c'est dans l'acte de ramasser un objet à terre que l'on remarque la rigidité absolue de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Toute flexibilité disparaît, même dans le sens latéral. Plus rarement, un examen approfondi met en évidence des *zones d'hypoesthésie* ou d'*anesthésie* à topographie radiculaire ou segmentaire. Les *réflexes tendineux* habituellement intacts peuvent être diminués et même abolis, c'est même parfois le seul signe neurologique observé (Bégouin et Magendie).

L'*évolution* est progressive et marche vers l'aggravation. La gibbosité s'accentue, surtout si le malade ne reste pas alité et n'a pas interrompu son travail. Les douleurs ne tardent pas à s'accroître de façon telle qu'il est obligé de cesser tout effort. La maladie dure ainsi de trois à six mois en moyenne. En général au bout de ce temps, si le repos est régulièrement observé, la gibbosité se stabilise et les douleurs cessent peu à peu. Si le malade continue de vaquer à ses occupations, ou même parfois en dépit d'un traitement convenable, l'affection persiste pendant des années, se manifestant à chaque essai de marche par la reprise des douleurs. Roederer cite un cas de cinq ans et parle de cas de vingt et vingt-cinq ans de durée d'évolution. Ainsi est créée une infirmité véritable, rendant ces sujets incapables du moindre travail.

***

On voit tout l'intérêt que soulève un pareil ensemble de faits cliniques. De quoi s'agit-il? Quels sont les rapports de cette affection avec les grands processus pathologiques connus? Quel est le rôle joué par le traumatisme? Autant de questions essentielles pour le pronostic et le traitement.

Voyons d'abord comment aux différentes époques les auteurs y ont répondu.

Pour Bonnet, Sarrazin, Douillet, Bourdon, etc., la question d'une maladie nouvelle ne se pose même pas puisqu'ils décrivent ce syndrome simplement comme des fractures vertébrales à évolution tardive.

Schede en 1881 devant la Société de chirurgie allemande affirme qu'un certain temps après certaines fractures du rachis il peut se produire un « ramollissement anormal de la substance osseuse des vertèbres avec tendance à la déformation ».

Kummell en 1891 va plus loin. De ce syndrome il fait une entité morbide spéciale, une « ostéite raréfiante des corps vertébraux », peut-être d'origine inflammatoire ainsi que l'implique le nom de « spondylite traumatique » qu'il lui décerne. Le traumatisme en est l'agent, mais il n'intervient que pour la déclancher. Il n'y a pas fracture véritable car le traumatisme est extrêmement minime, incapable

d'après Kümmell de produire une pareille lésion osseuse. Mais il crée un processus de raréfaction qui amène l'atrophie des deux faces de la vertèbre par une sorte d'ulcération compressive. La disproportion entre le peu d'importance du traumatisme et la gravité des lésions qui se déroulent ensuite est la caractéristique de la maladie et justifie son individualisation. Ainsi est créée la « maladie de Kümmell ».

Or très peu de temps après, en 1892, Verneuil présente à l'Académie de médecine une observation répondant point par point aux cas décrits par Kümmell et qu'il paraît d'ailleurs ignorer à ce moment-là. Pour lui, l'interprétation n'en est pas douteuse, puisqu'il l'intitule : « fracture de la colonne vertébrale, par cause musculaire, longtemps méconnue et révélée par l'apparition de troubles névralgiques en ceinture et d'une gibbosité tardive. » Un deuxième cas publié ensuite a trait à une fracture moins évidente mais très probable d'après l'examen clinique, le seul possible à cette époque. Verneuil, lui, pense « qu'il n'y a pas fracture ordinaire, mais simplement une attrition du tissu spongieux d'un corps vertébral laissant à la tige rachidienne sa rectitude et sa forme générale »..., « ensuite ce tissu peut être le siège d'une ostéite condensante, ou aussi disparaître molécule par molécule comme par une sorte d'absorption. »

D'ailleurs en 1895, Kümmell semble se rallier à l'opinion de Verneuil et admet qu'il y a souvent à l'origine de sa maladie une fracture des corps vertébraux. Le professeur Kirmisson en France, l'année suivante, se range aussi à cet avis.

Cependant l'accord est loin d'être fait car tandis que Vulpius parle en 1899 de la « mise au tombeau » de la spondylite traumatique, Mickulicz vient lui apporter l'appui de son autorité. Pour lui, c'est l'hématome intra et extradural qui infiltre les racines et les ganglions rachidiens et qui provoque des troubles nerveux trophiques et des troubles sensitifs analogues à ceux du tabes.

C'est alors que la radiographie vient apporter un complément d'examen tout à fait précieux et ajouter au syndrome un signe important. A la première période de l'affection la radiographie ne décèle rien dit Kümmell (1906). Il en est ainsi pendant les premiers mois et quelquefois même pendant toute la durée de la première année. A la troisième période au contraire, lors de la reprise des accidents, on note des lésions graves et inattendues. C'est le plus souvent un aplatissement cunéiforme d'un corps vertébral qui est comme télescopé entre les deux vertèbres voisines.

Depuis ces premiers travaux, les publications s'accumulent. Citons parmi beaucoup d'autres celle de Grisel (1907), la thèse de Marie Temkin (1910), l'article d'Imbert et Vial (1911), les travaux italiens de Gambara (1920), Rossi (1921), en France, les travaux de C. Roederer (1923-1924), de Léri, de Sorrel (1927), de Mouchet (1928), de Huet (1929), etc. Tous les auteurs s'accordent à faire du syndrome de Kümmell-Verneuil une simple modalité de l'évolution du cal des fractures du tissu spongieux vertébral.

Seul Kümmell tient bon et reprenant sa théorie initiale il proteste véhémentement en 1929 contre Vulpius, Wulstein et Schultz qui ont déclaré « enterrée » la maladie qui porte son nom. Certes il abandonne le terme de « spondylite traumatique » adopté par lui autrefois, et qui implique à tort l'idée d'un processus infectieux. Mais il refuse de faire de la « maladie post-traumatique de la colonne vertébrale », comme il la désigne dorénavant, simplement un syndrome post-fracturaire. Le traumatisme est trop minime pour amener une fracture que d'ailleurs la radiograpie ne décèle pas. Les douleurs de la première période sont trop fugaces pour répondre à des altérations importantes du tissu spongieux. Il faut pour expliquer la gravité des lésions secondaires, faire intervenir obligatoirement un trouble de la nutrition des corps vertébraux.

Quelques voix s'élèvent, rares, en faveur de cette opinion. En France dans une discussion récente à la Société de chirurgie (24 octobre 1928), Robineau est le seul à apporter un cas qu'il croit authentique de maladie de Kümmell.

Enfin entre ces deux opinions qui se disputent les suffrages des auteurs, quelques-uns essaient de trouver des points communs. Mouchet écrit : « On peut se demander si les deux théories de la fracture par compression et du trouble de nutrition du corps vertébral sont si distantes l'une de l'autre et si on ne pourrait pas les rapprocher, si chacune d'elles ne renferme pas une part de vérité. Il suffit de considérer ce qui se passe au niveau de certains os du carpe, du scaphoïde et surtout du semi-lunaire. Ces os peuvent se fracturer d'emblée par écrasement. D'autres fois, on les voit après un traumatisme, atteints de troubles trophiques pendant quelque temps au bout duquel ils s'aplatissent, réalisant une fracture par tassement. Pourquoi n'en serait-il pas de même au niveau des corps vertébraux et à côté de cas où le tassement se fait immédiatement comme dans une fracture classique par compression, n'y aurait-il point des cas où le tassement du corps vertébral se ferait progressivement après une période plus ou moins longue d'altération trophique? Si bien qu'en dernier ressort on aurait toujours affaire à une fracture par tassement. »

*
* *

De ces diverses opinions, laquelle adopter? La maladie de Kümmell mérite-t-elle de rester comme cadre nosologique, ou doit-on la remplacer par le terme de syndrome de Kümmell-Verneuil ou syndrome post-fracturaire tardif du rachis?

Constatons tout d'abord qu'on a décrit souvent comme syndrome de Kümmell-Verneuil des cas qui manifestement ne répondaient pas à la description que nous en avons donnée d'après Kümmell et Verneuil eux-mêmes. Il est abusif, par exemple, d'étiqueter ainsi des *fractures évidentes d'emblée* par leurs signes cliniques et par la radiographie et qui ont été causées par un traumatisme tellement important que le médecin ne peut pas ne pas songer de suite à la possibilité d'une lésion vertébrale grave. Avec Wagner et Stolper, nous pensons que le plus sou-

vent un examen clinique approfondi suffit à éviter une erreur de ce genre.

A ces cas déjà nombreux s'ajoutent ceux dans lesquels l'*intervalle libre* de santé apparente, intermédiaire entre le traumatisme initial et la réapparition des accidents est *très court* (un mois et même moins encore) : observations VI, VII, VIII, XXV, XXIX, XL, de la thèse de Marie Temkin, etc... Ces observations doivent, à notre avis, rentrer dans le cadre des simples fractures du rachis. Elles ne se différencient en rien des autres fractures du tissu spongieux pour lesquelles on sait que la déformation est progressive et plus ou moins retardée. La rupture de la table compacte, point d'appui des travées spongieuses, et la modification de l'orientation de celles-ci qui ne sont plus adaptées à l'effort qu'elles doivent subir, expliquent le tassement secondaire qui se produit. Il s'agit là d'un simple phénomène mécanique.

Mais en est-il de même pour les autres cas, beaucoup plus difficiles à interpréter, en vérité? Il est certain que la radiographie est venu restreindre de façon très considérable le nombre de ces cas douteux sur lesquels l'étiquette de fracture était impossible à mettre d'emblée. Depuis que les appareils de radiographie ont acquis une puissance suffisante pour donner des images nettes du rachis de face et de profil, et que ces examens sont pratiqués systématiquement, on voit diminuer de jour en jour les cas de « fractures latentes » ou de « fractures méconnues ». Durand et Léri ont bien attiré l'attention sur ces types de fractures en montrant qu'elles peuvent survenir à la suite de traumatismes extrêmement minimes. D'autre part, ils ont prouvé que des lésions anatomiques considérables (écrasement complet) peuvent ne se traduire cliniquement que par une symptomatologie tout à fait fruste ou transitoire. Cependant malgré tous les efforts des cliniciens et des radiographes, il y a une très grande quantité de syndromes post-traumatiques du rachis pour lesquels on est bien embarrassé de formuler un diagnostic précis. Lorsque des radiographies faites systématiquemeut, en série, avec obstination même, n'ont rien révélé d'anormal, on est bien obligé de conclure à l'absence de signes de fracture et on porte le diagnostic de syndrome du Kümmell-Verneuil. C'est là le cas habituel que l'on rencontre assez souvent en pratique et pour lequel certains auteurs parlent, à tort selon nous, de maladie de Kümmell proprement dite.

Restent enfin quelques observations, très rares celles-là, dans lesquelles à *l'absence totale de lésion vertébrale primitive* s'ajoute secondairement un tassement généralisé à plusieurs vertèbres, s'accompagnant de décalcification progressive et évoluant avec douleurs longtemps après un traumatisme infime. A la Société de chirurgie, au cours d'une discussion récente, Ducroquet affirmait la rareté de ces cas authentiques, Lance n'en connaissait pas, et Robineau seul croyait en avoir observé un cas. Ricard à Lyon, Gourdon à Bordeaux en ont publié des observations qui paraissent assez démonstratives.

Mais devant la rareté de ces observations, on peut se demander si vraiment les cas publiés ne sont pas dus simplement à une insuffisance de la radiographie et si la maladie de Kümmell ne doit pas disparaître de la pathologie.

En réalité, il y a des *arguments en faveur de son existence.*

D'abord, comme le remarque Roederer, c'est essentiellement une *maladie des jeunes*. Or, les fractures par tassement du tissu spongieux devraient être, au contraire, plus fréquentes chez les vieillards dans les os desquels le tissu compact est rare et le tissu spongieux prédominant. On objectera peut-être que les traumatismes qui causent cette maladie sont aussi essentiellement l'apanage des jeunes.

Autre argument : il existe des observations vraiment troublantes dans lesquelles on voit évoluer une maladie de Kümmell dans des vertèvres *distantes du point traumatisé*. Ce sont les cas de « spondylite de voisinage » et de « spondylite à distance » dont parle Rossi. Il cite, par exemple, le fait suivant : traumatisme de la région dorsale. Trois ans après, apparition de douleurs et tassement dans la région lombaire. Il est vrai que là encore manque la radiographie initiale et on peut supposer que le choc a été simplement transmis par la colonne dorsale plus souple et plus résistante et a été perçu avec toute son intensité par le segment lombaire plus rigide et fixé sur le sacrum. Quant à la « spondylite de voisinage » pourquoi ne pas admettre tout simplement une fêlure minime de la vertèbre adjacente à la vertèbre fracturée?

Enfin, il est une série de faits d'ordre physiologique et pathologique qui ont été étudiés et mis en valeur par Leriche dans ces dernières années et qui constituent probablement un des arguments les plus puissants en faveur de l'existence de l'ostéite raréfiante de Kümmell. Nous voulons parler de ces faits d'ostéoporose algique post-traumatique et d'arthrite post-traumatique auxquelles Al. Floresco a proposé de donner le nom de « maladie de Leriche » (*Presse médicale*, 29 décembre 1928). L'analogie est frappante entre ces troubles trophiques raréfiant l'os et le décalcifiant à la suite d'un traumatisme du genou ou du poignet, par exemple, et les cas de maladie de Kümmell authentiques (Robineau) où l'on assiste à une décalcification et à un affaissement portant sur plusieurs vertèbres. Leriche n'a pas manqué d'affirmer cette similitude dans son rapport au XXXVIe Congrès français de chirurgie puisqu'il écrit : « Il faut de même envisager sous l'angle vaso-moteur certaines pseudarthroses qui surviennent sans cause apparente sur des os non déplacés et ces maladies spontanément curables d'habitude que l'on appelle « déformation traumatique du rachis de Kümmel », « scaphoïdite tarsienne de Kienböck », « maladie de la rotule de Sinding Larsen », « maladie malacique du semi-lunaire » et peut-être même les ostéochondrites déformantes y compris celle de la hanche ». Ainsi s'expliqueraient bien des choses. La notion de l'insignifiance du traumatisme : on sait depuis Albert (1924) l'importance des réactions vasomotrices déclanchées par le moindre traumatisme. Ces réactions seraient dues à des réflexes axoniques courts et particulièrement accusées à la suite des traumatismes articulaires (Flo-

resco). Quoi d'étonnant alors que le rachis aux articulations si nombreuses obéisse à la règle? Le retard dans l'apparition des signes pathologiques, la lenteur de l'évolution, seraient une analogie de plus entre les deux maladies et le paradoxe de la maladie de Kümmell évoluant à distance du point traumatisé trouverait dans des phénomènes sympathiques une explication plus satisfaisante que celle du traumatisme à distance que nous donnions plus haut. Ainsi la comparaison faite par Mouchet des fractures par tassement retardé au niveau des os du carpe et des affaissements vertébraux post-traumatiques serait confirmée par la réalité d'une même cause productrice. Entre la fracture par écrasement d'emblée et le tassement ostéo-malacique tardif, il y aurait tous les intermédiaires (Bégouin et Magendie), Ce sont les observations d'interprétation douteuse dont nous parlions tout à l'heure. Ce sont les cas qui, en clinique, portent le nom de syndromes de Kümmell-Verneuil. Mais nous sommes convaincus qu'à côté de ces observations qui forment la grosse majorité, il existe un petit nombre des cas où le ramollissement, l'ostéoporose, l'ostéomalacique sont à leur maximum. A ceux-là seuls, nous proposons de réserver le nom de maladie de Kümmell ou encore, localisation rachidienne de la maladie de Leriche.

* * *

Le syndrome de Kümmell-Verneuil est fréquent dans sa forme banale post-fracturaire. C'est essentiellement, nous l'avons dit, une affection des adultes jeunes. Rare chez l'enfant, elle se voit peu fréquemment aussi chez le vieillard.

Le traumatisme qui lui a donné naissance est toujours minime. C'est soit un coup sur le rachis, soit une chute sur les pieds ou le siège ou encore sur le dos, d'un lieu peu élevé. Quelquefois comme dans l'observation principale de Verneuil, c'est un simple effort musculaire brusque de redressement au cours d'une perte d'équilibre.

Deux grandes causes prédisposantes favorisent les déformations post-traumatiques du rachis. La première tient à la structure spongieuse du corps vertébral. Le tissu spongieux, en effet, ne résiste pas aux pressions et tend à se tasser dès que la lame compacte de la corticale sur laquelle il prend point d'appui a cédé. De plus, la consolidation osseuse est beaucoup plus lente à se réaliser dans ces espaces aréolaires que dans l'os haversien à matériel calcique abondant, ce qui explique les affaissements retardés. La deuxième est due aux pressions importantes subies par la colonne vertébrale, du fait du poids de la tête des membres supérieurs et du tronc s'exerçant sur un espace limité tel que le plateau du corps vertébral dans la station debout. En effet, dans la plupart des observations, on note que le tassement s'est produit chez les malades ne gardant pas le repos au lit ou bien insuffisamment immobilisés. (Le cas de Robineau fait exception à cette règle). D'autre part, la contracture des puissants muscles des gouttières vient encore exagérer la pression subie par les corps vertébraux dès qu'il y a lésion du rachis.

Des causes prédisposantes plus exceptionnelles ont été décrites telles, par exemple, que l'existence de vertèbres anomaliques qui seraient particulièrement vouées à la déformation post-traumatique. Roederer en a observé un cas.

* * *

Nous avons déjà vu dans l'historique que deux grandes tendances se partagent actuellement la faveur des théoriciens pour expliquer la **pathogénie** de la maladie post-traumatique.

L'une qui rallie les suffrages de la plupart des auteurs actuels attribue une importance capitale à la fracture du corps spongieux de la vertèbre. C'est l'explication pour ainsi dire mécanique quoique physiologique de la déformation rachidienne (1).

L'autre, celle de Kümmell et de Leriche envisage surtout le traumatisme comme agent déterminant d'une maladie ostéomalacique probablement d'origine sympathique, qui évolue ensuite libérée de sa cause et passe au premier plan.

Enfin quelques auteurs (Mouchet) essaient d'allier ces deux tendances en une théorie mixte qui tiendrait compte à la fois de l'écrasement mécanique et du tassement secondaire par ostéoporose.

* * *

Etant donnée l'incertitude de la définition même de la maladie on comprend que l'**anatomie pathologique** en soit difficile à établir.

Les rares cas d'*autopsie* publiés ont trait à des syndromes de Kümmell-Verneuil qui ne sont que des fractures à symptomatologie retardée. Gravitz (1900) chez un malade de soixante et un ans trouve « une raréfaction du tissu osseux du corps des vertèbres, un élargissement des disques et un amincissement du corps avec disparition presque totale de la couche compacte et atrophie des cloisons du tissu spongieux. »

Balthazar (1914) publie une autopsie de fracture grave de la colonne vertébrale qui ne mérite guère à notre avis le nom de syndrome de Kümmell-Verneuil.

Weigel trouve une « raréfaction kystique post-traumatique du corps de L1 ».

Rumpel : un tassement de L1 et un léger tassement des vertèbres voisines qui ont un bourrelet osseux. Synostose intervertébrale sans raréfaction septique ni aseptique.

En somme comme le remarque Zamboni, dans tous les cas autopsiés il y a fracture, mais il n'y a pas partout ostéite secondaire et raréfaction osseuse.

La *radiographie* apporte des documents plus pré-

(1) Citons à ce propos l'opinion de Christen Langen. Celui-ci compare l'effet du traumatisme sur l'os à celui du marteau sur le métal. Il se produirait une commotion moléculaire modifiant la résistance du bloc osseux. Cet auteur aurait même vérifié cette hypothèse au cours d'une nécropsie. Un jeune homme de vingt-deux ans ayant été tué dans une chute du troisième étage, il constata à l'aide d'un appareil spécial une friabilité toute particulière de la Xe dorsale, alors que la coupe de la vertèbre montra l'absence totale de fracture.

cieux parce que ayant trait à des cas mieux observés. Elle montre presque partout des lésions caractéristiques. C'est en général un tassement du corps vertébral très difficile à déceler sur les radiographies de face. On y arrive cependant par la comparaison avec la hauteur apparente des vertèbres voisines et aussi parce que, habituellement asymétrique, il produit une inflexion latérale du trait supérieur du corps vertébral. Sur des clichés de profil le tassement devient évident. Il réalise l'image typique de la *vertèbre cunéiforme*. Parfois le tassement détermine une véritable « hernie du tissu trabéculaire exprimé à travers une fissure de la corticale. » Il ne faut pas alors confondre ces aspects avec les « becs de perroquet » et les productions ostéo-phytiques de la spondylose rhumatismale. Un degré de plus et c'est la fracture vraie avec « trait en éclair » (Huet) qui fissure la vertèbre suivant des sinuosités capricieuses souvent difficiles à déceler sur les clichés.

Ces lésions portent en général sur une ou deux vertèbres, rarement sur trois ou quatre.

Le déplacement est infime quand le ligament antérieur est au moins en partie conservé. Mais il peut se calcifier secondairement, et cette évolution jouerait un rôle important d'après Vivas, dans l'inflexion du rachis au niveau de la vertèbre malade.

La guérison de la maladie de Kümmell obtenue par consolidation est cependant possible quand le tassement s'est stabilisé. Le cal ainsi formé est définitif.

Quelle est maintenant l'anatomie pathologique de la véritable maladie de Kümmell? Nous l'ignorons encore. Nous nous bornons donc à donner les traits essentiels que revêt dans les autres articulations la maladie de Leriche. Il y a raréfaction hyperhémique de l'os sans infiltration graisseuse, sans trace d'inflammation et sans dégénérescence spéciale (Leriche). Le cartilage de revêtement aminci, raréfié, peut être décollé par la résorption sous-chondrique au stade de restauration, après plusieurs années, il y a production de bavures, hyperostoses et ecchondroses, chondrification synoviale qui font parler d'arthrite déformante (Leriche). Cette description cadre bien avec les constatations radiographiques de décalcification, d'amincissement des cartilages, de tassement progressif et d'hyperostose, faites dans les rares cas observés de véritable maladie de Kümmell.

*
**

Le diagnostic de syndrome de Kümmell-Verneuil est souvent mal aisé, car ces signes essentiels : douleurs, gibbosité, sont communs à beaucoup d'affections du rachis.

La *spondylarthrie* ou lombartrie de Léri et Rossi, ou spondylite chronique ankylosante de Pehn et Daguet, s'en différencie par l'apparition d'une gêne progressive dès avant le traumatisme, par l'évolution par poussées successives. A l'examen subsiste une certaine mobilité passive de la colonne vertébrale. Les lésions atteignent de nombreuses vertèbres, ce qui détermine une courbure à grand rayon. Enfin la radiographie montre des proliférations osseuses caractéristiques en « becs de perroquet » sur les angles des corps vertébraux. C'est le rhumatisme ostéo-phytique de Tessier et Roquet.

La *spondylose rhizomélique* de Pierre-Marie a une évolution différente et s'accompagne de lésions articulaires de la hanche.

La *cyphose hérédo-traumatique* de Bechterew est héréditaire, et survient chez des sujets syphilitiques avérés.

La *syringomyélie traumatique* s'accompagne de la dissociation caractéristique des sensibilités, de troubles trophiques et de déformation plus tardive après l'accident.

Il est une autre catégorie d'affections de la colonne vertébrale qui peut également prêter à confusion. Elle comprend les malformations congénitales du rachis découvertes par l'examen radiographique à l'occasion d'une contusion ou d'une chute ayant occasionné quelques douleurs. Nous voulons parler surtout de la *platyspondylie* ou mieux de l'atrophie congénitale en forme de coin à base postérieure, des corps vertébraux dont Mouchet a signalé le premier un exemple typique à la Société de chirurgie en 1927. Après lui, Botreau-Roussel, Clavelin, ont présenté des cas analogues à la même Société. La platyspondylie congénitale se différencie des platyspondilies traumatiques par un ensemble symptomatique (Mouchet) caractérisé par l'évolution clinique et sans douleur, la présence de malformations concomitantes; hypospadias, sacralisation, côte cervicale, etc. (Mouchet, Botreau-Roussel), et enfin, mais ce signe est le moins caractéristique, l'insignifiance du traumatisme initial. Quant à l'image radiographique de la vertèbre aplatie, la netteté de ses contours, l'absence sur elle de bavures ou de déformations en bec de perroquet peut aider au diagnostic mais sans l'imposer cependant.

En pratique il y a surtout deux choses que l'on pourra confondre le plus fréquemment avec le syndrome de Kümmell-Verneuil : la *simulation* d'une lésion vertébrale inexistante, et le *mal de Pott*.

Le traumatisme ayant été tout à fait minime, la guérison étant survenue en apparence assez rapidement, on comprend l'étonnement de médecins non avertis en voyant réapparaître les douleurs avec une particulière acuité précisément au moment où devrait s'effectuer la reprise du travail. D'autre part la gibbosité peut manquer et la radiographie est le plus souvent impuissante au début à révéler les lésions. Dans ces conditions, la plupart des blessés risquent d'être pris pour des *simulateurs* et les annales des accidents du travail sont riches en erreurs de ce genre. D'autres fois on incriminera un *état névropathique* spécial qui entretient les douleurs à la suite d'un traumatisme insignifiant : on parlera de railway spine, d'hystéro-traumatisme, de camptocormie. On sait que ces termes sont synonymes et désignent des attitudes vicieuses du rachis persistant de façon anormale à la suite d'une entorse vertébrale ou d'une contusion médullaire. Mais dans tous ces cas la déformation suit d'emblée le traumatisme et jamais la radiographie n'arrive à déceler de lésions des corps vertébraux. C'est donc encore une fois la radiographie suffisamment répétée qui

aura le dernier mot dans le diagnostic de ces affections. En tous cas, la persistance des douleurs chez un traumatisé récent ou ancien du rachis impose la plus grande prudence dans le diagnostic, et un traitement de repos rigoureux jusqu'à confirmation ou infirmation de ce diagnostic.

Lorsqu'il y a à la fois douleur et gibbosité, c'est avec un *mal de Pott* en évolution qu'il ne faudra pas confondre le syndrome de Kummell-Verneuil. De l'étude des antécédents (pleurésie antérieure) ou des concomitances (tuberculose viscérale ou ganglionnaire, osseuse, etc.), on tirera déjà des arguments. L'évolution du mal de Pott se fait rarement sans donner d'abcès. Les troubles médullaires y sont presque constants tandis qu'ils sont, au contraire, exceptionnels et fugaces dans le syndrome du Kummell-Verneuil. Mais c'est surtout la radiographie qui, dans les cas difficiles où le diagnostic est hésitant fournira des indications précieuses, quoique pas toujours suffisantes. Dès le mal de Pott, il y a décalcification et érosion beaucoup plus diffuses et irrégulières de la vertèbre. En même temps, le disque intervertébral est aminci et aplati, sauf dans des cas exceptionnels (Sorrel). L'évolution en est progressive et lente, contrairement à celle du syndrome de Kummell-Verneuil dans laquelle les lésions semblent avoir atteint dès la première radiographie leur état définitif. Enfin, dans le mal de Pott seul, on trouve ces ombres paravertébrales en fuseau qui traduisent des abcès ayant décollé les ligaments avoisinants les vertèbres. Mais à côté de ces cas typiques, où le diagnostic est facilement affirmé, il y a des observations dans lesquelles on ne peut faire nettement le départ entre l'un ou l'autre processus pathologiques. On sait, en effet, d'une part, la fréquence avec laquelle les malades invoquent un traumatisme au début de leur mal de Pott; on sait, d'autre part, que le mal de Pott peut évoluer longtemps sans donner d'abcès cliniquement perceptibles ou d'images radiographiques anormales, ce qui expose à erreur inverse. Enfin, les autres symptômes sont assez ressemblants pour que les deux affections soient assez souvent confondues au début. Bien entendu, l'évolution rectifiera toujours le diagnostic. Mais il n'est pas impossible de prévoir des cas complexes où un mal de Pott viendra se greffer sur un syndrome de Kummell-Verneuil encore en évolution. Dans tous ces cas, c'est la radiographie bien faite et répétée qui sera l'auxiliaire le plus précieux de la clinique. Il ne faudra pas craindre de multiplier les clichés sous différentes incidences et à des intervalles de temps rapproché. Huet cite comme exemple de ténacité récompensée le cas de Ludloff qui ne parvint à établir la certitude d'une fracture rachidienne dans un cas douteux de syndrome de Kummell-Verneuil qu'à sa vingt-septième radiographie !

* * *

Le **pronostic** du syndrome de Kummell-Verneuil est sévère. La persistance des douleurs est souvent observée pendant plusieurs années. Roederer cite un cas de cinq ans, et d'autres des cas de vingt et vingt-cinq ans. Habituellement cependant, « la consolidation » au sens médico-légal est obtenue en dix à douze mois (Humbert, de Marseille), mais si les malades au repos restent sans souffrir, il en va autrement dès qu'ils reprennent un métier tant soit peu pénible. La gêne fonctionnelle qui résulte de la rigidité du rachis et des douleurs provoquées par le moindre effort fait de ces malades de véritables infirmes incapables de tout travail important.

En règle générale, on leur assigne un taux d'incapacité moyen de 25 à 30 p. 100 (Verdelet).

Enfin, la déformation est non seulement irréductible et définitive, mais encore elle a tendance à s'accroître de façon continuelle lorsque le malade marche ou se tient debout et même parfois lorsqu'il observe le repos le plus absolu. Cette déformation, si elle se produit dans le sens latéral, peut être à l'origine de scolioses qui viennent ainsi comme séquelle de la maladie de Kummell (Nils, Silfverkiold, Roederer).

* * *

Quelle **thérapeutique** appliquer pour éviter l'apparition et enrayer l'évolution de cette maladie ?

Le *traitement prophylactique* consistera à dépister précocement et à traiter convenablement toutes les fractures latentes du rachis. Chaque fois qu'un traumatisme du rachis même léger, déterminera des douleurs persistantes durant plus d'un mois, surtout si elles s'accompagnent de raideur des muscles paravertébraux, il faudra soupçonner la fracture, même si la radiographie ne montre rien d'anormal, et immobiliser le blessé. L'immobilisation sera exceptionnellement réalisée sur un lit dur, sans appareil. Dans la grande majorité des cas, on aura intérêt à assurer cette immobilisation de façon vraiment sérieuse par un corset plâtré soigneusement moulé au niveau des hanches et des épaules. L'immobilisation sera prolongée pendant trois mois au moins si la fracture est certaine, ou très probable. Sinon on l'enlèvera au bout de deux mois et on le replacera pour une nouvelle période de un à deux mois au cas de persistance des douleurs.

Si cette règle était appliquée de façon systématique, il est probable qu'on verrait disparaître la plus grande partie des syndromes post-fracturaires du rachis à symptomatologie retardée.

Le *traitement de la maladie de Kümmell confirmée* est encore en discussion. Le corset, plâtré d'abord, plus tard en celluloïd, constitue la façon la plus simple, sinon la plus efficace de fixer le rachis et d'empêcher l'accentuation de la gibbosité. Mais il doit être porté très longtemps : un an et même davantage. Pendant les six premiers mois, le malade devra garder le lit, puis il pourra se lever et marcher maintenu par un corset plus léger. Il devra le garder pendant six mois à un an, suivant que le métier qu'il fait est plus ou moins pénible.

Pour éviter la perte de temps considérable due à cette immobilisation prolongée, on a songé à utiliser la greffe rachidienne. L'opération d'Albee ou celle encore plus simple et plus logique de Bérard, qui prend son point fixe encore plus près du centre de

gravité du rachis semble de plus en plus indiquée. Donati et Zamboni ont eu un excellent résultat grâce à des greffes d'Albee (1924), tandis que l'immobilisation en corset plâtré leur donnait, par ailleurs, un échec. « Mixter et Wilson, dit Mouchet, ont traité 27 malades par un traitement conservateur; 4 seulement ont été complètement débarrassés de leurs douleurs. Ils en ont opéré 9 par greffe d'Albee : ces 9 opérés ont été capables de reprendre leur travail. »

Tavernier et Mouchet ont tendance à en faire le traitement de choix. Et cependant Sorrel n'a pas noté d'amélioration réelle par la greffe, dans les cas où il existait une ostéoporose étendue à plusieurs vertèbres. Il est certain cependant que l'apport de matériel calcique dû au greffon dans le foyer de ramollissement ostéomalacique doit aider grandement à la régénération osseuse. Des faits comme celui de Tavernier (Société de chirurgie, Lyon, 1er mars 1928), dans lequel une platyspondylie traumatique est restée guérie, même après ablation du greffon qui s'était fracturé au bout de six mois, montrent bien la double action mécanique et trophique qu'il exerce.

Mais à *quel moment* et *dans quels cas* faut-il intervenir?

Nous pensons qu'il est abusif de faire d'emblée le traitement chirurgical. On doit d'abord essayer le traitement orthopédique. Si au bout de six mois (Parcelier) ou même de trois mois (Tavernier), les douleurs persistent malgré ce traitement, on peut intervenir chirurgicalement. Mais on ne doit pas oublier que la maladie de Kümmell, même étendue à de nombreux vertèbres (Robineau) a pu guérir par le simple repos dans le décubitus et la moindre contre-indication à l'opération fera recourir à la simple immobilisation plâtrée suffisamment prolongée.

Reste à discuter le traitement de la forme la plus différenciée de maladie de Kümmell, celle dans laquelle prédomine largement l'ostéoporose trophique.

L'action chirurgicale portant sur le sympathique ne peut s'effectuer au niveau des artères du rachis. Mais on peut fort bien envisager une section des rami communicantes avoisinant la lésion vertébrale : opération qui serait utilement annexée à la greffe dans les cas d'ostéoporose étendue.

BIBLIOGRAPHIE

Baker (R. H.). Compression fractures of the vertebral bodies with delayed symptoms (Kummell's disease) with report of seven cases, *Surg., gyn. and obst.*, Chicago 1920, t. XXXI, p. 359.

Balthazard (V.). Un cas de spondylose traumatique avec autopsie (maladie de Kummell), *Revue de chir.*, Paris 1914, t. XLIX, p. 276-281.

Bégouin et Magendie. Sur un cas de syndrome de Kummell-Verneuil, *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 25 fév. 1929; — *Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1929.

Bérard. A propos des spondylites traumatiques, *Soc. de chir. de Lyon*, 15 mars 1928.

Brackatt (E. G.), Baer (W. S.) et Rugh (J. T.). Report of the commission appointed to investigate the results of ankylosing operations of the spine, *Journ. orthop. surg.*, Lincoln Neb., 1921, t. III, p. 520.

Calvé (J.). Sur une affection particulière de la colonne vertébrale chez l'enfant simulant le mal de Pott. Ostéochondrite vertébrale infantile, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, Paris 1925, p. 22-27.

Caprioli (N.). Contributo allo studio della spondilite traumatica (morbo di Kummell), *Cron. di chir.*, Napoli 1914, t. I, p. 29-31; — Deformazioni tardive della colonna vertebrale consecutive a trauma (morbo di Kummell), *Giorn. intern. des sciences med.*, Napoli 1914, t. XXXVI, p. 769-787.

Caubet (H.) et Parot (M.). Traitement orthopédique des cyphoses ou plicatures vertébrales posttraumatiques, *Bull. méd.*, Paris 1916, t. XXX, p. 593-596.

Cestan (R.). Maladie de Kummell, *Languedoc méd.-chir.*, Toulouse 1912, t. XX, p. 178; — Spondylite posttraumatique ou maladie de Kummell, *Toulouse méd.*, 1913, t. XV, p. 185 à 201.

Ciovini (M.). Un caso di spondilite reumatica, *Pensiero med.*, Milano 1925, t. XIV, p. 150-154.

Crouzon (O.). Les pseudo-maux de Pott au conseil de revision. La spondylite traumatique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1915, t. XXXIX, p. 111-113.

Davis (E. L.). The Rœntgen diagnosis of traumatic lesions of the lower back, *Am. Journ. Rœntgen.*, New-York 1918, t. V, p. 89 91.

Delahaye (André). *Etudes sur quelques diagnostics du mal de Pott, en particulier sur l'épiphysite vertébrale de croissance*, Paris 1924, p. 167.

Delbet. Spondylite traumatique, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1916, t. XXX, p. 162-165.

Donati. L'osteosintesi della colonna vertebrale nel Morbo di Kummell, relazione al *XIIe Congresso Soc. ital. ortop.*, Napoli, 24 déc. 1921.

Duschak (E.). Zur keutnis der Kummellschen Spondylitis, *Wiener med. Woch.*, 1920, t. LXX, p. 1599.

Feilchenfeld (L.). Trauma und Spondylitis, *Monat. f. Unf.*, Leipzig 1922, t. XXIX, p. 226.

Ferrarini (L.). Spondilite traumatica (Morbo di Kummell), *Pensiero med.*, Milano 1921, t. XI, p. 941-945.

Foerster (O.) et Sibebberg. Zur Spondylitis traumatica, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, Leipzig 1914, t. I, p. 277.

Froelich (R.). *Lésions traumatiques du rachis. Chirurgie orthopédique et réparatrice*, Masson, Paris 1920, t. I, p. 60.

Fuchs (T.). Spondylitis traumatica, *Mitt. d. Gess. f. inn. med. n. Kind. in Wien.*, 1914, t. XIII, p. 187-189.

Gage (H. C.). Lateral radiography in suspected injuries of the spine, *Arch. radiol. and electr.*, London 1919, t. XXIII, p. 260-262; — La radiographie des lésions suspectes de la colonne vertébrale par la méthode latérale, *Journ. de radiol. et d'électrol. de Paris*, 1918, t. III, p. 219-221.

Gambara (L.). Le spondiliti posttraumatiche, *Boll. d. Soc. med. di Parma*, 1919, t. XII, p. 47; — Le spondiliti posttraumatiche, *Riforma med.*, Napoli 1920, t. XXXVI, p. 24.

Gilbert et Pollet (L.). Cypho spondylose traumatique; remaniement de la cage thoracique et de son contrôle; ectopie aortique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, t. XLVIII, p. 656-660.

Gorsch (Hervé). Compression fracture of the first lumbar vertebra with delayed symptoms (Kummell's disease), *Ann. surg.*, Philadelphie 1921, t. LXXIII, p. 360.

Gourdon. Tassement vertébral posttraumatique à évolution retardée, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 14 juin 1929; *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 17 nov. 1929, n° 46, p. 722-728.

Havinga (L.). A study of the origin of rachitic and posttraumatic kyphosis (Kummell's disease), based upon experimental investigations concerning the fixity and elasticity of the affected vertebrae, *Nederl. Tijd. v. Gen.*, Amsterdam 1919, t. II, p. 2085-2087.

Heiligtag (F.). Differential diagnosis between tuberculous spondylitis and Kummell's diseases in forensia medicine, *Monat. f. Unf.*, t. XXXIV, p. 162-170; — Is Kummell's disease a clinical entity when it affects spinal column or is it only a symptom, *Münch. med. Woch.*, 16 nov. 1928, t. LXXV, p. 1965-1967.

Henee (A.) et Huber (E.). Treatment of spinal diseases, deformities and dislocations by operative stiffening (transplantation of bone), *Ergebn. d. chir. n. ortop.*, t. XIX, p. 349-438.

Iselin (H.). Length of time patient should be allowed compensation after traumatic spondylitis, *Schw. med. Woch.*, 30 juin 1928, t. LVIII, p. 645-652.

Kleinberg (S.). Traumatic spondylolisthesis; report of two cases, *Ann. surg.*, Chicago 1921, t. III, p. 102-115.

Kummell (H.). Die posttraumatische Wirbelerkrankung (Kümmellsche Krankheit), *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1921, t. CXVIII, p. 876-901; — Der heutige Standpunkt der posttraumatischen Wirbelerkrankung (Kummellesche krankheit), *Arch. f. orth.*, 13 july 1928, t. XXVI, p. 471-502.

Lacaze (H.). Traumatisme ancien de la colonne vertébrale, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1921, t. LI, p. 356-358.

Laignel-Lavastine et Courbon (P.). Les déviations de la colonne vertébrale. Le camptorachis, *Revue gén. de pathol. de guerre*, Paris 1916-1917, t. I, p. 1-18.

Léri (A.). *Etude sur les affections de la colonne vertébrale*, Masson, Paris 1926, p. 526.

Leriche (R.). Spondylites traumatiques ankylosantes, *Thérapeutique chirurgicale* Lecène et Leriche, Masson, Paris 1926, t. II, p. 357.

Liniger el Flesch (T.). Trauma und spondylitis. Impftuberkulose, *Monat. f. Unf.*, Leipzig 1922, t. XXIX, p. 121-130,

Martin (E.). Les fractures parcellaires et les fissures traumatiques des colonnes vertébrales atteintes de spondylose, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1928, t. IX, p. 213.

Morrhead (J. J.). Traumatic spondylitis (Kummell's disease), *Surg. clin. n. Amer.*, Philadelphie 1921, t. I, p. 1581-1586.

Mouchet (A.). Rapport sur un cas de maladie de Kummell-Verneuil, par M. Ody, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 3 nov. 1928, nº 27, p. 1106; — Maladie de Kummell-Verneuil ou maladie posttraumatique de la colonne vertébrale de Kummell, *Presse méd.*, 9 fév. 1929, nº 12, p. 195.

Murphy (J. B.). Traumatic cervical spondylitis, cervical neuritis, alcoholic injection of great occipital nerves, *Surg. Clin.*, Chicago 1915, t. IV, p. 713-717.

Openshaw (Th.). Traumatic spondylitis, *Proc. roy. Soc. med.*, London 1922-1923, t. XVI, sect. orthop., p. 1-10.

Orr (H. W.). The importance of an X ray study of the spine following injury, *Journ. Radiol.*, Omaha 1921, t. II, nº 9, p. 37-39.

Piéri (G.). La lesioni traumatiche della colonna vertebrale. *Arch. di ortop.*, Milano 1916-1917, t. XXXIII, p. 131-363t

Püschel (A.). Rœntgen diagnosis of fractures from sligh. injuries, *Arch. f. klin. Chir.*, t. CXLIII, p. 78-90.

Quincke (H.). Ueber spondylitis, *Mitt. a. d. Grenz. d. med. n. chir.*, Iéna 1921-1922, t. XXXIV, p. 624-636.

Ricard. Maladie posttraumatique de la colonne vertébrale, *Soc. nat. de méd. et de science méd.*, Lyon, 19 juin 1929.

Robert (F.). *De la Spondylose traumatique* (*maladie de Kummell-Verneuil*), Paris 1912.

Roederer (C.). Quelques cas probables de maladie de Kummell-Verneuil, *Paris chir.*, 1923, t. XV, p. 430-433; — Considérations sur le syndrome de Kummell-Verneuil, *Paris méd.*, 1924, t. LIII, p. 78-80; — Quelques observations de maladie de Kummel-Verneuil, *Paris chir.*, 1924, t. XVI, p. 67-73; — Les anomalies vertébrales qui donnent lieu à des symptômes pottiques, *Arch. méd.-chir. de province*, Tours 1924, t. XIV, p. 257-261.

Rossi (A.). La spondiliti posttraumatiche e loro cura, atti d. *Cong. ital. di radiol. med.*, 1920, Milano 1921, t. III, p. 145; — Le spondiliti posttraumatiche e loro cura, *Chir. d. org. di movimento*, Bologna 1921, t. V, p. 17-31.

Rouvillois (H.). Périspondylite généralisée à forme ankylosante, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1920, t. XLVI, p. 928.

Schwank (R.). Zur Fruhdiagnose der spondylitis, *Münch. med. Woch.*, 1921, t. LXVIII, p. 810.

Silverskiold (N.). Ueber traumatische Skoliosen, *Arch. f. orthop.*, Wiesbaden 1920, t. XVII, p. 563-568.

Sinding-Larsen (C. M. F.). A contribution to the diagnosis in diseases of the vertebral column, *Acta Radiol.*, Stockholm 1926, t. V, p. 207-216.

Sorrel (E.). A propos d'un cas de lésion posttraumatique de la colonne vertébrale (mal de Pott, fracture méconnue ou maladie de Kummell-Verneuil), *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 2 juillet 1927, nº 22, p. 942.

Tavernier. A propos des platyspondylies traumatiques, *Soc. de chir. de Lyon*, 1er mars 1928.

Thomson (J. E. M.). A case of Kummell's disease, *Nebraska med. Journ. Norf. Neb.*, 1924, t. IX, p. 178-180.

Tylgat. Spondilite traumatica ed epifisite traumatica, *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, médecine, 1922, nº 2, p. 37.

Zamboni (G.). Contributo alla conoscenza della spondilite traumatica di Kummell (due casi illustrati radiograficamente), *Chir. d. org. di movimento*, Bologna 1925, t. IX, p. 105-130.

VACCINATION PRÉVENTIVE

CONTRE LA PNEUMONIE PESTEUSE PAR VOIE RESPIRATOIRE[1]

Note MM. Charles NICOLLE, Paul DURAND et Ernest CONSEIL.

I. Une grave épidémie de peste pulmonaire a sévi récemment à Tunis. Elle s'est limitée à un seul groupe d'habitants, les indigènes de la tribu des Douiret (Sud tunisien). Ces individus vivent entre eux sans grands rapports avec les autres éléments de la population musulmane.

Lorsqu'on se fut rendu compte de la limitation des cas aux Douiret, leur extraction de la ville et leur isolement parurent les mesures les plus propres à protéger de la contagion le reste des habitants de Tunis. Cette opération portait sur 900 individus environ; elle fut exécutée dans la nuit du 30 au 31 décembre avec un plein succès et il ne se montra, par la suite, aucun nouveau cas en ville.

II. Les Douiret furent répartis entre deux établissements : Le *lazaret de la Rabta* reçut les *contacts simples*, c'est-à-dire les locataires des maisons où des cas s'étaient produits, et les *contacts renforcés*, individus s'étant trouvés en contact intime avec des malades (même chambre, souvent même lit); au total 325 personnes. La *Prison civile*, vidée de ses pensionnaires habituels, reçut les *suspects*, c'est-à-dire le reste des Douiret (625 individus).

Dans chacun des établissements, on sépara ces hôtes dangereux en groupes, aussi nombreux et aussi restreints que possible, pour éviter l'intercontagion des isolés. *A la Rabta*,

(1) Communication à l'Académie des sciences, 27 janvier 1930.

8 groupes pour les contacts simples et autant que de familles pour les contacts renforcés; 15 *à la Prison civile*, dans 7 pavillons distincts : A, 99 hommes; B, id.; C, 16 hommes; F, 97 hommes; D, 53 femmes et enfants; G, 86 id.; H, 169 id.

III. Avant la date où ces mesures furent prises, il y avait eu 50 cas de pneumonie pesteuse qui, tous, se terminèrent par la mort. De cette date à celle où les vaccinations furent entreprises, il y eut encore 6 cas de peste pulmonaire, tous mortels (Rabta 4, Prison 2) et 2 cas buboniques qui guérirent (1 individu échappé de l'isolement, mais retrouvé, et un à la Rabta).

IV. Des isolés, les uns furent soumis à la vaccination préventive avec le vaccin antipesteux inoculé par voie sous-cutanée (2 inoculations à six jours d'intervalle, de 2 millions et demi, puis 3 millions de bacilles morts). On sait que la vaccination, pratiquée par cette voie, ne met pas à l'abri de la pneumonie pesteuse. Nous l'avons cependant employée par conscience, ne voulant pas priver les malades du secours du seul moyen logique. Mais, en même temps, l'idée nous vint de substituer, pour d'autres isolés, au mode d'introduction sous-cutanée du vaccin, la *voie respiratoire*. Celle-ci fut employée sous forme de pulvérisations de suspensions microbiennes à la dose de 3 milliards de microbes par séance d'une demi-minute de durée. Le nombre, variable, des séances est précisé plus loin. L'expérience fut ainsi réglée :

Prison. — Les isolés des groupes B, C, D, G, H reçoivent le vaccin sous-cutané (première inoculation du 3 au 6, seconde du 9 au 12 janvier). Ceux du pavillon F par voie respiratoire, tous les jours du 2 au 7 inclus. Ceux du pavillon A d'abord par voie sous-cutanée; puis (un cas de peste pulmonaire s'étant déclaré parmi eux) 50 sont soumis à la vaccination respiratoire du 10 au 17.

Rabta. — 214 reçoivent le vaccin par voie respiratoire, tous les jours, du 2 au 17 janvier (sauf le 4); 31 enfants de moins de quatre ans par voie sous-cutanée du 2 au 8 janvier.

Au total, 313 vaccinés par voie respiratoire seule, 503 par voie sous-cutanée seule, 50 par voie sous-cutanée puis respiratoire.

V. A partir de la date où ont commencé les vaccinations, on a constaté :

A la Prison, 5 cas de peste pulmonaire, tous mortels; *à la Rabta*, 3 cas de peste pulmonaire *dont un a guéri*. Tous les cas ont été vérifiés par examen de crachats et, pour les cas mortels, sur frottis des poumons. Voici le détail de ces cas :

Prison. — Tous vaccinés par voie sous-cutanée : 1° vacciné le 5, malade le 5, mort le 6 janvier; 2° vacciné le 3, malade le 9, mort le 10; 3° vacciné le 5, malade le 11, mort le 12; 4° vacciné les 5 et 11, malade le 17, mort le 18; 5° enfant du précédent, vacciné les 5 et 11, reçoit 50 centimètres cubes de sérum antipesteux les 18 et 19, malade le 20, mort le 22.

Rabta. — Tous vaccinés par voie respiratoire les 2 et 3 janvier : 1° malade le 4, mort le 7; 2° malade le 5, mort le 9 (à noter que chez ces deux individus qui n'ont reçu que deux inhalations l'examen des crachats n'a pas montré de bacilles pesteux, quoique ceux-ci aient été constatés sur les frottis pulmonaires et dans le sang [hémoculture]); 3° inhalations les 2 et 3 janvier. Le 4 janvier, 40°2, pneumonie de la base gauche; le 6, second foyer à droite. Le 7, chute de la température qui, désormais, reste normale. Le 8, les crachats montrent, pour la première fois, des bacilles pesteux avec formes d'involution; le 9, leur nombre est tel qu'on dirait une culture, le malade se lève. Les symptômes pulmonaires ont disparu le 19; l'état général est excellent bien que l'élimination, à présent restreinte des bacilles pesteux, continue encore le 22, date à laquelle nous rédigeons cette note.

VI. *En résumé*, sur 866 isolés, traités sensiblement aux mêmes dates par les deux méthodes de vaccination, 503 ayant reçu le vaccin par voie uniquement sous-cutanée, ont donné 5 cas de pneumonie pesteuse tous mortels; 363 vaccinés par voie pulmonaire (dont 50 ayant reçu antérieurement le vaccin par voie sous-cutanée) en ont donné 3 dont 1 a guéri. Le dernier cas, observé parmi les vaccinés pulmonaires, date de janvier, la peste peut donc être considérée comme éteinte chez ces vaccinés; le dernier cas des vaccinés sous-cutanés est du 20 janvier, donc encore récent.

Il est en outre à remarquer que, sur le total de 363 vaccinés par voie respiratoire, les 214 isolés de la Rabta représentaient des contacts simples ou des contacts renforcés, c'est-à-dire des sujets ayant vécu au contact des malades, tandis que les 503 vaccinés par voie sous-cutanée seuls appartenaient simplement à la même tribu. La contagion était donc infiniment plus menaçante pour le premier groupe que pour le second.

Sans tirer de conclusion définitive de ces résultats, nous estimons que l'action préventive du vaccin antipesteux, introduit par voie respiratoire, paraît assez probable pour qu'il y ait lieu d'employer désormais cette méthode à la prévention de la pneumonie pesteuse, vis-à-vis de laquelle nous étions, jusqu'à ce jour, désarmés (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1930)

Vaccination préventive contre la pneumonie pesteuse par voie respiratoire. — MM. Charles NICOLLE, Paul DURAND et Ernest CONSEIL. (Voir plus haut, p. 202.)

Influence empêchante de la gestation sur le phénomène d'Arthus. — M. Auguste LUMIÈRE et Mlle Anna MALESPINE.

Présence des sulfocyanures dans l'organisme humain. Transformation humaine. Transformation postmortem du véronal, dial, gardénal en composés cyanhydriques. Conséquences en toxicologie. — M. E. KOHN-ABREST, Mlle Hélène VILLARD et M. L. CAPUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1930)

Notice. — M. ROUVILLOIS lit une notice nécrologique sur M. Charles Willems (de Liége), membre correspondant étranger dans la division de chirurgie.

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 6, p. 82.

Action des sels de magnésium sur la genèse des tumeurs du goudron. — M. Marullaz, dans une note présentée par M. Delbet, apporte des expériences confirmant la possibilité de modifier au moyen de chlorure de magnésium l'évolution des tumeurs du goudron. Le magnésium empêche les tumeurs de prendre une allure exubérante et on constate parfois une légère régression des néoplasmes, résultat qu'on peut rapprocher de celui qu'on obtient par la neurectomie.

La cause de l'immunité et le mécanisme de la vaccination dans la tuberculose humaine. — M. Auclair. Des essais de vaccination chez l'homme sain ou tuberculeux (tuberculoses bien extériorisées, lupus, tuberculose de la peau) avec un vaccin extrait du pancréas d'oiseaux réfractaires à la tuberculose ont montré à l'auteur :

1° Que cette vaccination était dans les deux cas également inoffensive ;

2° Que, qualitativement, elle produisait des effets favorables indiscutables, ses effets de quantité étant à cet égard encore à l'étude.

En résumé, le principe qui joue affirmativement dans la vaccination des animaux contre la tuberculose humaine joue, de la même façon, chez l'homme.

Le N-oxyde de morphine en thérapeutique. — MM. Polonovski, Nayrac et Tiprez. Ce nouveau dérivé de l'opium est dépourvu de toxicité et sa non accoutumance conditionne ses applications cliniques. Sédatif des symptômes douloureux et des phénomènes anxieux, il permet une plus large utilisation dans de nombreux cas où la toxicité de la morphine et la crainte de la morphinomanie ont jusqu'ici limité son emploi.

Election d'un membre dans la section des membres libres, en remplacement de M. Capitan, décédé.

Classement des candidats : en première ligne, M. Henri de Rothschild; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Blondel, Bouquet, Jean Charcot, Mourier et Trillat; adjoint par l'Académie, M. Kling.

Il y a 96 votants.

Au *premier* tour de scrutin, M. Henri de Rothschild obtient 47 voix; M. Jean Charcot, 33; M. Trillat, 13; M. Blondel, 2. Il y a un bulletin nul. Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un *second* tour de scrutin : M. Jean Charcot obtient 49 voix, M. Henri de Rothschild, 48. Mais une erreur ayant été relevée dans le compte des bulletins, M. le président recommence le dépouillement et constate que les deux candidats ont obtenu 48 voix chacun.

Il est donc procédé à un *troisième* tour de scrutin : M. Jean Charcot obtient 50 voix contre 46 à M. Henri de Rothschild.

M. Jean Charcot, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

M. Jean Charcot, fils du professeur Charcot, est né à Neuilly-sur-Seine le 15 juillet 1867. Il a été interne des hôpitaux et a fait partie, en 1891, de la même promotion que MM. de Massary et Fernand Bezançon. Chef de clinique des maladies nerveuses du professeur Raymond à la Salpêtrière, il a passé sa thèse en 1895. Médecin de réserve de la marine il a organisé de nombreuses explorations dont la plus célèbre a été l'exploration antarctique française. Ses travaux océanographiques sont universellement connus. On n'a pas oublié que l'an dernier, avec le *Pourquoi-Pas*, il participa aux recherches de Guilbaud et d'Amundsen. Pendant la guerre il est passé dans le cadre des officiers de vaisseau comme capitaine de corvette, puis comme capitaine de frégate de réserve. On sait les immenses services que sa grande expérience lui a permis de rendre au pays dans l'organisation scientifique de la chasse aux sous-marins. Il est membre de l'Académie des sciences et commandeur de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 25 janvier 1930)

Les réserves glycogéniques du cœur. — MM. Loeper et A. Lemaire. Par la méthode de la gomme iodée, les auteurs montrent qu'à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, les parties glycogénées du cœur se localisent de plus en plus nettement au faisceau primitif. Sur les pièces fraîches du cœur de veau, on voit, dans cette zone élective, l'essaimage des grains glycogénés vers les fibres communes et leur disparition progressive. Les cellules du faisceau primitif apparaissent donc comme des glandes à glycogène qu'elles distribuent aux fibres adultes du myocarde.

L'amylase du cœur. — MM. Loeper, A. Lemaire et J. Tonnet. La disparition du glycogène du cœur après la mort est plus rapide dans les fibres musculaires communes que dans le faisceau primitif. De plus, les extraits aqueux des zones interauriculaire et interventriculaire d'une part, de la paroi ventriculaire d'autre part, se montrent doués d'un pouvoir amylolytique différent : les premiers le sont moins que les seconds. Ce fait est à rapprocher des constatations histochimiques des auteurs rapportées dans la note précédente.

Ainsi se marque la personnalité biologique des deux groupements musculaires du cœur.

Inscription graphique de l'épreuve de Queckenstedt chez l'animal. — MM. Loeper, A. Lemaire et J. Patel montrent, par la méthode graphique, que la compression temporaire de la jugulaire externe fait monter simultanément et d'une façon parallèle la pression veineuse encéphalique et la pression rachidienne. L'augmentation de cette dernière atteint 4 à 5 centimètres d'eau et dure autant qu'on maintient la compression veineuse. Sur le même animal soumis à l'yohimbine, la même épreuve provoque une augmentation double des pressions veineuse et rachidienne; ce fait qui s'explique par l'accroissement du débit veineux réalisé par l'yohimbine, prouve une fois de plus l'étroite relation qui existe entre les variations de la circulation veineuse encéphalique et les variations de la pression rachidienne.

Remarques électrocardiographiques sur la ligature des artères coronariennes chez le chien. — MM. A. Clerc, P.-N. Deschamps, M. Bascourret et Robert Lévy ont pratiqué des ligatures des diverses branches et sont arrivés aux conclusions suivantes, voisines de celles de leurs devanciers. Les troubles consécutifs ne sont jamais immédiats et, même si les gros rameaux sont oblitérés, n'entraînent en certains cas la mort par fibrillation ventriculaire qu'au bout d'un temps qui peut excéder une heure; la survie est possible si des rameaux moins importants sont en jeu. La ligature gauche détermine l'apparition d'extrasystoles gauches avec parfois tachycardie ventriculaire terminale du même type; la ligature droite détermine au contraire des extrasystoles droites et l'inversion de T. Le renflement en dôme de l'onde T a été souvent mais non constamment réalisé, surtout après ligature gauche, mais parfois après ligature droite. Les résultats sont concordants d'une façon générale, mais les tracés ne sont pas exactement superposables : fait qui peut tenir à la variabilité connue, de la disposition des vaisseaux coronariens suivant les individus.

Etude « in vitro » sur les antivirus (2e note). — M. L. Chaillot. La filtration n'intervient en aucune façon dans le mécanisme de l'action empêchante des antivirus; celle-ci est nettement spécifique et sous la dépendance d'une substance inhibitrice.

La production de la toxine diphtérique d'après les modifications apportées par G. Ramon à la préparation du

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Billets d'aller et retour individuels d'excursion à prix réduits pour les stations de sports d'hiver des Alpes et du Jura. — Il est délivré jusqu'au 31 mars 1930, par les gares de Paris P.-L.-M., Dijon-Ville, Besançon-Viotte, Besançon-Mouillère, Lyon, Saint-Etienne Marseille, Genève-Cornavin, Genève-Eaux-Vives, des billets d'aller et retour individuels d'excursion comportant une réduction de 50 p. 100 sur le double du prix d'un billet simple.

Au départ de Paris et de Marseille, ces billets sont valables du vendredi à midi au mardi à midi; au départ des autres gares du samedi à midi au lundi à 24 h.

Les jours de fête légale sont assimilés aux dimanches : les billets d'excursion sont valables de l'avant-veille ou de la veille de la fête à midi au lendemain ou surlendemain à midi suivant la gare de départ.

Le coupon d'aller de ces billets ne peut être utilisé que jusqu'au dimanche (ou jour de fête) à midi.

Le coupon de retour ne peut pas être utilisé avant midi du dimanche (ou du jour de fête).

Le voyageur muni d'un billet d'aller et retour d'excursion peut s'arrêter aux gares intermédiaires pour lesquelles sont délivrés des billets de même nature que le sien; il n'a droit au transport en bagages que du matériel de sport, il bénéficie d'une franchise de 20 kilogrammes.

— Rapide de nuit Paris-Grenoble. — Un rapide de nuit de toutes classes comportant des places de lits-salons avec draps, de lits-salons ordinaires et de couchettes circule dans chaque sens entre Paris et Grenoble.

Départ de Paris, 21 h. 10; arrivée à Lyon-Perrache, 4 h. 15, à Grenoble, 7 h. 18.

En sens inverse : départ de Grenoble, 22 h. 10, de Lyon-Perrache, 1 h. 21; arrivée à Paris, 9 h.

bouillon de culture. — M. D. d'Antona. En utilisant un bouillon préparé conformément aux indications générales récemment fournies par G. Ramon : macération de viande de veau se faisant à la température de la glacière, addition de glucose, etc., l'auteur a pu préparer des toxines diphtériques très actives. Les essais et résultats relatés confirment donc la grande valeur de la technique nouvelle et montrent que les facteurs qui prédominent dans la production de la toxine diphtérique au sein du milieu de culture sont à reviser ainsi que les théories admises à ce sujet.

La toxine diphtérique obtenue avec le bouillon préparé d'après les indications de G. Ramon. — A la suite d'essais comparatifs, M. O. Nureddin a obtenu des résultats très favorables dans la production de la toxine et de l'anatoxine diphtériques en employant la technique de préparation du bouillon récemment préconisée par G. Ramon. Cette technique convient également pour les milieux de culture du streptocoque scarlatineux.

Réaction xantho-protéique dans les affections rénales. — MM. F. Rathery et R. Waitz ont étudié les modifications de la réaction xantho-protéique en utilisant la technique de Becher. Ils ont comparé l'état de l'urée sanguine et les variations de la réaction xantho-protéique après extirpation des deux reins ou ligature bilatérale des uretères et chez un certain nombre de sujets atteints de néphrite chronique.

L'azotémie et la réaction xantho-protéique suivent des variations parallèles, cependant il paraît exister une certaine indépendance entre les deux phénomènes.

Après extirpation des reins, l'azotémie est plus élevée qu'après ligature bilatérale des uretères, par contre la réaction xantho-protéique est plus accusée dans ce dernier cas.

Chez les néphritiques chroniques, les fortes azotémies accusent une élévation nette de la réaction xantho-protéique ; inversement les azotémies moyennes s'accompagnent d'accentuation variable de la réaction xantho-protéique.

La réaction xantho-protéique paraît avoir une signification différente de celle de l'élévation simple de l'urée sanguine

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de pathologie interne. III : Maladies du cœur. Maladies des vaisseaux (1), par Ch. Laubry, avec la collaboration de D. Routier, J. Walser et Ed. Doumer.

Qui de nous ne connaît le *Traité de pathologie interne*, paru il y a quelque trente ans et dû à la collaboration de quatre médecins des hôpitaux : Enriquez, Laffitte, Lamy, Bergé? Qui n'en a apprécié l'esprit alerte, la rédaction simple et claire, les tendances, toutes orientées vers la seule pratique et convergeant toutes vers le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique? Qui n'a regretté qu'il ait, comme toute chose ici-bas, les productions médicales plus encore que les autres, terriblement vieilli? Qui n'a souhaité le voir, nouveau phénix, renaître de ses cendres ? C'est ce qu'ont compris ses éditeurs et ses nouveaux directeurs. Déjà, avec une louable activité, ils ont remis au point les maladies infectieuses et parasitaires, les affections du tube digestif, des reins, des glandes à sécrétion interne, les maladies de la nutrition et les intoxications ; demain, ils nous donneront une mise au point du système nerveux ; aujourd'hui, ils livrent à nos méditations un volume considérable et tout entier consacré aux maladies du cœur et des vaisseaux.

Rarement ouvrage était aussi impatiemment attendu. La pathologie cardio-vasculaire n'a-t-elle pas subi, dans ces dernières années, de profonds remaniements? Ne s'est-elle point accrue de nouveaux et importants chapitres? Ne constitue-t-elle pas une des branches de notre art qui, grâce à l'accord toujours plus étroit de la clinique et des méthodes physiques d'investigation, a effectué le plus de progrès?

A ces progrès, peu de spécialistes ont autant contribué que M. Ch. Laubry. Travailleur infatigable, chef d'école qui sait et payer d'exemple, et s'entourer de collaborateurs d'élite, médecin auquel son bon sens, sa chaleur bourguignonne et son expérience ont valu une renommée mondiale, le savant médecin de l'hôpital Broussais était plus qualifié que quiconque pour traiter des cardiopathies. Ne lui devons-nous pas d'avoir imposé des notions, jadis considérées comme révolutionnaires et aujourd'hui classiques : caractères spéciaux de l'insuffisance ventriculaire droite, fréquence des myocardies, du rhumatisme cardiaque évolutif, des angines de poitrine, des neurotonies et des artérites pulmonaires, physiologie pathologique de l'insuffisance cardiaque?

Son ouvrage, qu'illustrent de magnifiques planches en couleur et de nombreuses figures en noir, se divise en deux parties :

Dans la première (maladies du cœur), sont envisagés la sémiologie objective fonctionnelle et générale du cœur, y compris les méthodes techniques les plus récentes, ensuite les grands symptômes d'atteinte régionale qui comprennent les arythmies, les syndromes péricardiques, endocardiques et myocardiques.

Sous le nom de cardiopathies spécifiques, sont successivement étudiés le rhumatisme cardiaque, la syphilis et la tuberculose du cœur, le cœur sénile, à propos duquel l'infarctus du myocarde, traité avec tous les développements nécessaires, les parasites et tumeurs du cœur, les traumatismes cardiaques, les neurotonies cardio-vasculaires trop souvent négligées malgré leur intérêt clinique. Les infections congénitales du cœur, qui avaient déjà fait l'objet d'un traité spécial en collaboration avec Pezzi, forment deux grands chapitres à part. Viennent enfin les insuffisances cardiaques, chapitre le plus important, le plus riche en considérations théoriques et en déductions pratiques.

La seconde partie du volume traite des maladies des vaisseaux et s'ouvre par un exposé de la tension artérielle et de ses troubles. Dans les syndromes hypertensifs, Laubry et Doumer ont mis au point le difficile problème de la pathogénie de l'hypertension artérielle sans se laisser égarer dans des théories trop spécieuses ; Laubry a voulu traiter seul les syndromes hypotensifs et dire à ce sujet son opinion personnelle.

Laubry et Walser abordent ensuite l'étude sémiologique et clinique des aortites, celle des artérites dans lesquelles ils isolent les syndromes d'atteinte inflammatoire ou dégénérative des parois artérielles, les syndromes d'oblitération artérielle, les phlébites, pour terminer par la pathologie de l'artère pulmonaire qu'ils ont tant contribué à faire connaître.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de cet ouvrage destiné à marquer une date dans l'histoire de la cardiologie, et qui fait le plus grand honneur à l'auteur qui l'a conçu, aux éditeurs qui lui ont donné le moyen de le mener à bien.

L. Babonneix.

(1) Fort in-8 de 1.250 pages avec 242 figures dans le texte et 10 planches en couleur hors texte. — Prix : relié en un volume, 280 fr. ; en deux volumes, 290 fr. — Paris, G. Doin.

Clinique thérapeutique (1), par le docteur Pierre J. Rondopoulos, ancien professeur agrégé à l'Université d'Athènes.

L'auteur en écrivant cet ouvrage, a voulu éviter au praticien lorsqu'il se trouve devant des cas difficiles de rechercher dans divers ouvrages ou Traités de médecine et de thérapeutique la solution du problème qui le préoccupe tant

(1) 1er vol. de 778 p. in-8 (en langue grecque). — Athènes 1929.

au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement.

Partant de ce principe l'auteur fait la description clinique de toutes les maladies, non seulement de leurs formes classiques, mais aussi des formes anormales et des complications. Au point de vue du diagnostic, l'auteur, tout en acceptant l'utilité des diverses méthodes du laboratoire, reste un ardent partisan des méthodes de diagnostic clinique. Il fait passer les méthodes biologiques en second rang à titre de méthodes auxiliaires qui confirment le diagnostic clinique.

Le traitement des diverses maladies est exposé, avec tous les détails et les formules les plus classiques. En somme l'ouvrage de M. Rondopoulos constitue un guide détaillé et pratique très utile au médecin praticien.

Ce premier volume comprend les *maladies de l'appareil digestif* savoir celles de la *bouche*, de la *langue*, du *pharynx*, de l'*œsophage* et de l'*estomac*.

L'auteur accepte une division pratique des angines auxquelles il donne le nom qu'Hippocrate leur avait donné celui de « ynanche » et il les divise en angines érytémateuses aiguës, en angines diphtéroïdes celles qui sont caractérisées cliniquement par une pseudomembrane; dans cette catégorie il range aussi l'angine de Vincent. Enfin dans une dernière catégorie il range les angines purulentes et celles qui se développent en dedans ou en dehors de l'aponévrose pharyngienne. Il rappelle aussi que l'amygdalite phlegmoneuse est admirablement décrite dans tous ses détails par Hippocrate dans le second livre *Des Maladies*, ainsi que le traitement chirurgical, savoir l'incision de l'abcès péri-amygdalien.

Enfin l'auteur expose qu'Hippocrate dans le second livre *Des Maladies*, y expose admirablement l'ouverture de l'abcès péri-amygdalien à l'aide du bistouri de la même manière qu'aujourd'hui.

Le chapitre de la *Diphtérie* constitue une vraie monographie clinique et thérapeutique puisque elle occupe 100 pages; on y trouve en dehors de ses diverses formes cliniques toutes ses complications. Le chapitre concernant le diagnostic différentiel de la diphtérie avec les autres angines est très détaillé. Son traitement est exposé en détail ainsi que la sérothérapie et l'anatoxine d'après les dernières données des auteurs français (Zoeller, Ramon, etc.).

La classification des *maladies de l'estomac* est faite sommairement et suivant les données de la clinique. C'est ainsi que dans un premier chapitre sont compris les gastrites infectieuses et celles qui sont secondaires à une maladie chronique préexistante (affections cardiaques, mal de Bright, etc.). Dans un second chapitre l'auteur réunit les gastrites toxi-infectieuses qui s'observent au cours des diverses maladies infectieuses, des infections des voies biliaires, de l'urémie, etc.; dans une troisième partie il décrit les gastrites toxiques provoquées par les divers poisons. Enfin dans la dernière partie de ce chapitre il fait la description clinique des gastrites phlegmoneuses.

En ce qui concerne la classification des dyspepsies, M. Rondopoulos divise les dyspepsies en hyperchlorhydriques et hypochlorhydriques et dans un autre chapitre il fait la description clinique de l'aérophagie et des névroses de l'estomac. Il procède ensuite à la description clinique des dyspepsies secondaires et il expose l'influence des dyspepsies sur les divers systèmes organiques. L'auteur nous fait remarquer que les relations de l'hypochondrie avec les dyspepsies étaient connues depuis Galien qui les a décrit admirablement ainsi que leur traitement.

La sténose et le spasme du pylore, la dilatation de l'estomac ainsi que la gastreptose sont rangés par l'auteur parmi les troubles mécaniques de l'estomac.

Enfin le dernier chapitre de ce volume est consacré aux érosions, plaies et ulcérations de l'estomac et du duodénum. Cette étude est très détaillée puisque elle occupe 96 pages de l'ouvrage.

Une bibliographie détaillée termine le volume.

J. MARKIANOS.

Contribution à l'étude des spirochétidés (1), par le docteur Auguste PETTIT.

La *Gazette des hôpitaux* a rendu compte en son temps du tome I du beau livre que M. le docteur Auguste Pettit, professeur à l'Institut Pasteur et membre de l'Académie de médecine, a consacré à l'étude des spirochétidés. Voici maintenant le tome II avec ses deux grands chapitres : *Technique* et *Bibliographie*.

Au premier ressortissent les moyens suivants : examen à l'état vivant au moyen de microscope et de l'ultramicroscope; réactions chimiques; colorations vitales, frottis, coloris, nitratation sur frottis ou sur coupes; frottis à l'encre de Chine et au rouge neutre; spirochétométrie, inoculation et sérologie, cultures sur divers milieux; technique spéciale. Dans le second, se trouvent réunis la plupart des travaux relatifs aux spirochétidés.

Ainsi se termine cet ouvrage considérable, qui rendra les plus grands services, non seulement aux biologistes, mais encore aux médecins, et que seul, un savant tel que M. PETTIT pouvait entreprendre et mener à bien. L. BABONNEIX.

(1) Tome second (IV-V) et tables. — Un volume in-8 d'une centaine de pages. — Paris, 1929. En vente chez l'auteur, 70, rue Jullien, à Vanves (Seine). — 15 fr. pour les seuls souscripteurs du tome I. L'ouvrage complet, franco domicile en France : 110 fr.; à l'étranger : $ 5.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 6 février. — Jury : MM. Bezançon, président; Guillain, Fiessinger et Sézary. — M. LAUR. Les techniques modernes de bilirunimétrie plasmatique. — M. MICHAUX. La neuro-myélite optique aiguë.

Mardi 11 février. — Jury : MM. Carnot, président; J. Faure, Nobécourt et Lequeux. — M. DAUNEAU. Etude des métrites déciduiformes. — M. GAUTROT. Les états précancéreux du col utérin. — Mlle HESSE. La granulie pulmonaire occulte et froide.

Mercredi 12 février. — Jury : MM. Sebileau, président; M. Labbé, Laignel-Lavastine et Alajouanine. — M. KORESSIOS. Sérothérapie hémolytique de la sclérose en plaques. — M. BLANCHARD. Des troubles oculaires et auriculaires dans la leucémie.

Jeudi 13 février. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Gougerot et Sézary. — M. BENOIST. L'allergie gonococcique. — M. PUVION. La pathologie des Juifs est due non à la race mais aux mœurs. — M. ROBERT. La tuberculose cutanée après rougeole. — Mlle SWIRSKY. L'apoplexie séreuse postarsenicale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Dechambre et Moussu. — M. HERRAN. Amélioration desraces bovines indigènes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE GASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la désignation de M. le docteur Robert Poinso.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le docteur Aimes, ancien chef de clinique, est nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays le bel exemple de devoir civil donné par M. le docteur de Boissière, médecin radiologue des hôpitaux du Havre.

Atteint depuis plusieurs années de radiodermite contractée dans l'exercice de sa profession, il a subi d'abord l'amputation d'un doigt, puis celle du bras, et n'en a pas moins repris ses opérations. Il les a continuées malgré des souffrances intolérables et une diminution physique considérable, faisant preuve, jusqu'à sa mort, d'une très haute valeur morale et d'une conscience professionnelle dignes d'éloges. (*J. O.*, 9 fév. 1930.)

GUERRE. — COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — La composition pour l'année 1930 du Comité consultatif de santé est fixée comme suit :

Président. — M. le médecin général inspecteur Toubert, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, inspecteur permanent des écoles du Service de santé militaire.

Membres titulaires. — MM. Lanne, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la région de Paris; Marotte, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la 14e région; Baron, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la 18e région; Sacquépée, médecin général, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérothérapie de l'armée, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée; Savornin, médecin général, directeur du Service de santé de l'armée française du Rhin; Rouvillois, médecin général, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, membre de l'Académie de médecine; Lévy, médecin général, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire; Boye, médecin général des troupes coloniales de l'inspection générale du Service de santé des colonies; Bouffard, médecin général des troupes coloniales, adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole; Breteau, pharmacien général, membre de l'Académie de médecine.

Membres consultants. — *a.* Membres civils : MM. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Quénu, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Walther, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Besançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

b. Membres militaires : MM. Lahaussois, médecin colonel, directeur du Service de santé de la 6e région; Rubenthaler, médecin colonel, sous-directeur de l'Ecole du Service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes; Plisson, médecin colonel, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy; Chaput, pharmacien colonel, gestionnaire de la pharmacie centrale de l'armée.

LES FÊTES LATINES A CANNES. — En préparation depuis six mois, les Fêtes latines organisées en l'honneur du Centenaire de Mistral auront lieu à Cannes les 22, 23 et 24 mars prochain.

Reconnaissant spontanément l'intérêt qui s'attache à ces Fêtes qui aideront au rapprochement des pays latins, le gouvernement français s'est montré favorable à leur réalisation, M. Tardieu, président du Conseil, et M. Briand, ministre des Affaires étrangères ont donné officiellement leur haut patronage et ont promis que le gouvernement serait représenté par un ou plusieurs de ses membres à ces manifestations latines et provençales.

En effet, par dépêche du 23 novembre dernier, le ministre des Affaires étrangères offrait d'effectuer la remise des invitations de la ville de Cannes aux pays latins par les soins de nos représentants dans les différentes capitales.

Par une nouvelle dépêche du 15 décembre, le ministre des Affaires étrangères priait M. le préfet des Alpes-Maritimes d'informer le maire de Cannes qu'il autorisait volontiers à placer sous son patronage les Fêtes internationales prévues à Cannes.

Enfin, en date du 28 décembre, le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, informait qu'il accordait volontiers son patronage aux Fêtes organisées en mars 1930 à l'occasion du centenaire de Mistral.

En outre, M. Leygues, ministre de la Marine, a formellement promis la participation de l'Escadre française qui baignera dans les eaux du Golfe de Cannes pendant tout le temps de la durée des Fêtes.

Vingt et un pays latins ont été conviés qui sont : Italie, Argentine, Espagne, Roumanie, Portugal, Belgique, Suisse, Cuba, Canada, Panama, Venezuela, Uruguay, Equateur, Pérou, Bolivie, Chili, Haïti, Brésil, Paraguay, Colombie et Monaco.

L'Italie, l'Espagne et l'Argentine enverront très probablement des unités de leurs escadres se mêler à celles de l'escadre française.

Ces manifestations organisées en l'honneur des pays latins seront particulièrement élégantes.

Un hommage vibrant sera rendu à Frédéric Mistral, le merveilleux chantre de la Provence dont la haute élévation de pensée ne connaissant pas de frontière rayonne sur le monde. Mme Mistral, invitée à présider cette manifestation, a formellement promis d'être présente. Un très beau monument dû au ciseau habile du sculpteur de talent, M. Tuby provencialisant ardent et généreux, sera inauguré à la mémoire de Mistral et placé sur l'antique place de la Castre au Suquet, berceau de Cannes dominant la ville. L'Académie provençale prêtera son concours et exécutera une cantate de circonstance.

Sur un théâtre de verdure une œuvre inédite de Mistral sera interprétée et on assistera également à un défilé des costumes nationaux des pays latins qui participeront à une très brillante bataille de fleurs !

Une Fête vénitienne déroulera son lumineux corso dans la rade avec le concours des escadres des nations représentées et française et des sociétés de Yachtmen. Un éblouissant feu d'artifice précédera un embrasement général du Suquet, des Iles de Lérins et une apothéose en l'honneur des Nations latines.

Avec un faste tout particulier un grand gala international se déroulera dans l'incomparable salle des Ambassadeurs du Casino municipal.

Enfin, le dernier jour l'attrait se condensera sur la mer sur laquelle auront lieu de grandes régates internationales et la revue navale après laquelle des réceptions auront lieu à bord des navires des escadres.

Nous aurons l'occasion prochainement de revenir sur ces magnifiques manifestations et d'en publier in extenso le programme.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur M. A. LEMIERRE). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de bactériologie pour les étudiants de deuxième année, aura lieu, sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, du lundi 31 mars au samedi 5 avril inclus, tous les jours, à 4 h., au laboratoire de bactériologie.

Le droit à payer pour cette série supplémentaire est de 50 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU PROFESSEUR PORTMANN. — Des cours complets sont organisés pour l'enseignement des étudiants et du spécialiste.

L'enseignement de l'étudiant a lieu les lundis, mercredis et vendredis, à l'hôpital du Tondu et à l'annexe Saint-Raphaël.

L'enseignement du spécialiste a lieu tous les jours, sauf le dimanche, dans les mêmes hôpitaux.

Enseignement chirurgical complémentaire. — Un enseignement chirurgical complémentaire, sous la direction du professeur, est fait par MM. les docteurs Retrouvey, Despons, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, et Leduc, anesthésiste du service, assistés des chefs de clinique.

Ces cours de chirurgie opératoire ont commencé en janvier 1930.

Cours spéciaux. — Des conférences spéciales sont organisées sur la mastoïde et les nerfs craniens, ainsi qu'un cours de broncho-œsophagoscopie et un cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie.

Cours de perfectionnement en français. — Ce cours aura lieu du lundi 30 juin au 14 juillet 1930.

Cours de perfectionnement en anglais. — Le « Five weeks american course » aura lieu du lundi 21 juillet au samedi 23 août 1930.

« **ACTA RHEUMATOLOGICA** », journal officiel de la Ligue internationale contre le rhumatisme. Siège social : Amsterdam (Hollande), Keizersgracht 489. — La Ligue internationale contre le rhumatisme, fondée en 1925, et qui groupe actuellement plus de vingt ligues nationales, parmi lesquelles la Ligue française contre le rhumatisme, commence la publication régulière des *Acta rheumatologica*.

Selon la formule si heureuse, réalisée pour la première fois par les *Acta scandinava*, chaque numéro comprend des articles écrits dans l'une des trois langues suivantes : français, anglais, allemand.

Elle publie des articles originaux sur tout le problème du rhumatisme chronique et du rhumatisme aigu.

Une revue des publications sur le même sujet est faite dans chaque numéro, et constitue un index bibliographique sur le rhumatisme, de tout premier ordre.

La France est représentée au Comité scientifique par le docteur Mathieu-Pierre Weil, médecin des hôpitaux de Paris.

Les *Acta rheumatologica* paraîtront au moins quatre fois par an. Chaque numéro forme un beau volume d'environ 50 pages de texte.

L'abonnement annuel, du 1er janvier au 31 décembre, est de 15 florins hollandais (le florin vaut 10 fr. 30).

Les abonnements peuvent être adressés, par mandat international de 154 fr. 50, à l'adresse suivante : Outvang et Betaalkas, Doelenstraat, Amsterdam.

**


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
ÉCHANTILLONS: J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

LIVRES NOUVEAUX

Lamartine. Essai de clinique littéraire. Le malade. Le Problème d'Elvire. Les « Méditations » (1), par le docteur R. TATIN.

Dans cet essai médico-psychologique, l'auteur se propose d'expliquer l'œuvre du poète par sa vie, et, plus encore, par ses souffrances. Qu'était, au vrai, Lamartine? Un tuberculeux? Peut-être, mais, beaucoup plus vraisemblablement, comme l'a montré le professeur Etienne Martin (de Lyon), un goutteux, et la goutte, avec ses abominables douleurs, n'a pas manquer de jouer un rôle dans la genèse du romantisme lamartinien.

Si nous voulons comprendre le génie, il faut donc, à l'exemple de Littré, puis du regretté Cabanès, et malgré G. Duhamel, fouiller ses antécédents héréditaires et personnels, préciser l'état actuel, autrement dit, prendre son « observation ». C'est ce que s'est efforcé de faire, avec beaucoup de bonheur, M. Tatin. Voici l'hérédité : un père, vieil arthritique, et qui finira par mourir d'urémie; une mère, alliage impondérable de mysticisme et de fragilité, quelques « collatéraux » tuberculeux. Tuberculeuses aussi, les sœurs; tuberculeuses, la femme et la fille du poète; tuberculeux, son fils unique. Une tante maternelle, « oligophrénique » ; du côté maternel, nombre de lettrés; des deux côtés, de beaux esprits. Voici maintenant l'enfance : de Milly au collège, enfant terrible, que le silex du terroir a créé rude, et non agneau bélant, comme le veut la légende, fougueux, qui ne peut supporter les rigueurs de l'internat, et qui, au cachot Pupier, préfère la campagne, les larges horizons et la liberté. Voici maintenant « une image de femme, un visage gracieux, un regard d'ébène ». Lamartine a découvert les femmes qui vont, désormais, occuper son cœur. C'est Lucy Pommier, ce sont « ces jolies connaissances parmi les femmes entretenues » dont il se vante bientôt, c'est Graziella, si tant est qu'elle ait vécu, c'est Elvire, qui somme toute, a tenu si peu de place dans son existence, tant qu'elle vivait, mais dont la mort a fait, de l'obscur rimeur, le poète inspiré des *Méditations*. C'est Marianne Eliza Birch qui deviendra, en 1820, la femme du poète, et qui, si bien, a mérité les stances immortelles de *Jocelyn*. C'est enfin celle qui berça la vieillesse du poète, cette Valentine, dont il a su célébrer la beauté et, en même temps récompenser le dévouement filial, par ces beaux vers :

> Dans tes beaux yeux d'enfant, firmament plein d'étoiles
> Je vois poindre et nager des astres inconnus.

Après avoir retracé l'histoire de cette splendide intelligence qui, peu à peu, accablée par l'âge et par l'infortune, sombre dans la démence, M. Tatin envisage tour à tour, dans son héros, le physique avec toutes ses séductions, qui ont charmé jusqu'à Châteaubriand, l'hygiène, à la Bourguignonne, les méthodes de travail, le caractère fait d'orgueil et de générosité, l'ami, enfin et surtout, l'amoureux, qui jamais n'eut rien de platonique, et dont « la poésie, toute de lascives caresses, est une perpétuelle survivance d'un désir ou d'un souvenir ».

Livre d'un jeune, soit, mais d'un jeune singulièrement doué, qui a fourni un gros effort pour se documenter et pour présenter brillamment son sujet ! Il en est bien récompensé aujourd'hui par le succès que lui font, à l'envi, médecins, psychologues et lettrés.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume in-8 de 95 p. — Prix : 20 fr. — Lyon, Imp. Bosc frères et Riou.

La Tuberculose pulmonaire. Guide du malade et du prédisposé (1), par le docteur Jacques Stéphani DE MONTANA.

Ce livre est destiné à mettre à la portée du public non médical toutes les questions et tous les problèmes les plus importants relatifs à la tuberculose, tout en évitant systématiquement d'employer le langage technique médical habituel. L'œuvre de vulgarisation est ainsi complète et le malade comme le bien portant peuvent, en parcourant les quarante-deux chapitres de l'ouvrage, se faire une idée précise de ce qu'est cette maladie, de la façon dont elle se manifeste dans les divers organes du corps, des méthodes modernes que l'on emploie pour la dépister et la comprendre. Il peut également et sûrement se rendre compte de la façon dont on doit traiter et dont on peut guérir la maladie. Tous les traitements modernes sérieux, c'est-à-dire ayant fait leurs preuves, sont décrits et passés en revue successivement.

L'exposé de ces divers points est encore rendu plus clair par l'addition dans le texte de dessins et de schémas explicatifs très suggestifs.

Un pareil ouvrage, venant à un moment où aucun autre similaire n'existe, contribuera puissamment à montrer — et c'est là son but — que la maladie est bien plus répandue que le public ne le pense mais qu'elle est également bien plus guérissable. Il montrera également que la seule façon de se guérir est d'appeler les choses par leur nom, d'acquérir les connaissances nécessaires pour bien connaître la maladie, et enfin de consentir d'emblée les sacrifices moraux nécessaires, cette dernière détermination étant basée sur l'avis de spécialistes compétents.

Pour être efficacement combattue la tuberculose doit avant tout être bien connue du public non médical, et c'est là le but de cet ouvrage.

L'auteur étudie successivement ce qu'est le bacille de la tuberculose, l'hérédité de la maladie, la contamination, l'estomac du tuberculeux et la tuberculose de l'estomac, la tuberculose du cœur et le cœur des tuberculeux, à quoi sert l'auscultation, à quoi sert une radiographie, les analyses et les examens que doit faire le médecin, la toux, l'essoufflement, la self-responsabilité du malade, les possibilités de guérison, les rechutes, les traitements de la tuberculose pulmonaire : sanatorium, altitude, repos et exercice, alimentation, etc.

La coprologie en pratique médicale (2), par R. DESCHIENS et R. CAAVAILLO. — Préface de M. LE NOIR.

Le titre qu'ont choisi les auteurs : *La Coprologie en pratique médicale*, montre que le but qu'ils se sont proposé et le terrain sur lequel ils se sont placés.

Ce livre est avant tout pratique.

Il met à la disposition des laboratoires ou des médecins isolés une technique d'analyse des selles et une séméiologie des déjections, simples, précises, et à la fois très étudiées, mises au point et appliquées dans le service de gastro-entérologie de M. Le Noir, à l'hôpital Saint-Antoine.

Les auteurs, après avoir décrit les signes coprologiques, macroscopiques, microscopiques et chimiques, organisent ces signes en syndromes coprologiques bien définis, et étudient parallèlement les symptômes et le traitement correspondant à chaque syndrome.

De nombreuses planches en couleurs et des textes schématiques rassemblent sous les yeux des lecteurs pour chaque type de selle, ses caractères diagnostiques essentiels.

L'ouvrage se termine par une étude zoologique et clinique condensée mais complète, des parasites du tube digestif.

Cet ouvrage réalise ce qu'il voulait être : il est médicalement complet, clair et utile.

L. G.

(1) In-8 carré avec 26 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Payot.
(2) Un volume de 150 pages, 14 pl. en couleurs et 3 en noir. — Prix : 35 fr. — Paris, éditions médicales, N. Maloine.

L'ACTINOMYCOSE PULMONAIRE CHEZ LES ENFANTS (1)

Par le Professeur P. NOBÉCOURT.

Je vous ai déjà présenté cette malade, à cause de sa haute taille, dans ma leçon du 17 novembre *Sur les enfants de haute stature*, publiée par *Le Concours médical* du 5 janvier. Je vous la présente de nouveau pour la maladie dont elle est atteinte.

Elle est née, le 9 décembre 1914, à terme, avec un poids de 3kg500. Son père est mort; sa mère est bien portante. Elle est fille unique.

En 1924, à neuf ans, elle contracte la coqueluche. A la suite, elle présente un épisode thoracique, qualifié de pleurésie, pour lequel elle reste un mois à l'hôpital; on ne fait pas de ponction.

En 1925, à dix ans, elle a une rougeole normale.

A douze ans et demi, surviennent les premières règles. Dans la suite, les menstruations reviennent irrégulièrement,

L'enfant s'enrhume tous les hivers.

C'est en octobre 1928 qu'elle présente les premiers symptômes de la maladie actuelle : elle maigrit, est fatiguée, perd ses forces; elle tousse, sans cracher.

En mars 1929, elle expectore quelques crachats, où on ne trouve pas de bacilles de Koch; une radioscopie révèle une opacité de la région périhilaire et de la base droite. Au début d'avril, les règles disparaissent.

Plus tard, elle ressent quelques douleurs thoraciques du côté droit.

En juillet, apparaît une légère fièvre, à 38 degrés le soir; elle prend le lit. Deux ponctions exploratrices de la plèvre droite retirent quelques centimètres cubes de liquide séro-fibrineux.

Le 17 août, survient une éruption cutanée, qui fait penser, à tort, à la rougeole.

Enfin, l'enfant entre à la salle Parrot, le 19 août.

Elle est âgée de quatorze ans huit mois. Sa taille, de 1m60, est élevée; son poids, de 38kg750, très insuffisant. Elle est très maigre et pâle. Ses seins sont grêles, ses poils pubiens et axillaires suffisamment fournis.

On constate une scoliose dorsale inférieure accentuée, à concavité droite, un thorax étroit et déformé, des doigts hippocratiques.

La température est de 37°8-37°7, le matin; de 38°6-38°5-38°8, le soir.

Au niveau de l'hémithorax droit, il existe : en avant, le long du sternum, des râles humides; en arrière, sur toute la hauteur, une matité inégalement accentuée, surtout forte dans la région sous-épineuse et la moitié inférieure, des râles humides et des crépitations pleurales, surtout à la partie moyenne. L'ampliation thoracique et les vibrations vocales sont très faibles.

Le cœur est normal. Le pouls est à 100. La pression artérielle, au Pachon, est de 10,5-5.

(1) *Clinique médicale des enfants*, leçon du 25 janvier 1930.

Il n'existe pas de troubles digestifs, pas d'albuminurie ni de glycosurie.

La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H8) et le Hecht sont négatifs.

A la radioscopie et sur la radiographie, on remarque la scoliose et un hémithorax droit uniformément opaque. L'opacité se continue sans changement avec l'ombre cardiaque et l'ombre hépatique; en haut, elle est moins accentuée dans la partie interne et disparaît au-dessus de la clavicule; les côtes ne sont pas visibles. L'hémithorax gauche est transparent.

Pendant la fin du mois d'août et le mois de septembre, la fièvre persiste assez irrégulière : elle présente des périodes d'augmentation, où elle dépasse 39 degrés et dessine de grandes oscillations, et des périodes de diminution, plus courtes, où elle atteint seulement 38°-38°2. L'amaigrissement s'accentue, les symptômes thoraciques restent les mêmes à l'examen clinique et sur la radiographie.

J'examine l'enfant le 3 octobre, au retour des vacances.

La température est, le matin, de 37°5-37°-36°8; le soir, de 38°5-38°7-38-4.

Le poids est de 37 kilogrammes; il a diminué de 1.700 grammes en un mois et demi.

7 cutiréactions à la tuberculine ont été négatives.

La malade ne crache pas.

Le thorax est rétréci, l'ampliation inspiratoire très faible. A hauteur de l'appendice xiphoïde, le périmètre thoracique est de 65-66cm5; l'hémipérimètre droit de 33-33cm5, l'hemipérimètre gauche de 32-33 centimètres.

Le poumon gauche est normal.

A droite, en avant, on provoque, dans le troisième espace, un bruit de pot fêlé; on entend dans la région parasternale, un souffle cavitaire, inspiratoire et expiratoire, des frottements pleuraux secs; les vibrations vocales sont un peu plus fortes qu'à gauche.

Du même côté, en arrière, on perçoit une matité franche, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas; un murmure vésiculaire très faible en haut, presque nul en bas, quelques râles sous-crépitants; les vibrations vocales, faibles en haut, sont nulles en bas.

Une radiographie, faite le 16 octobre, montre, pour l'hémithorax droit, une opacité moins étendue et moins uniforme que précédemment; les côtes sont visibles.

Jusque-là, la malade a été considérée comme atteinte de tuberculose pulmonaire caséo-ulcéreuse. L'unilatéralité, l'absence d'expectoration, les symptômes, les multiples réactions cutanées négatives à la tuberculine me fait penser plutôt à une sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies. L'origine en est peut-être dans la coqueluche compliquée d'une affection thoracique que l'enfant a eue à neuf ans.

Bientôt la tuberculose retient de nouveau l'attention. Le 12 octobre, pour la première fois, la cutiréaction à la tuberculine est positive.

Par contre, la sérofloculation à la résorcine de Vernes est négative, le 12 octobre et le 19 décembre, la réaction de fixation de Beresdka est négative, le

14 novembre. Le 13 novembre, on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Cependant la fièvre persiste avec les mêmes irrégularités, le poids tombe à 33kg200, le 23 novembre, ayant diminué de 5kg500 en trois mois, la diarrhée est fréquente.

A ce moment apparaissent des phénomènes nouveaux.

Le 24 novembre, la malade se plaint de douleurs au niveau des premières vertèbres dorsales. Le 27, est apparue une tuméfaction, grande comme la paume de la main, peu saillante, rouge, vaguement fluctuante; là peau n'est pas épaissie, les côtes ne sont pas douloureuses.

Le 4 décembre, une ponction de la tuméfaction retire quelques gouttes de sang mélangé de pus. Le microscope n'y montre pas de microbes, mais un *mycélium d'actinomycose*.

Les jours suivants, la tuméfaction s'affaisse, s'étend vers le bas, devient plus rouge, plus fluctuante. Le 17 décembre, s'ouvre un petit orifice par lequel coule un peu de pus épais jaunâtre contenant quelques *grains jaunes*.

M. Prétet fixe une goutte de pus au Bouin, l'inclut dans la paraffine et fait des coupes. Sur celles-ci on voit des grains microscopiques. Le centre est formé par un fin chevelu de mycélium, à Gram positif, entouré de formes en massue colorées en rose par la fuchsine.

Les cultures sur gélose Sabouraud n'ont pas encore poussé.

Il persiste un trajet fistuleux par lequel coule un peu de pus. Le 17 décembre, M. Kaplan y fait une injection de lipiodol. La radiographie montre que celui-ci reste sous la peau et ne se diffuse pas. On voit, de plus, que les cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième côtes ont des contours irréguliers, érodés et présentent des plages de décalcification.

Le diagnostic d'actinomycose porté, on institue le traitement.

On ordonne de l'iodure de potassium 1 gramme par jour, du 18 au 20 décembre; 2 grammes par jour, du 20 au 25; 3 grammes par jour, depuis le 26. Il est bien supporté.

D'autre part, M. Galli poursuit la radiothérapie profonde. Depuis le 24 décembre jusqu'au 17 janvier, la malade a eu sept séances.

Actuellement la fièvre persiste, le poids augmente un peu; il était, le 22 janvier, de 34kg950. La fistule laisse écouler un peu de sérosité purulente. Les signes thoraciques sont les mêmes. La cutiréaction à la tuberculine est toujours positive.

Un examen du sang, pratiqué par le docteur Grodnitzki, le 7 janvier, donne les renseignements suivants :

Hématies	2.140.000	par mmc.
Leucocytes	17.200	—
Hémoglobine	55 %	
Valeur globulaire	1,3	
Polynucléaires neutrophiles	78 %	
Lymphocytes	1 %	
Moyens mononucléaires	16 %	
Formes de transition	5 %	

*
* *

L'ACTINOMYCOSE est causée par un champignon inférieur, rangé parmi les *mucédinées*, l'*Actinomyces* ou *Discomyces*.

On en connaît plusieurs variétés : l'*Actinomyces bovis*, étudié par Harz en 1877; l'*Actinomyces hominis*, isolé par Wolf et Israël; l'*Actinomyces Spitzi*, identifié par Lignières et Spitz en 1903.

L'ACTINOMYCOSE HUMAINE se rencontre dans tous les pays. Elle est rare, surtout chez les enfants.

MM. Sanfold et Vœlker, en 1925, relèvent 670 cas d'actinomycose aux Etats-Unis; 42 seulement, soit 6,26 p. 100, sont apparus avant quinze ans.

La *localisation* la plus fréquente est à la tête et au cou. La *localisation pulmonaire* primitive est beaucoup plus rare. En 1922, dans le *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Widal et Teissier, M. Laederich compte :

Tête et cou	62,25 p. 100
Poumon et thorax	14,76
Intestin et abdomen	18,05
Membres	2,37
Autres sièges	2,57

M. Thévenot, pour 405 cas d'actinomycose, trouve 69 localisations pleuro-pulmonaires primitives, soit 12,24 p. 100.

En ce qui concerne les enfants, MM. Sanfold et Vœlker, sur 42 cas d'actinomycose, en trouvent 5, soit 11,9 p. 100, avant quinze ans.

L'actinomycose se rencontre chez des enfants de tout âge : à vingt-six mois, à deux ans et demi, à trois ans, à cinq ans, à dix ans dans des observations que je citerai tout à l'heure. Notre malade a quatorze ans.

*
* *

Voici comment se présente, EN CLINIQUE, l'actinomycose pulmonaire.

La *première phase* est *latente, occulte*. Sa durée est indéterminée. Quand les premiers symptômes cliniques apparaissent, l'affection est certainement déjà ancienne. A ce moment, tantôt on ne retrouve rien dans les commémoratifs, tantôt on apprend l'existence de poussées fébriles, de douleurs thoraciques plus ou moins vives et durables, de l'amaigrissement, de la toux.

La *deuxième phase*, *phase clinique*, s'installe en général insidieusement; quelquefois son début est rapide ou brusque.

La description clinique a été surtout faite d'après des observations d'ADULTES. Je l'emprunte au chapitre qu'ont écrit MM. Letulle et Halbron, en 1923, dans le 12e fascicule du *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Widal et Teissier.

Il existe deux formes principales : la *forme broncho-pulmonaire* et la *forme pleuro-pulmonaire*.

La *forme broncho-pulmonaire* a un début insidieux : le malade tousse, crache, a quelquefois des hémoptysies, souvent des douleurs thoraciques.

Quand l'affection est constituée, l'état général est mauvais. Le malade est pâle, maigre, anémié. Quel-

quefois il est apyrétique; généralement il a une fièvre modérée avec de faibles oscillations à maximum vespéral. Il tousse, a une expectoration mucopurulente ou purulente, souvent foncée, striée de sang, fétide.

En général, on constate, à une base, de la matité, des vibrations vocales exagérées, du souffle, de la bronchophonie, des râles sous-crépitants ou caverneux; ces signes physiques sont très variables.

L'évolution très lente se poursuit pendant des années. Le plus souvent, à un moment donné, apparaissent des symptômes de la forme pleuro-pulmonaire.

La *forme pleuro-pulmonaire*, tantôt succède à la forme broncho-pulmonaire, tantôt s'installe d'emblée.

Son début peut être aigu, marqué par un point de côté et de la dyspnée. Habituellement il est insidieux et se manifeste par de la toux, de la gêne respiratoire, des douleurs thoraciques, une infiltration des parois du thorax, de l'amaigrissement.

A la période d'état, les douleurs thoraciques réalisent un symptôme important. Elles sont permanentes, profondes, vives ou paroxystiques, fulgurantes, en ceinture; elles révèlent l'atteinte des nerfs intercostaux ou de leurs racines. A la longue, la douleur s'apaise, devient sourde, continue.

La paroi thoracique est le siège d'une tuméfaction dure, d'un plastron qui fait corps avec les plans profonds; plus tard apparaît de l'œdème et une vague fluctuation. Enfin se forment des orifices, par lesquels sort du pus, les téguments s'épaississent, comme s'ils avaient reçu une injection coagulante; les orifices laissent suinter une sérosité sanguinolente, où on voit des débris granuleux et des grains jaunes; ils communiquent avec des trajets fistuleux peu profonds; le stylet s'enfonce dans le tissu inflammatoire, sans pénétrer dans la plèvre. En certains points la peau est rouge, ulcérée.

On constate les signes d'un épanchement pleural total ou partiel. La ponction de la plèvre retire quelquefois un liquide séreux ou séro-fibrineux, généralement un liquide primitivement ou secondairement louche, purulent, souvent fétide, ou hémorragique.

A la longue, le malade se cachectise.

A côté des formes précédentes, il existe une *forme pneumonique*. Le début est brusque par une douleur thoracique très vive et de la dyspnée; la toux est violente, l'expectoration abondante, la fièvre élevée. Dans une région du thorax, on constate une matité complète, de l'exagération des vibrations vocales, un souffle tubaire, des râles de bronchite.

Au bout de quelques jours les phénomènes aigus se calment et l'affection revêt les caractères de la forme pleuro-pulmonaire.

La description que je viens de donner est très schématique. En réalité, les aspects cliniques sont assez divers, notamment chez les ENFANTS. Les quelques observations, que j'ai recueillies dans la littérature avec M. Kaplan, témoignent de cette diversité.

Dans *American Journal of diseases of children* d'octobre 1926, MM. J. C. Gittings et Edward S. Thorpe publient l'observation suivante.

Vers cinq ans, en juin 1925, un garçon a une affection aiguë, qu'on qualifie de pneumonie. Il ne se remet pas. Le 5 novembre, il est pris d'une douleur vive dans le côté gauche du thorax. La douleur s'atténue; elle s'accompagne de toux, d'une fièvre vespérale irrégulière, de sueurs nocturnes, d'amaigrissement. L'enfant entre à l'hôpital le 22 novembre; il est maigre, a une température de 37°8, 100 pulsations, 40 respirations. A l'examen du thorax, du côté gauche, on constate : en avant, à hauteur du deuxième espace, une tuméfaction molle, légèrement fluctuante; en avant et en arrière, une faible expansion inspiratoire, de la matité et, à la base, un souffle bronchique, lointain, avec quelques râles éclatants. La radioscopie montre une ombre dense sur toute la hauteur.

Les auteurs portent le diagnostic de pleurésie purulente et d'empyème de nécessité.

Deux pleurotomies ne trouvent pas de pus. La plèvre est épaisse, très adhérente, presque cartilagineuse.

Les plaies se cicatrisent mal; elles sécrètent du pus grisâtre. En février 1926, plusieurs abcès communiquant entre eux se forment sur la paroi thoracique; le pus est épais, stérile, on y voit des « grains de soufre » d'Actinomyces bovis.

Une large thoracotomie exploratrice découvre des côtes nécrosées, une plèvre très adhérente, un poumon condensé. Les coupes histologiques de la plèvre montrent de l'Actinomyces.

Après l'opération, la fièvre s'élève, une bronchopneumonie de la base droite se déclare. L'enfant meurt le 31 mars, quatre mois et demi après le début aigu.

L'autopsie n'est pas pratiquée.

Dans *Journal of the American medical Association* de juillet 1928, MM. Louis J. Halpern et Abraham Levinson relatent l'observation d'une fille de deux ans et demi.

Elle se met à tousser. Au bout de trois mois, on constate de la maigreur, une haleine fétide, une température de 39 degrés, et, dans les deux tiers supérieurs de l'hémithorax droit, en avant et en arrière, de la matité, un souffle bronchique, de l'opacité à la radioscopie.

La fièvre persiste, oscillant entre 37°2 et 38°5, l'opacité s'étend à tout l'hémithorax.

Au bout d'un mois, apparaît, dans la région pectorale droite, une tuméfaction qui grossit, sans phénomènes inflammatoires. Une incision laisse écouler un demi-litre de pus vert, fétide, qui ne tuberculise pas le cobaye. Il persiste une fistule, par laquelle s'écoule du pus épais, grisâtre, qui ne contient pas de germes et où on finit par découvrir des Actinomyces. La radiographie décèle des érosions des deuxième, troisième et quatrième côtes. Plus tard, on entend un souffle amphorique au niveau du lobe supérieur, de nombreux râles humides à la base.

Finalement, au bout de quatre mois, l'enfant a deux hémoptysies successives qui entraînent la mort.

A l'autopsie, la plèvre droite est complètement symphysée, le poumon droit présente les lésions de l'actinomycose avec des abcès, une perforation de la paroi thoracique et des érosions des côtes. On découvre, en outre, une gangrène des foyers d'actinomycose et une broncho-pneumonie à foyers disséminés. Dans le pus d'un abcès, on trouve des pneumocoques, des streptocoques, des staphylocoques et d'autres germes.

Dans *American Journal of diseases of children* de septembre 1928, MM. Elsner Johnson et John Devereux Kernan relatent le fait suivant.

Un garçon, né le 27 septembre 1922, fait, pendant l'été de 1925, un séjour dans une ferme et mâchonne de l'herbe. En octobre, il commence à tousser.

En juin 1926, à trois ans et demi, il maigrit, a une petite fièvre, présente, à la base gauche du thorax, de la matité, un souffle amphorique, de l'obscurité à la radioscopie. Le sang, en plus d'un état anémique contient 31.000 leucocytes par millimètre cube et 87 polynucléaires neutrophiles pour 100.

On pense à un abcès du poumon.

Une bronchoscopie montre, au dessous de l'ouverture de la bronche du lobe moyen, un gonflement œdémateux de la muqueuse; elle provoque une quinte de toux et le rejet d'une grande quantité de pus fétide.

Malgré les bronchoscopies répétées avec instillations d'huile iodée à 40 p. 100, l'iodure de potassium, la radiothérapie, le processus s'étend au lobe moyen et au lobe supérieur, l'état général s'aggrave.

Finalement, en janvier 1927, une pneumonie survient; le malade meurt le 8 mars. L'évolution clinique a duré un an et demi environ.

A l'autopsie, le poumon gauche est le siège d'une broncho-pneumonie récente.

A droite, il existe une symphyse pleurale épaisse. Le poumon contient une cavité divisée en trois loges, située chacune dans un lobe. Le pus est épais, verdâtre; il contient des Actinomyces. Le tissu fibreux est très développé.

En août 1914, dans le même journal, MM. Francis Huber et Samuel Berkowitz rapportent l'observation d'un garçon de dix ans, qui vit habituellement dans une étable.

Il reçoit un coup violent sur le côté droit du thorax. Quinze jours après, il est pris d'une forte fièvre, de toux, de dyspnée et bientôt a une expectoration brune, puis verte, fétide.

Il entre à l'hôpital le quinzième jour de la maladie. Il a une fièvre élevée (38°5-40°), de la dyspnée, une haleine fétide. A droite du thorax, dans la région antéro-latérale inférieure, la paroi est indurée; en avant et en arrière, surtout en bas, on constate de la matité, une respiration lointaine, soufflante, des râles humides, gros et fin; à la radioscopie les deux tiers inférieurs sont opaques. L'expectoration est jaune verdâtre, épaisse, visqueuse, fétide; elle contient des streptocoques et des staphylocoques, mais on ne voit pas d'Actinomyces.

Le diagnostic est hésitant entre un abcès du poumon, un empyème enkysté, une gangrène pulmonaire.

Plusieurs ponctions pleurales dans l'aisselle sont négatives. Une autre retire 8 centimètres cubes de pus jaune verdâtre, crémeux, fétide, contenant des diplocoques, des staphylocoques, quelques anaérobies. Une thoracotomie fait écouler 500 centimètres cubes de pus. L'enfant meurt huit jours après l'opération. On pratique l'autopsie.

A droite, le lobe supérieur du poumon est gros, dur, recouvert par une plèvre épaisse tapissée de fibrine. La coupe montre une gangrène presque totale avec quelques abcès contenant du pus jaune verdâtre qui infiltre le parenchyme; le plus gros abcès a le volume d'un œuf de poule.

Le lobe inférieur, recouvert d'un exsudat fibrineux, contient de nombreux noyaux de broncho-pneumonie avec de petits abcès péribronchiques.

Le poumon gauche est le siège de nombreux foyers d'hépatisation rouge.

Le microscope montre des lésions de gangrène et de broncho-pneumonie; il existe, en outre, de nombreux petits nodules, gros comme des têtes d'épingle ou des grains de millet, formés par des Actinomyces entourés de cellules rondes.

M. Skvortzoff, dans *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie* de septembre 1926, cite l'observation d'une fille de vingt-six mois.

Elle est prise brusquement de toux et de fièvre (40°). Puis la fièvre oscille entre 37 et 39 degrés.

Le douzième jour, on constate, à droite, une matité étendue de la pointe de l'omoplate à la base, un murmure vésiculaire faible, des râles secs et quelques râles humides. Une ponction de la plèvre retire quelques gouttes de pus contenant des diplocoques.

Après une courte phase d'amélioration, le vingt-deuxième jour d'hôpital, la fièvre remonte à 39°5 et l'état s'aggrave. Trois jours plus tard l'enfant meurt dans un accès d'étouffement.

A l'autopsie, on constate dans le poumon droit une bronchite purulente, de nombreuses bronchectasies, des cavernes bronchiques, une pneumonie chronique. Il existe, en outre, une pleurésie séro-fibrineuse.

Dans le pus bronchique on voit des Actinomyces.

L'observation de notre malade, les cinq observations que je viens de résumer nous permettent d'esquisser quelques-unes des MODALITÉS CLINIQUES DE L'ACTINOMYCOSE PULMONAIRE DANS L'ENFANCE.

Dans une *première série de faits, le début et l'évolution sont insidieux.* L'affection se présente, soit comme une tuberculose pulmonaire fibreuse ou fibro-caséeuse, soit comme une sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies. Elle réalise la forme broncho-pulmonaire et pleuro-pulmonaire des adultes.

Notre malade en est un exemple.

Les premiers symptômes apparaissent entre treize ans et demi et quatorze ans. Pendant huit mois elle maigrit et perd ses forces.

A ce moment se montrent de la fièvre et des douleurs thoraciques. Une ponction exploratrice de la

plèvre droite retire quelques centimètres cubes de liquide séro-fibrineux.

Quand l'enfant entre à l'hôpital, dix mois après le début clinique, nous constatons, dans l'hémithorax droit, un syndrome complexe résultant de l'intrication d'un syndrome de symphyse pleurale, d'un syndrome de condensation pulmonaire, d'un syndrome cavitaire. On hésite entre une tuberculose fibro-caséeuse et une sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies; je vous ai dit pourquoi ce dernier diagnostic me paraissait le plus vraisemblable.

Quelque temps après, un an après le début, l'envahissement de la paroi, la constatation de l'Actinomyces dans le pus permettent le diagnostic.

L'évolution est donc lente ; actuellement les premiers symptômes datent de quinze mois. Mais le début est certainement bien antérieur.

La fille de deux ans et demi, soignée par MM. Louis Alpern et Abraham Levinson, est un autre exemple. Pendant trois mois elle maigrit et tousse. Puis on constate des signes de condensation dans les deux tiers supérieurs du poumon droit. Un mois plus tard, la paroi est envahie et des signes cavitaires apparaissent.

Dans une *seconde série de faits*, qui sont les plus fréquents, le *début clinique est marqué par des manifestations aiguës.*

L'enfant est pris de fièvre, de toux, souvent d'un point de côté.

Au bout de quinze ou vingt jours, on constate des signes physiques qui conduisent à différents diagnostics.

Chez le malade de MM. Gittings et Thorpe, un garçon de cinq ans, on constate une tuméfaction molle de la paroi thoracique, des signes de percussion, d'auscultation et de radiologie qui font penser à une pleurésie purulente avec empyème de nécessité. La pleurotomie montre l'absence de pus dans la plèvre et une symphyse pleurale épaisse.

Le garçon de trois ans et demi, observé par MM. Elsner Johnson et Davereux Kernan, présente des signes cavitaires au niveau de la base gauche. On pense à un abcès du poumon et le diagnostic est vérifié à l'autopsie.

Pour le garçon de dix ans, dont MM. Francis Huber et Samuel Berkowitz relatent l'observation, on hésite entre un abcès du poumon, une pleurésie enkystée, une gangrène pulmonaire. La pleurésie est vérifiée par la thoracotomie, la gangrène par l'autopsie.

La fille de vingt-six mois, soignée par M. Skwortzoff, présente des signes de broncho-pneumonie; à l'autopsie on trouve une bronchite purulente et des bronchectasies.

Pour ces malades qui ont présenté des manifestations aiguës, l'actinomycose est masquée par des affections intriquées, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire. La mort survient plus ou moins rapidement après le début des accidents aigus, en trois semaines, en cinq semaines, en quatre mois et demi, en neuf mois.

***

L'actinomycose pulmonaire suit un processus essentiellement lent. L'Actinomyces s'étend de proche en proche; il trace comme la mousse sur un arbre.

Les LÉSIONS sont de deux ordres.

C'est, d'une part, l'*infiltration* par l'*Actinomyces*. Il se greffe d'abord au voisinage d'une bronche et entraîne la formation d'un nodule; ce nodule est formé par le mycélium entouré par des tissus détruits. L'Actinomyces progresse graduellement en formant de nouveaux nodules et détruisant les tissus.

Le nodule actinomycosique est d'abord ferme, résistant, jaunâtre ou blanc jaunâtre ; puis il se ramollit, forme des cavernules, des cavernes, des abcès; ces cavités sont multiples et communiquent entre elles par des trajets fistuleux; les grandes cavernes sont rares.

Un nodule peut ulcérer une bronche; alors l'Actinomyces essaime par la voie bronchique.

D'autre part, autour des nodules s'effectue un *processus de sclérose*. La sclérose prend un grand développement et devient lobaire.

Petit à petit, l'actinomycose gagne la corticalité du poumon et *envahit la plèvre*. Elle y détermine la formation d'un épanchement séro-fibrineux, bientôt puriforme, aseptique. Il est plus ou moins abondant et plus ou moins durable. La sclérose pleurale entraîne la formation d'une symphyse souvent épaisse; elle existait dans presque toutes les observations que je viens de relater.

Finalement la paroi thoracique elle-même est envahie par l'actinomycose.

Les modalités du processus anatomique expliquent les caractères cliniques, l'évolution lente, qui reste longtemps occulte, les syndromes de sclérose pulmonaire et pleurale, le syndrome cavitaire que nous constatons chez notre malade.

Ces modalités permettent de penser que les manifestations aiguës présentées par la plupart des enfants ne sont pas causées par l'Actinomyces lui-même. De fait, il existe un processus occulte, plus ou moins ancien, sur lequel se greffent des infections secondaires, qui réalisent des broncho-pneumonies, des gangrènes pulmonaires, des abcès du poumon, des pleurésies purulentes. Les constatations bactériologiques faites par MM. Halpern et Levinson, par MM. Huber et Berkowitz en fournissent la démonstration.

Il n'est donc pas étonnant que le DIAGNOSTIC soit méconnu et qu'on pense aux diverses affections que j'ai signalées. Seule la constatation de l'actinomyces dans l'expectoration ou dans le liquide pleural permettent de le faire; mais il est bien rare qu'on le rencontre.

C'est seulement quand la paroi est envahie et qu'on trouve des grains jaunes et l'Actinomyces dans le pus que la nature de la maladie peut être affirmée. Encore arrive-t-il qu'on attribue tout d'abord la tuméfaction de la paroi à un empyème de nécessité au cours d'une pleurésie purulente.

***

Le PRONOSTIC de l'actinomycose pulmonaire est très grave. La mortalité, pour tous les âges, est de 73 à 87 p. 100, suivant les statistiques d'après M. Lœderich, de 83 p. 100 d'après MM. Francis Huber et Samuel Berkowitz.

Les cinq enfants dont j'ai résumé les observations sont morts. L'état de notre malade est très sérieux.

Le pronostic immédiat est aggravé par l'entrée en ligne des infections secondaires, réalisées par les germes de la suppuration ou de la gangrène.

Pour les cinq enfants, dont j'ai parlé, la tuberculose n'est pas intervenue. Chez notre malade, la cutiréaction à la tuberculine, longtemps négative, est devenue positive. On doit se demander si elle se tuberculise. Notons que la séro-floculation à la résorcine de Vernes et la réaction de fixation de Besredka sont négatives. Peut-être la cutiréaction à la tuberculine a-t-elle une valeur discutable. Une phrase de M. Lœderich permet de le supposer. « La réaction à la tuberculine, écrit-il, est sans valeur pour le diagnostic différentiel, car les actinomycosiques présentent souvent des réactions positives au même titre que les tuberculeux ».

Le pronostic est d'autant plus grave, que le TRAITEMENT est peu efficace.

On prescrit l'*iodure de potassium* à hautes doses. Mais, suivant la remarque de MM. Letulle et Halbron, ce médicament « agit surtout sur les cas précoces dans lesquels ne se sont pas produites d'infections secondaires ». Or souvent, celles-ci sont déjà réalisées, nous l'avons vu, quand on porte le diagnostic d'actinomycose pulmonaire.

L'*arsenic*, d'après Poncet et Bérard, a une action favorable. On a conseillé notamment les injections de cacodylate de soude.

Le *traitement local* par des injections intra-bronchiques d'huile iodée n'a eu aucune action sur l'enfant soigné par MM. Elsner Johnson et Davereux Kernan.

La *radiothérapie profonde* est restée sans effet chez le même malade.

Le *traitement chirurgical* des pleurésies ne donne pas de bons résultats.

L'actinomycose pulmonaire est heureusement rare chez les enfants, comme chez les adultes d'ailleurs, à cause des CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES nécessaires à la greffe et à la prolifération de l'Actinomyces dans l'appareil respiratoire.

On pense que l'Actinomyces végète sur les végétaux et notamment sur les céréales. Par suite, le plus souvent il pénètre dans les muqueuses des voies digestives supérieures et réalise l'actinomycose bucco-cervico-faciale.

Quand il gagne les voies respiratoires inférieures c'est par l'inhalation de poussières ou par la pénétration de corps étrangers chargés du parasite.

A la *Société de médecine de Berlin*, le 18 février 1900, Tillmanns relate un cas d'actinomycose pulmonaire chez une fille de trois ans; à l'autopsie, il a trouvé dans la bronche droite un épi de blé entouré d'un foyer purulent contenant des Actynomyces.

Pour les enfants dont j'ai parlé, les notions étiologiques sont assez vagues.

Le garçon de dix ans, observé par MM. Francis Huber et Samuel Berkowitz vit dans une étable. Le garçon de trois ans, soigné par MM. Elsner Johnson et Devereux Kernan, a passé quelque temps dans une ferme et mâchonné de l'herbe.

Mais la fille de deux ans et demi, soignée par MM. Halpern et Levinson, a toujours vécu à Chicago; le garçon de cinq ans, observé par MM. Gittings et Thorpe, n'a quitté Philadelphie que pour de courts séjours au bord de la mer.

Pour notre malade, nous ne pouvons préciser les conditions étiologiques.

Telles sont, brièvement exposées, les données que nous possédons sur l'actinomycose pulmonaire chez les enfants. Notre malade est un exemple typique de cette affection rare, qui a une évolution lente, insidieuse, qui reste longtemps occulte et comporte un pronostic très sévère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1930)

A propos d'un cas d'ascite gélatineuse. — MM. M. CHIRAY et J. LELOURDY présentent un malade traité depuis plusieurs mois pour une ascite gélatineuse. Cette curieuse affection encore connue sous le nom de maladie gélatineuse du péritoine ou de pseudomyxome péritonéal, n'a qu'un très faible retentissement sur l'état général. D'après les observations françaises antérieures, elle serait le plus souvent en rapport avec certaines formes d'appendicite chronique ou de kystes ovariens.

Un cas de syndrome neuro-anémique traité par la méthode de Whipple. — M. DIMITRACOFF (de Sofia) rapporte l'observation d'un malade suivi pendant dix mois, qui au cours d'un syndrome anémique a présenté une paraplégie avec troubles de la sensibilité superficielle et profonde et signe de Babinski. Le traitement par la méthode de Whipple a amené la guérison du syndrome anémique et des troubles nerveux.

Pendaison d'un asthmatique sevré brusquement dans l'usage de l'évatmine. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BERNAL rapportent l'observation d'un homme de quarante-sept ans entré une première fois à la Pitié en avril 1929 pour des crises d'asthme typiques. Elles disparurent sous l'influence de six à sept ampoules d'évatmine par jour et le malade sortit bientôt de l'hôpital. Mais il prit l'habitude de s'injecter des doses de plus en plus fortes d'évatmine de telle sorte qu'il fallut à nouveau l'hospitaliser en octobre 1929. Devant la persistance des crises, on injecta cinq ampoules d'évatmine. Cependant l'état anxieux persista et le jour même on trouva le malade essayant de se pendre. La corde cassa, mais, néanmoins, une heure plus tard le malade mourait. Le suicide paraît bien consécutif à l'anxiété déterminée par les crises de dyspnée avec désir de l'évatmine.

A propos de la cirrhose de Cruveilhier et Baumgarten. — MM. NOËL FIESSINGER et L. MICHAUX rapportent deux nouveaux cas de cirrhose de Cruveilhier et Baumgarten avec

le signe caractéristique : dilatation variqueuse des veines sus-ombilicales avec thrill para-ombilical et souffle veineux continu dans un cas para-ombilical, dans l'autre épigastrique.

Ces deux observations permettent aux auteurs d'établir une classification dans les quinze cas rapportés jusqu'alors. En somme, le syndrome de Cruveilhier et Baumgarten traduit une disposition anatomique spéciale, persistance de la veine ombilicale, mise en évidence par les troubles de tension du système porte quelle que soit leur cause, splénique ou hépatique.

L'atrophie jaune subaiguë du foie. — MM. Noël Fiessinger et Guy Albot rapportent une observation de cette maladie relativement rare qui, classiquement, prend place entre l'atrophie jaune aiguë de Rokitansky-Frerichs et les cirrhoses à évolution rapide.

Dans cette observation, la sclérose hépatique et la sclérose rénale semblent bien contemporaines, toutes deux attribuables à un éthylisme ancien. L'intervention récente d'une infection aiguë a suffi pour provoquer cette dégénérescence profonde du lobule hépatique; si bien que, si le syndrome clinique existe (hépatite aiguë fébrile évoluant en plusieurs semaines, parfois même de façon plus lente, avec ou sans ascite) les lésions caractéristiques de l'atrophie jaune subaiguë sont plus discutables, car elles associent les lésions anciennes, scléreuses et des lésions récentes dégénératives.

Sensibilisation à l'ipéca. Effets et dangers de désensibilisations spécifiques brutales. — MM. Claude Gautier et Ed. Joltrain rapportent de nouveaux cas d'anaphylaxie à l'ipéca. Ils relatent en particulier l'histoire clinique d'une malade asthmatique chez laquelle la simple inhalation de quelques grains de poudre d'ipéca à laquelle la cutiréaction la montrait particulièrement sensible, détermina des accidents dramatiques. Ils insistent sur les dangers des désensibilisations spécifiques et sur la prudence qu'il convient d'apporter dans l'emploi de cette thérapeutique.

M. Pasteur-Vallery-Radot fait remarquer que dans tous les cas il n'y a pas à proprement parler désensibilisation mais accoutumance de l'anticorps à l'antigène dans la désensibilisation non spécifique, il y a modifications humorales. C'est la méthode des modifications humorales qui lui paraît la plus recommandable.

Deux cas de gangrène pulmonaire chez l'enfant traités par l'arsenobenzol intraveineux et terminés par guérison. — M. P. Armand-Delille et Mme Roudinesco-Weiss rapportent l'observation de deux enfants ayant présenté de la gangrène pulmonaire à forme pneumonique qui ont guéri complètement au cours d'un traitement d'arsenobenzol intraveineux. Ils insistent sur l'action remarquable de ce traitement. Ils l'ont cependant complété par l'adjonction de sérum antigangréneux et l'injection intratrachéale d'huile goménolée.

L'hyperbilirubinémie par spléno-contraction à l'adrénaline. Son intérêt comme test de l'insuffisance hépatique. — M. P.-L. Drouet (de Nancy). L'injection d'adrénaline provoque, par la contraction de la rate, une augmentation de la bilirubine du sang. La recherche est facilitée si l'on prend comme étalon le plasma prélevé avant l'injection. Chez le sujet sain, l'hyperbilirubinémie provoquée dure une heure trente environ. Son maximum est atteint vers quarante-cinq minutes. Dans les lésions du foie, le taux est encore très élevé deux heures après l'adrénaline. L'allongement de la courbe pourrait donc être considéré comme test d'insuffisance de la cellule hépatique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1930)

M. Gosset, président, fait part du décès de M. Willems (de Gand), membre correspondant national.

Gastro-entérostomie pour ulcus stomacal chez un hémophile. — MM. Prosper-Emile Weil et Grégoire exposent l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, hémophile, atteint d'ulcus et pour lequel une intervention devenait nécessaire. Grâce à la transfusion une heure avant l'intervention les suites opératoires furent relativement simples. Depuis deux ans la santé du malade est parfaite. La transfusion permettra de faire bénéficier les hémophiles d'interventions chirurgicales qu'on n'aurait pas osé tenter auparavant.

Traitement des abcès du sein par le bactériophage de d'Hérelle. — Ce travail de M. Raiga est rapporté par M. Gosset. Les injections de bactériophages dans la cavité de l'abcès évacué par ponction donnent de forts bons résultats. La résistance de certains cas à ce traitement fut supprimée par autohémothérapie.

Fracture du scaphoïde tarsien. — M. Mouchet en rapporte cinq observations de MM. Laquière et Xavier Colanéri, et une de MM. Solcard et Rollon (de la marine).

M. Mouchet pense que la possibilité de douleurs et de gêne de la marche consécutifs à cette fracture doit déterminer à l'intervention chirurgicale plus facilement qu'on ne l'a fait : reposition sanglante, voire même scaphoïdectomie dans les cas graves.

Scapulalgie traitée par arthrodèse de l'épaule. — M. Sauvé fait un rapport sur cette observation de M. Raphaël Massart. Le malade présentait une scapulalgie récidivée et fistulisée. La résection aurait pu entraîner de très gros sacrifices. M. Massart fit une arthrodèse grâce à un greffon tibial placé en pont de la glène à l'humérus et à une série de petits greffons péri-articulaires. Bon résultat depuis dix-huit mois.

M. Sorrel pense que dans la scapulalgie l'ankylose de l'articulation de l'épaule n'est pas le but à chercher. Depuis Ollier il faut rechercher la mobilité grâce à la résection de l'épaule.

M. Mathieu s'associe à l'opinion de M. Sorrel.

M. Sauvé fait remarquer que parfois la résection entraîne une épaule ballante.

M. Sorrel pense qu'il faut intervenir avant l'atrophie musculaire et savoir éviter la lésion du circonflexe.

Volvulus de l'anse ombilicale. — M. Ombrédanne rapporte une observation de M. Moulonguet qui intervint pour occlusion intestinale ; il constata une torsion intestinale autour de l'artère mésentérique. Détorsion, guérison. Réintervention pour fixation de l'angle colique droit et section d'une bride duodénale. Guérison.

M. Ombrédanne rapporte également une seconde observation de M. Merle d'Aubigné. Intervention pour occlusion : volvulus de l'anse ombilicale. Détorsion. Mort le neuvième jour.

Ces accidents, dus au non accolement du côlon droit, peuvent s'observer à tout âge de la vie. En général des troubles digestifs ou d'occlusion légère ont précédé l'occlusion caractérisée. Parfois ces troubles prémonitoires ont pris le caractère des troubles de sténose duodénale. Ce caractère s'allie encore au moment de la crise aiguë aux signes habituels d'occlusion intestinale.

Il faut toujours détordre et parfois fixer le gros intestin si l'état général le permet.

M. Ombrédanne pense que cette absence d'accolement de l'anse ombilicale est peut-être responsable de lésions telles que la maladie des vomisseurs habituels, ou certains troubles considérés comme appendicite chronique de l'enfant.

M. Grégoire insiste sur le fait que dans le premier cas on a observé une bride au-dessus du rétrécissement.

M. Okinczyc a opéré et guéri un cas d'occlusion analogue. Il a fait une fixation colique droite.

Hernie ombilicale du type embryonnaire. Opération six heures après la naissance. Guérison. — M. Mathieu rapporte cette observation de M. Petit-Dutaillis. Il insiste sur la précocité de l'intervention et sur le fait qu'en dédoublant pour ainsi dire la capsule du foie adhérent il a pu éviter l'hémorragie de cet organe.

M. Martin a opéré deux hernies ombilicales du nouveau-né à la cinquième heure et à la dix-septième heure. Toutes deux ont guéri.

Neurotomie rétro-gassérienne. — M. Leriche pense que c'est la lésion du ganglion de Gasser qui cause la kératite. On doit donc l'éviter par les méthodes actuelles. On peut parfaitement opérer par la voie temporale habituelle, avec plein succès, des lésions bilatérales de névralgie faciale.

Présentation de malades. — M. Worms présente un malade opéré avec succès de néoplasme du larynx avec l'anse électrique. Un deuxième malade atteint de néoplasme d'une corde vocale a été opéré de la même manière après thyrotomie. Guérison actuelle.

M. Sorrel. Ostéochondrite de la hanche. Bon résultat fonctionnel au bout de dix ans.

Présentation d'instruments. — M. Cadenat présente un crochet de traction pour réduction des fractures par voie sanglante.

NOTES POUR L'INTERNAT

ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

DIAGNOSTIC

C'est un diagnostic d'examen physique.

En présence d'un noyau isolé de l'épididyme, il peut être très délicat. On pense surtout au noyau de l'*épididymite gonococcique*. Celle-ci donne une induration régulierement allongée, dure, non adhérente au plan superficiel, siégeant à sa queue, n'englobant pas l'anse du déférent. Le toucher rectal est négatif. Enfin la recherche de la gonorrhée par les épreuves habituelles et la spermoculture permettra de conclure.

Cependant il faut connaître l'existence de formes mixtes où la gonococcie a fait le lit de la tuberculose.

Un noyau isolé de la tête de l'épididyme fera penser en outre à :

Une *épididymite syphilitique* secondaire, mais elle survient en pleine efflorescence des accidents secondaires,

A un *kyste épididymaire*, surtout kystes embryonnaires; on pourra s'aider de la ponction dans les cas douteux.

Lorsque l'épididyme est pris en masse, cet aspect seul doit faire faire le diagnostic de tuberculose. Une seule affection peut être discutée, c'est l'orchite des urinaires infectés.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 9, p. 154, et n° 11, p. 186.

En dehors de ces cas simples, quelques diagnostics spéciaux peuvent se poser :

— Au cours des formes aiguës, avec une orchite aiguë gonococcique ou infectieuse (oreillons), avec une torsion testiculaire ou hydatidienne.

— La forme hypertrophique peut simuler :

Une hématocèle, mais elle succède à une hydrocèle et possède une coque caractéristique.

Un cancer du testicule, mais la tumeur est massive, lourde régulière. La vaginale est intacte. Il n'y a aucune lésion pelvienne.

Enfin une syphilis tertiaire du testicule.

Nous passerons rapidement sur le diagnostic des fistules : la fistule spécifique est antérieure, elle donne issue à du liquide gommeux; elle survient sur un terrain syphilitique tertiaire.

Le néoplasme donne surtout un envahissement avec ulcération, bourgeonnement, saignement. C'est le fongus malin d'un diagnostic facile.

TRAITEMENT

Les moyens dont on dispose sont médicaux ou chirurgicaux.

Médicaux : c'est le traitement hygiéno-diététique de toute tuberculose, complété par l'héliothérapie, l'uvéthérapie, par la cure marine lorsqu'il n'y a pas de contre-indications.

— Chirurgicaux : curettages, chlorurages sur foyers très limités; épididymectomie, avec résection plus ou moins haute du déférent suivant les auteurs, et traitement conservateur des lésions orchitiques; à l'extrême, castration.

On se basera pour prendre une décision sur l'état général des malades, sur la rapidité de l'évolution, sur l'extension à l'autre côté et à l'*arbre* urinaire. Enfin sur les *conditions sociales* qui peuvent amener à préférer une exérèse au traitement médical prolongé et coûteux.

En principe, respecter les formes de début (noyau isolé, non ramolli, unilatéral). De même, les formes associées à des lésions viscérales, les formes avancées ou fistuleuses.

Chez l'enfant, être conservateur au maximum, le pronostic étant presque toujours bénin.

Les résultats sont le plus souvent favorables dans les premiers mois quelle que soit la méthode employée. On assiste même à la régression progressive des lésions du carrefour urogénital sur lesquelles on a peu d'action.

Cependant, dans certains cas, des réserves sont à faire. La *fistule déférentielle* est fréquente et malaisément curable si la résection du déférent a été trop haute. *La bilatéralisation ultérieure* ou la prise du testicule s'observent assez souvent. Enfin et surtout, c'est l'évolution de *lésions viscérales* — rénales ou pulmonaires — qui va fréquemment compromettre l'avenir de ces malades.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée................	ãã 15 gr.
Magnésie calcinée.............	
Bicarbonate de soude..........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Duvoir, Courtois-Suffit, Laignel-Lavastine, May, Comte, Besançon, Léri, M.-P. Weill, Halbron, Loyan, Parmentier, Paisseau.

Censeurs : MM. Nicaud, Cathala, Léon-Kindberg, Haguenau, Carrié, Paraf, Levespue, Boulin.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 10 février. — Questions données : « Sinus caverneux. — Les anévrismes artério-veineux cervicaux de la jugulaire interne et du tronc carotidien. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — CARCASSONNE. — Un concours pour une place de médecin adjoint et une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Carcassonne aura lieu en avril 1930 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Renseignements à la direction des hospices de Carcassonne.

— MUSTAPHA. — Le concours d'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Imbert, Gauthier Saliègues, Huguenin, Favre, Séror, Bardenat et Castanier.

Externes en premier : MM. Raynal et Méchali.

Le prix Poisson a été décerné à M. Henri Eze, aide d'anatomie à la Faculté.

— VERSAILLES. — Un concours pour la nomination de sept internes en médecine (quatre titulaires, trois provisoires) aura lieu les vendredi 28 mars et samedi 29 mars 1930, à 9 h. du matin.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil.

Le registre d'inscription sera clos le 21 mars 1930.

HÔPITAUX COLONIAUX. — Le *Journal officiel* du 12 février 1930 publie une circulaire relative à l'ouverture d'un concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux (armée active).

Les places mises au concours sont aux nombre de deux (médecine), deux (chirurgie), deux (bactériologie), une (électroradiologie).

La circulaire indique les formalités à remplir par les médecins capitaines de l'armée active qui demanderont à prendre part au concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Percevault (René-François), médecin lieutenant, 9e région : 12 ans de services, 3 campagnes. Titres exceptionnels. Modèle de courage et de dévouement, payant de sa personne dans les circonstances périlleuses. A été blessé et cité.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cailleteau (de Saint-Philippe-de-Grandlieu), Michel (d'Yssingeaux), Minjard (de Panissières), Guyot (d'Andelot), Bussy (de Lubersac).

ÉCOLES DE PLEIN AIR ET PRÉVENTORIA SCOLAIRES. — COURS NORMAUX GRATUITS. — La progression constante des établissements de plein air, dont le nombre atteint aujourd'hui 275 avec un effectif global de 20.000 écoliers, nécessite la création d'un personnel spécialisé apte à accomplir les différentes fonctions : direction, économat, enseignement, éducation physique, assistantes scolaires, infirmières, et ce personnel fait défaut.

Beaucoup paraissent ignorer qu'il existe des cours normaux gratuits qui fonctionnent tous les jeudis à seize heures, au Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, sous la direction de professeurs qualifiés : MM. le docteur Armand-Delille, médecin des hôpitaux; G. Lemonier et L. Emmanuel, présidents de l'Amicale professionnelle des Ecoles de plein air.

Parmi les conférenciers qui prêtent leur concours, citons : MM. Forsan, inspecteur primaire honoraire; les docteurs Barbarin, Jeudon et Mourgeon, Gautherot et Mlle Foucteau, etc.

L'enseignement théorique est complété par des démonstrations et des visites dans les écoles de plein air et préventoria, avec ou sans stages.

Ces cours peuvent donner lieu à la délivrance de certificats et diplômes et à l'indication de postes vacants.

Pour tous renseignements, programme, calendrier, etc., s'adresser les jeudis, à 16 h., au Musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — PRIX SIRUS PIRONDI 1931. — Le Comité médical des Bouches-du-Rhône rappelle l'existence d'un prix fondé en 1906 par le docteur Sirus Pirondi.

Ce prix, d'une valeur de 600 francs en espèces, sera décerné tous les quatre ans au meilleur travail inédit sur les sciences médicales ou histoire de la médecine.

Pourront concourir à ce prix tous les docteurs en médecine français.

Les candidats devront faire acte de candidature et adresser leur travail au secrétaire général du Comité médical, 3, marché des Capucins, Marseille, avant le 31 décembre 1930.

Les mémoires ne devront pas être signés, mais porter en tête une légende reproduite sur une enveloppe cachetée, qui leur sera jointe, renfermant le nom de l'auteur.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le jeudi 27 février, au Palais d'Orsay, à 7 h. 1/2, aura lieu le grand dîner annuel (tenue de soirée) suivi d'une soirée dansante.

Il est rappelé aux membres de l'Amicale qu'en s'inscrivant ils peuvent inviter des personnes de leurs familles ou des amis.

Ecrire, pour adhérer, au docteur Jules Bongrand, secrétaire général, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris (XVIIe).

LE IVe BAL ANNUEL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE aura lieu le samedi 1er mars 1930, dans les salons de la mairie du Xe arrondissement, au profit de la caisse de secours de la F. E. M. (Société de secours mutuels pour les veuves et orphelins du Corps médical).

Venez en grand nombre à la fête du 1er mars et prenez vos cartes à l'avance : à l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène, dans toutes les salles de garde des hôpitaux, chez Mme Jayle, vice-présidente de l'œuvre, 2, rue Guynemer; chez Mme Veillard, secrétaire générale. 127, boulevard Malesherbes, et chez toutes les dames du Comité.

Prix des cartes : 50 fr.; corps médical : 30 fr.; internes, externes, étudiants et danseurs, 20 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mme Rosa Perrée, docteur en médecine à Paris, décédée dans sa 86e année. Mme Rosa Perrée, notre abonnée depuis 49 ans, a été une des toutes premières femmes docteur; elle passa sa thèse en 1881. Elle a continué d'exercer jusqu'à ses derniers jours, et s'est éteinte après avoir fourni pendant sa vie la somme de travail la plus formidable qu'il se puisse concevoir.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs François Gromier, ancien interne des hôpitaux de Lyon; Auguste Béhague, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital d'Arras; Gaston Poupinel, ancien interne des hôpitaux de Paris et inventeur de l'étuve qui porte son nom, décédé accidentellement à Saint-Arnoult (Seine-et-Oise); Lucien Lamacq, médecin des hôpitaux de Bordeaux; Latreille, médecin chef à l'asile de Chateau-Picon; M. Amour Bailly, président de l'Union nationale des syndicats des grandes pharmacies de France et des Colonies.

NOTES DE PRATIQUE

EN PÉRIODE DE GRIPPES...

Il n'existe pas encore de traitement spécifique de la grippe, de là l'emploi de medications les plus variées, le plus souvent symptomatiques. L'expérience montre que la meilleure méthode de traitement de la grippe — comme de la plupart des infections aiguës — consiste à « parer » aux complications d'ordre pulmonaire et intestinal.

Le Cétémol, par sa composition judicieuse de produits volatils, introduit par la voie intestinale ou sous-cutanée, réalise au maximum l'antisepsie des voies digestives et de l'arbre pulmonaire; de plus, par son camphre, il soutient le cœur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 17 février. — Jury : MM. Delbet, président; Ombrédanne, Mathieu et d'Allaines. — M. CHUREAU. La lithiase de la voie biliaire principale sans ictère. — M. JACQUELIN. A propos de quatre observations de perforations d'ulcères.

Mardi 18 février. — Jury : MM. Guillain, président; Gougerot, Alajouanine et Chevallier. — M. DHAUNG. Les avantages des solutions d'hyposulfite de soude pour les injections intraveineuses. — M. CANER. A propos d'un cas de maladie osseuse de Recklinghausen.

Mercredi 19 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Lemierre, Dechambre, Panisset, Robin et Vallée. — M. THIBAULT. La race chevaline percheronne. — M. CHAILLOT. Antivirus et leur application au traitement des animaux.

Jeudi 20 février. — Jury : MM. Duval, président; Sergent, Mondor et Quénu. — M. MARTINAIS. L'iléus par brides post-opératoires. — M. METZGER. Essai de pleurotomie sans drainage dans un cas de pleurésie fistulisée.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉDICAMENTS IRRADIÉS

LEUR EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur Pierre SÉE.

L'influence bienfaisante de la lumière sur le développement harmonieux de l'organisme n'est plus à démontrer aujourd'hui. Elle a pu être constatée cliniquement et démontrée expérimentalement. Cliniquement, les médecins ont reconnu l'action curative et préventive de la lumière sur le rachitisme.

Expérimentalement, en Amérique notamment, on a prouvé que les animaux en voie de croissance et soumis à un régime rachitigène restent indemnes s'ils sont exposés à la lumière naturelle (soleil) ou artificielle.

Des travaux ultérieurs ont prouvé que l'action de la lumière revient principalement aux rayons ultraviolets. Ces derniers, produits par une lampe de quartz au mercure, exercent des effets favorables non seulement sur les lésions osseuses du rachitisme humain ou expérimental, mais sur l'état général et aussi sur le retard de développement, la faiblesse, etc.

Les travaux publiés à ce sujet sont nombreux et démonstratifs, tant ceux de l'Ecole française avec Lesné, de Gennes, Guillaumin, que ceux faits à l'étranger, surtout en Amérique. (Huldschinsky et Hess, etc.)

Mais des faits nouveaux devaient donner à ces notions une extension considérable. Steenbock et Black nourrirent des rats en voie de croissance avec un régime rachitigène et les conservèrent dans un local obscur, mais à côté d'animaux qui avaient été soumis à l'irradiation ultraviolette. Dans ces conditions, les rats restèrent indemnes; leur squelette se développa normalement. Il en fut de même si l'on incorporait au régime rachitigène des fragments de peau d'un animal irradié.

Il y a plus : la propriété antirachitique peut être conférée à des substances non vivantes. Hess a vu que le régime rachitigène de Pappenheimer, après irradiation par les rayons ultraviolets, ne saurait produire le rachitisme. Mellanby a constaté que l'irradiation diminue le pouvoir rachitigène des céréales.

Un certain nombre de substances peuvent être ainsi « activées », si bien que leur ingestion produit sur l'organisme les mêmes effets que le rayonnement lui-même. Le fait a été reconnu pour le lait, les farines, les huiles végétales, la cervelle, etc. (Steenbock, Hess, Lesné et Simon, etc.).

Goldblatt et Moritz ont constaté sur les rats en croissance, soumis à un régime sans vitamines liposolubles A et D, que la graisse irradiée et l'irradiation directe provoquent à peu près la même augmentation du poids. Alquier a obtenu par l'irradiation un régime antirachitique.

Tous les produits ne sont pas également activables. La partie la plus activable des huiles semble porter sur la fraction insaponifiable riche en cholestérol.

Les stérines sont très sensibles à l'irradiation (Hess, Steenbock, Rosenheim, Webster). Elles existent dans la levure fraîche et, après irradiation, elles sont employées aujourd'hui dans le traitement des affections osseuses et des états déficients.

Les stérols sont naturellement inactifs, mais ils deviennent antirachitiques par l'irradiation. On a pu isoler du cholestérol, une impureté, l'ergostérine ou ergostérol, que C. Tanret a caractérisée dans l'ergot de seigle, et qui s'est montrée beaucoup plus sensible vis-à-vis de l'irradiation que le cholestérol. L'ergostérol irradié a été découvert par Hess, Rosenheim et Windaus; on peut le considérer comme un véritable catalyseur du phosphore et du calcium.

Ainsi se trouve justifiée l'opinion de Schlutz et Morse, qui avaient pensé que le facteur actif obtenu après irradiation est une impureté du cholestérol.

Rosenheim et Webster estiment de même que l'irradiation transforme, non pas le cholestérol, mais une substance qu'ils qualifient de « pro-vitamine ».

Certains produits sont naturellement actifs. Ainsi l'huile de foie de morue a toutes les propriétés des produits irradiés. (Professeur Marfan.) On peut donc admettre que des poissons se sont nourris avec des algues, etc., qui ont subi l'action intense de la lumière, puis qu'ils ont servi eux-mêmes de nourriture aux morues.

L'huile de foie de morue se comporte donc comme si elle avait déjà été irradiée dans un stade antérieur. (Delore.) Maints faits le démontrent. A. L. Daniels et M. Brooks ont constaté, sur de jeunes rats soumis au régime rachitigène, que l'huile de foie de morue irradiée n'est pas plus efficace que l'huile non irradiée.

L. Hugounenq et E. Couture ont vu que le cholestérol de l'huile de foie de morue impressionne les plaques photographiques, alors que ce même produit extrait des calculs biliaires ou du cerveau n'exerce sur elles aucune action. Ce phénomène, d'ordre physique, ne semble d'ailleurs pas en rapport avec l'action antirachitique du cholestérol de l'huile de foie de morue, car il se produit selon Takahaski avec des cholestérols longtemps irradiés et devenus de ce fait biologiquement inactifs.

Les algues marines renferment aussi un ergostérol actif.

L'activité de l'ergostérine irradiée paraît considérable, puisqu'une dose infime suffit à prévenir ou à guérir le rachitisme expérimental. Elle est beaucoup plus grande que celle de l'huile de foie de morue. (Rosenheim et Webster.)

L'activité des divers produits commerciaux est très différente (Lesné, Clément et Simon) et leur pouvoir diminue avec le vieillissement.

Mouriquand et Leulier ont recherché s'il n'existait pas, en dehors du règne végétal, des cholestérines susceptibles d'être irradiées. Ils ont essayé la cholestérine de l'escargot, à cause de l'intensité de son métabolisme du calcium. Une cholestérine ainsi extraite et très pure a été irradiée mais n'a donné aucun résultat chez les rats rachitiques. Par contre,

un produit moins pur a produit des effets comparables à ceux des ergostérines habituelles. L'« hélistérine » (c'est-à-dire cholestérine plus lipides cholestériques de l'escargot) irradiée se montrera peut-être moins toxique que les produits utilisés jusqu'alors.

L'argent colloïdal irradié a été employé dans certaines maladies infectieuses. Administré par voie buccale, il a donné des résultats encourageants, en particulier, dans les affections à colibacilles. C. Risler a constaté que le médicament se fixe dans l'intestin, surtout dans la portion du grêle qui fait suite au pylore. Le colloïde gagne la profondeur du duodénum, et exerce une action bactéricide sur les microbes de l'intestin.

Stephan a cherché à renforcer, par l'irradiation, l'action de l'insuline dans le diabète grave. Les résultats n'ont pas été probants.

Certains aliments sont capables après irradiation d'exercer une action curative. Ainsi, l'ingestion de lait sec irradié, selon Hess, Steenbock, Kramer et György, agit dans le rachitisme comme les rayons ultraviolets.

E. Wieland a aussi obtenu de bons effets avec l'emploi journalier de lait irradié et sucré.

Le lait frais, irradié en l'absence d'oxygène, est aussi bon que le lait sec; il a meilleur goût, mais se conserve peu de temps. Il a donné de bons résultats à Bamberger.

L. Spolverini a reconnu l'action eutrophique que confèrent les rayons ultraviolets aux substances alimentaires fraîches. L'inhalation d'air, préalablement traversé par des rayons ultraviolets, produit les mêmes effets que l'irradiation du corps (Spolverini). Ce fait a été d'ailleurs contesté par Webster et Hill. Gorini a vu que les modifications de la glycorégulation sont semblables après l'irradiation du corps ou l'emploi de l'air irradié.

L'emploi thérapeutique des produits irradiés a fait l'objet de très nombreuses observations et notamment celles du professeur Marfan, de Lesné, Clément et Simon, du professeur Mouriquand, de Bernheim, du professeur Nobécourt, d'Armand Delille, Rohmer, Woringer, Mlle Andersen, Pretet et Kaplan, Beumer et Falkenheim, Hottinger, György, etc., et de Jean Huguenin, qui a consacré sa thèse à cette question.

L'ergostérol irradié a été employé non seulement dans le rachitisme mais dans l'ostéomalacie, la tétanie, pour la consolidation des fractures, dans les pseudarthroses (avec des résultats variables), dans la décalcification en général, les caries dentaires, la pré-tuberculose, la grossesse, l'ozène, l'anémie pernicieuse, les états anémiques, chez les prématurés, dans les anorexies et les infections de l'enfance, les syndromes hémorragiques et même en pansement local dans les plaies atones.

Malmström (de Suède) a communiqué, à la première conférence internationale de la lumière, les résultats que lui ont donnés, en dehors du rachitisme, les produits irradiés. Ces recherches sont certainement dignes d'intérêt, mais elles ne permettent de tirer aucune conclusion définitive, sauf pour le rachitisme, qui reste l'indication principale, la tétanie et l'ostéomalacie (Mouzon).

Les observations relatives au rachitisme sont très démonstratives. Le professeur Nobécourt, notamment, a traité avec succès une petite fille rachitique par une solution d'ergostérol irradié dans de l'huile d'olive à 1 p. 400.

Lesné et Clément ont reconnu que les substances irradiées, judicieusement choisies, à la dose de 10 unités physiologiques de facteur antirachitique par jour pour un enfant d'un an (c'est-à-dire 2 à 4 milligrammes d'un ergostérol de bonne qualité), ont une action manifeste sur la spasmophilie et le rachitisme.

Le professeur Marfan et Mme Dollfus-Odier ont vu, chez un rachitique avec fractures multiples, après une cure de quinze jours d'ergostérol irradié, que les taches claires de l'extrémité des diaphyses avaient pris une teinte foncée homogène. Les traits de fractures étaient remplacés par une zone d'opacité.

Les produits irradiés ramènent le phosphore et le calcium sanguin à leur taux normal et relèvent la cholestérinémie. Ils déterminent ensuite une hypercalcémie, qui s'accompagne d'une précipitation locale de calcium au niveau du squelette.

On peut suivre les progrès de la recalcification osseuse par des radiographies successives.

Selon le professeur Marfan et Mme Dollfus-Odier, le pouvoir calcifiant de l'ergostérol irradié serait plus précoce et plus marqué que son action sur l'acide phosphorique du sang.

L'action eutrophique serait inférieure à celle de l'exposition aux rayons ultraviolets (professeur Marfan et Mme Dollfus-Odier, MM. Lesné, Clément); notamment l'hypotonie musculaire, l'intumescence des organes lymphoïdes et surtout l'anémie sont peu modifiées, ou le sont très lentement ou très tardivement. Les résultats sont donc ici inférieurs à ceux de l'application directe des rayons ultraviolets de l'héliothérapie.

D'après Armand Delille, l'ergostérol irradié aurait une action, non seulement curative, mais aussi préventive sur le rachitisme.

Le professeur A.-B. Marfan et Mme Dollfus-Odier assurent que, dans la pratique, l'emploi de l'ergostérol est plus facile et moins coûteux que l'application directe des rayons ultraviolets; en outre, il n'a pas, comme ces derniers, l'inconvénient de favoriser les refroidissements et de provoquer une vive agitation.

L'ergostérol activé possède, selon le professeur Marfan, deux propriétés : il a un pouvoir calcifiant et il protège la cellule osseuse et cartilagineuse contre l'influence nocive des infections et des intoxications. Il arrête le processus irritatif qui déforme l'os et le cartilage.

L'auteur estime que chez l'enfant, sous l'influence de maladies infectieuses, en particulier, plusieurs cas peuvent être envisagés :

1° L'ergostérol naturel ne serait pas produit en quantité suffisante;

2° Il serait détruit ou éliminé;

3° Il ne serait pas transformé en ergostérol irradié.

Les infections et les intoxications agissent peut-être en empêchant l'activation de l'ergostérol naturel par la lumière solaire;

4° En outre, le foie et même la rate constituent

sans doute des dépôts d'ergostérol irradié dans lesquels l'organisme puise suivant ses besoins. Le professeur Marfan admet que les infections et les intoxications du premier âge, lésant très souvent le foie et la rate, enlèvent à ces organes la faculté de fixer et de distribuer l'ergostérol irradié.

L'ergostérol irradié n'agit donc pas sur la cause du rachitisme, mais il protège l'os et le cartilage en voie de croissance contre cette cause. Il a peut-être une action anti-infectieuse et antitoxique générale.

L'action des produits irradiés est favorable dans la tétanie (Marfan et Mme Dollfus-Odier, Rohmer, Woringer et Mlle Andersen, etc.). On a pu constater la cessation du laryngo-spasme et des convulsions, de la contracture des extrémités et du « phénomène de Trousseau », en même temps que l'augmentation de la calcémie. Un effet favorable a été constaté dans la tétanie postopératoire.

Il faut signaler les bons résultats obtenus par H. Verger, P. Delmas-Marsalet et P. Broustet dans un cas d'ostéo-fibrose kystique de Recklinghausen avec l'ergostérine irradiée et le gluconate de calcium.

Les doses généralement employées ne dépassent pas 5 milligrammes chez l'enfant et 10 milligrammes chez l'adulte. Hess et Lewis (de New-York) estiment que les doses de 2,5 à 5 milligrammes sont encore excessives et qu'il faut rester au-dessous. D'autre part, la persistance de l'action du médicament paraît justifier son emploi discontinu.

On a assuré que le mode d'action des substances irradiées était véritablement physiologique. L'ergostérol naturel non irradié existe, en effet, dans le sang de l'homme et des animaux, la peau et surtout l'épiderme et les glandes. Cet ergostérol inactif est activable par la lumière solaire et devient, dès lors, antirachitique. Il passe dans la circulation sanguine et va se déposer dans certains organes, et surtout le foie, si l'on en croit les travaux de Diaz Lira et de Hess.

Certains auteurs considèrent l'ergostérol non irradié comme une provitamine qui, sous l'influence des rayons ultraviolets, serait transformée en vitamine D antirachitique. Cette opinion, défendue notamment par A. Windaus et A. Hess, n'est pas admise sans conteste par tous les auteurs. Jean Huguenin, notamment, ne pense pas que l'activité acquise par l'ergostérol au cours de l'irradiation doive être rapprochée de celle des vitamines. Il estime qu'il s'agit plutôt d'une nouvelle propriété biologique, en rapport avec une modification de l'équilibre moléculaire.

Les substances irradiées sont dépourvues de toute influence sur la croissance et ne peuvent, à ce point de vue, remplacer l'huile de foie de morue.

Quoi qu'il en soit, l'emploi de l'ergostérol irradié est destiné à remédier à une déficience organique. Il agit par suppléance (professeur Marfan) et son action est comparable à celle que le professeur Marcel Labbé a démontrée pour l'insuline dans le traitement du diabète.

L'ergostérine irradiée ne serait pas dépourvue d'une certaine toxicité (Hess et Lewis).

Les travaux allemands ont permis de constater que, chez les animaux, l'ingestion de fortes doses d'ergostérine irradiée est suivie d'effets nocifs. Ainsi Pfannenstiel a observé chez les lapins en expérience divers symptômes tels que anorexie, amaigrissement, hérissement des poils, troubles digestifs. Mêmes observations chez les souris blanches (Kreitmair et Moll).

Chez l'homme, des doses thérapeutiques auraient provoqué des accidents, en particulier des troubles digestifs (Goebel, Wurtzinger), des vomissements, de la fièvre, de l'albuminurie.

Les produits irradiés ont été employés chez les enfants tuberculeux. Ils ont amené une amélioration nette des lésions locales tuberculeuses (Bamberger et Springer), mais ils ont parfois déterminé des symptômes d'intolérance (malaise général, anorexie, vomissements, perte de poids, et parfois troubles urinaires).

Les inconvénients des médicaments irradiés seraient le corollaire même de leur activité, car les accidents seraient en rapport avec l'exagération des effets du médicament, c'est-à-dire avec un excès de calcémie et de phosphatémie. Cette interprétation n'est d'ailleurs pas admise par tous les auteurs.

Kreitmair et Moll considèrent que les effets nocifs de l'ergostérine irradiée sont dus à une hypervitaminose. Cette conception est combattue par Reyher et Walkhoff, qui attribuent à une action toxique les effets des produits irradiés. La calcification serait, selon eux, le premier stade d'une action toxique, qui poussée plus loin, aboutit à des lésions viscérales (rénales, cardiaques et vasculaires, etc.).

La théorie de Reyher et Walkhoff a d'ailleurs été elle-même combattue par Degkwitz et d'autres auteurs.

Selon H. Simonnet et G. Tanret, l'ergostérol n'acquiert pas, du fait de l'irradiation, des propriétés toxiques. Ces dernières n'apparaissent que si l'irradiation a été trop longtemps prolongée, et a déterminé de fortes transformations photochimiques.

Les produits irradiés peuvent donc, dans certaines conditions, être nocifs. Et, d'ailleurs, en Amérique, le Conseil de pharmacie et de chimie a refusé de leur donner l'investiture.

Néanmoins, il ne faut pas exagérer leurs inconvénients. C'est le fait de tous les médicaments actifs de se montrer toxiques à doses excessives. Mouzon, à qui l'on doit un excellent travail d'ensemble sur la question, assure que les doses employées dans le rachitisme expérimental n'ont pas occasionné d'effets défavorables. Levaditi et Li Yuan Po ont constaté que l'ergostérol irradié, administré *per os*, est bien supporté par les animaux de laboratoire, y compris le singe. En outre, chez l'homme, on prescrit des doses inférieures et l'on utilise l'huile de dilution des produits irradiés ; dans ces conditions, les accidents sont rares.

Lesné et Robert Clément ont pu donner jusqu'à 15 et 30 milligrammes d'ergostérol irradié par jour, pendant trois semaines, sans effet fâcheux.

Il semble légitime de conclure à la réelle valeur thérapeutique des produits irradiés, mais de conseiller la prudence dans leur emploi.

On vérifie la valeur de l'ergostérol en le soumettant à des essais physiques, chimiques et biologiques.

Ces tests ont une valeur indéniable, mais les propriétés physiques et chimiques des stérols irradiés peuvent ne pas être uniquement en rapport avec l'activité biologique (R. Fabre et H. Simonnet). La nécessité d'un dosage biologique s'impose donc (Hess et Lewis); l'ergostérine irradiée voit son activité varier, comme nous l'avons dit, suivant le fabricant et l'âge de la préparation. L'étalonnage des échantillons, d'une part, l'indication de la date de préparation, d'autre part, sont donc à envisager. L'Académie de médecine s'occupe, sur l'initiative de de MM. E. Lesné, R. Clément et S. Simon, de cette importante question.

Il serait bon de mesurer les effets du médicament en dosant périodiquement la calcémie et la phosphatémie. Ainsi, on serait sûr de ne pas dépasser le but que l'on cherche.

Enfin, si le rachitisme et l'ostéomalacie constituent les véritables indications des produits irradiés, leur emploi en dehors de ces maladies est encore à l'étude.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1930)

Les réactions cellulaires et humorales d'immunité antimicrobienne dans le phénomène de la symbiose chez « Macrosiphum Jaceae ». — M. PAILLOT.

Syphilis héréditaire et formes évolutives du tréponème. — M. Y. MANOUÉLIAN.

Variations de la composition minérale du tissu osseux chez le rat normal, rachitique, et guéri du rachitisme expérimental. — M. J. ALQUIER, Mlle L. ASSELIN, Mme M. KOGANE et Mlle G. SILVESTRE DE SACY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1930)

Hygiène de l'enfance. — L'Académie vote les conclusions du rapport présenté par M. Lesage dans une précédente séance et qui sont ainsi conçues :

« L'Académie de médecine prie le ministre de l'Hygiène : 1° de faire tous ses efforts pour hâter la revision de la loi Roussel en tenant compte des suggestions diverses émises et en prévoyant la coordination des œuvres publiques et privées en centre d'hygiène maternelle et infantile où le médecin sera aidé par les sages-femmes ou infirmières-visiteuses, et incorporer dans la loi les catégories d'enfants assistés qui n'y sont pas encore assujettis; 2° de demander à MM. les inspecteurs de transmettre à l'Académie tous les rapports médicaux et la liste des médecins avec la date de leur nomination; de n'admettre dorénavant comme médecins inspecteurs que les docteurs en médecine possédant un diplôme de puériculture et d'exiger le diplôme de docteur en médecine de tout candidat au grade d'inspecteur départemental du service de la protection de l'enfance; de hâter l'application de la loi Roussel à l'Algérie. »

Demandes en autorisation de sérums. — M. Jules RENAULT lit un rapport sur les demandes en autorisation de sérum.

Présence du bacille tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un fœtus. — M. BRINDEAU, en collaboration avec MM. P. Cartier et de Peretti della Rocca a trouvé, chez un fœtus de cinq mois et demi environ, extrait par césarienne *post mortem* chez une femme morte de méningite tuberculeuse, un liquide céphalo-rachidien qui s'est montré tuberculigène à l'inoculation des animaux de laboratoire. Il s'ensuit que la transmission du bacille de Koch de la mère au fœtus déjà mise en évidence par M. Calmette par l'inoculation au cobaye des viscères thoraciques ou abdominaux, peut aussi être démontrée par l'inoculation du liquide céphalo-rachidien.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division (médecine). Les candidats sont ainsi classés :

En première ligne, M. Castaigne, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand et M. Dumarest, directeur du sanatorium d'Hauteville.

En seconde ligne et par ordre alphabétique, MM. les professeurs Euzière (de Montpellier), Mouriquand (de Lyon), Spillmann (de Nancy), Surmont (de Lille).

Sont élus au premier tour de scrutin, MM. Castaigne et Dumarest.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1930)

Syphilis et transfusion sanguine. Absence de contamination en cas de syphilis latente. — MM. A. TZANCK et R. WERTH. La syphilis est transmissible par transfusion sanguine si le donneur est en période d'activité de la maladie et si son Wassermann est positif. En est-il de même en cas de syphilis latente et notamment en cas de Wassermann négatif? Le hasard a permis une épreuve de la plus haute importance. Un syphilitique latent et ignorant l'affection dont il était atteint, présentant un Wassermann négatif, a pu donner son sang 18 fois sans qu'une contamination ait été signalée. Ce même sujet a pourtant présenté dans la suite des accidents de syphilis nerveux et un Wassermann positif.

Intoxication et intolérance. — M. A. TZANCK. L'intoxication et l'intolérance présentent entre elles des différences de nature et non pas seulement de degré, comme on l'admet communément. Leur opposition peut être résumée dans les deux lois suivantes :

Lorsqu'une substance détermine des accidents pour une dose toxique et des intolérances pour une dose infratoxique, les manifestations sont cliniquement différentes (première loi).

L'intoxication subit l'empreinte de la cause, l'intolérance révèle le tempérament du sujet (deuxième loi).

L'intolérance apparaît dès lors comme un processus biologique général et nullement comme un cas individuel. Elle comporte un sens à la fois étiologique, anatomique, clinique, évolutif, pathogénique, humoral, expérimental et thérapeutique communs, quelle que soit la manifestation clinique à laquelle elle donne lieu.

Méthode clinique rapide pour la mesure de la coagulation sanguine. Le procédé de la seringue. — MM. Ch. FLANDIN et A. TZANCK utilisent le procédé suivant : Le sang est pris à la seringue et rejeté dans un tube à essais en vue des autres examens à pratiquer; on ne conserve que quatre à cinq gouttes. On aspire 1 ou 2 centimètres cubes d'air et l'on dépose la seringue. Le sang se collecte (en cavité humide) à la partie inférieure de la seringue qui est retournée toutes les trente secondes. Dès que la coagulation se produit, le sang reste collé à la seringue et ne coule plus vers le plan inférieur. La coagulation normale étudiée par ce procédé se produit en deux minutes. Après trois et quatre minutes, la coagulation est nettement retardée. Au delà de six minutes,

la coagulation peut être considérée comme pratiquement inexistante.

Mesure de la vitesse de la circulation chez l'homme. Epreuve de la fluorescéine. — M. C. LIAN et Mme E. BARRAS (de Bucarest) ont réglé une technique pour permettre en clinique la mesure de la vitesse de la circulation. Ils emploient la fluorescéine en solution à 5 p. 100 dans du sérum physiologique et injectent 2 centimètres cubes dans une veine du pli du coude. Puis ils ponctionnent la veine homologue du côté opposé. Le sang est recueilli dans douze petits tubes de verre renfermant de l'alcool à 95 degrés. En regardant les tubes sur un fond noir dans une pièce non ensoleillée, on apprécie aisément la fluorescence. La vitesse de circulation chez l'homme normal est de trente secondes entre les deux membres supérieurs. Ce chiffre a été obtenu chez un sujet sain et chez sept malades sans troubles cardiaques. D'autre part, chez vingt-cinq cardiaques, souvent le retard d'apparition de la fluorescence a été supérieur à trente secondes, il n'a jamais été inférieur à ce chiffre.

Intérêt clinique de la mesure de la vitesse de la circulation par l'épreuve de la fluorescéine. — M. C. LIAN et Mme E. BARRAS (de Bucarest) ont appliqué leur épreuve de la fluorescéine chez vingt-cinq cardiaques. L'insuffisance cardiaque s'accompagne habituellement d'un retard notable dans l'apparition de la fluorescéine. La grande insuffisance ventriculaire gauche sans œdèmes est capable, à un degré même plus marqué que l'asystolie, d'entraîner une diminution considérable de la vitesse de la circulation. Exceptionnellement, l'épreuve de la fluorescéine est capable de faire déceler une insuffisance cardiaque encore latente. La digitaline et l'ouabaïne sont susceptibles de diminuer et même de supprimer le retard d'apparition de la fluorescéine. Cette épreuve paraît susceptible d'autres applications : *a.* dans le diagnostic des artérites oblitérantes; *b.* dans l'étude expérimentale de l'insuffisance cardiaque et dans l'étude pharmacologique des médicaments cardio-vasculaires.

Tumeur du médiastin antérieur à type clinique de leucémie aiguë. — MM. DE LAVERGNE, ABEL et DEBENEDETTI (de Nancy) rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui succomba en dix jours au milieu de symptômes cliniques de leucémie aiguë, alors que l'autopsie révéla, avec une hyperplasie de tout le système lymphatique, l'existence d'une volumineuse tumeur du médiastin antérieur. Les auteurs interprètent la tumeur médiastinale antérieure comme une tumeur développée aux dépens du thymus. Au même titre que les ganglions, les amygdales, la rate, les vestiges lymphatiques de cet organe auraient participé au processus hyperplasique. Cette masse tumorale serait à la lymphomatose ce qu'est la « tumeur royale » aux formations fibro-lipomateuses de la maladie de Recklinghausen. L'agranulocytose sanguine permet, d'autre part, d'intégrer cette observation dans le cadre des syndromes agranulocytaires, si bien décrits par Aubertin et Lévy, qui forment le joint entre les syndromes leucémiques et l'agranulocytose pure de Schultz.

Existe-t-il une forme pseudo-viscéralgique du rhumatisme vertébral chronique ostéophytique? — MM. LACROIX et R. RAYNAUD (d'Alger) rapportent deux observations : l'une concernant un homme âgé de soixante-deux ans, chez lequel furent successivement posés les diagnostics : d'ulcère de l'estomac, de colique appendiculaire, de colique néphrétique; l'autre concernant une femme également âgée de soixante-deux ans, chez laquelle les crises viscéralgiques prirent le type de la colique néphrétique, de la colique hépatique, de l'asthme. Chez ces sujets, l'examen radiographique mit en évidence les lésions classiques du rhumatisme vertébral chronique ostéophytique. Les auteurs pensent que les phénomènes observés sont sous la dépendance du rhumatisme et ils concluent à l'existence d'une forme pseudo-viscéralgique du rhumatisme vertébral chronique ostéophytique.

Influence de l'extrait alliacé sur la tension artérielle. — M. LOEPER. L'extrait alliacé fait baisser la tension artérielle dans des proportions importantes. La tension élevée de certains sujets a pu être ramenée à 13. Toutefois, il n'y a pas intérêt à prolonger le traitement car après les cinquième ou sixième injections on n'obtient plus rien. Les scléreux résistent à la méthode qui, chez eux, ne donne pas de résultat.

Action protéolytique du complexe protéolécithinique chez les néoplasiques. — M. LOEPER.

Polynévrite consécutive à l'emploi du stovarsol. — M. POROT (d'Alger).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1930)

Glycogène du foie et du muscle chez le chien normal. — MM. F. RATHERY, KOURILSKY et Mlle GIBERT. Dans toute étude portant sur le glycogène hépatique et musculaire, le prélèvement d'un témoin est indispensable avant l'expérience, les différences individuelles sont beaucoup trop marquées pour permettre de tirer une conclusion quelconque de l'étude du glycogène après une agression expérimentale.

Les auteurs étudient l'état du glycogène hépatique et musculaire chez 18 chiens.

Les variations précoces du glycogène hépatique et musculaire chez le chien normal sous l'influence de l'insuline. — MM. F. RATHERY, KOURILSKY et Mlle GIBERT. L'injection d'insuline amène une chute marquée du glycogène hépatique (12 fois sur 13). Cette chute est déjà sensible au bout de quinze minutes). Le pourcentage de baisse est considérable; il varie de 30 à 85 p. 100.

Il n'existe aucune relation entre le taux de dénivellation glycémique et celui du glycogène hépatique.

Le glycogène musculaire baisse, mais le taux de cet abaissement est moins élevé que celui du glycogène hépatique.

Culture latente pour la conservation des pneumocoques et d'autres microbes au point de vue de leur vitalité et de leur virulence. — M. V. YOUREVITCH propose une nouvelle méthode de conservation des pneumocoques en culture latente.

Le sang est ensemencé dans un tube de bouillon contenant 1 p. 100 de glucose et un tiers de sérum de cheval. Immédiatement après l'ensemencement, les tubes hermétiquement bouchés sont placés à la glacière, d'où ils sont retirés et mis à l'étuve au fur et à mesure des besoins.

Sur la fixité des caractères d'atténuation de la virulence du vaccin B. C. G. — MM. A. BOQUET et L. NÈGRE ont constaté que deux souches de B. C. G., ayant subi 300 et 377 passages sur milieu bilié, se comportent de manière identique au point de vue de leur pouvoir antigène in vitro et in vivo et de leur activité.

Leurs propriétés « nosogènes », selon l'expression de R. Kraus, restent strictement limitées à la production de petits nodules épiploïques qui régressent lentement.

Les caractères du B. C. G. ne se sont donc modifiés, ni dans le sens d'une récupération partielle de la virulence, ni dans le sens d'une atténuation plus marquée.

Action des eaux minérales (sulfatées et bicarbonatées) sur le cœur isolé de Helix Pomatia. — MM. MOUGEOT et AUBERTOT montrent que ces eaux ont sur le myocarde une action hypertonique attribuée aux anions; mais, contrairement aux bicarbonatées, les sulfatées n'exercent aucun effet

chronotrope ni dromotrope. Les bicarbonatées, fortement carboniques lorsque pourvues de leur charge en acide carbonique libre, sont en règle très générale nuisibles par une trop forte concentration en ions hydrogènes et se distinguent en deux groupes : celles à minéralisation relativement simple dont les cations légers sont favorables à la survie du cœur et celles à minéralisation plus complexe, riche en cations lourds défavorables.

Recherches sur les complexes strychnine-savons (cryptostrychnine). — M. Léon Velluz a montré récemment que les savons (palmitate, oléate, ricinoléate) permettent d'obtenir, à partir de certains alcaloïdes (strychnine, vératrine), des cryptoalcaloïdes, moins toxiques. Préparée dans certaines conditions de technique, la cryptostrychnine est huit fois moins toxique que la strychnine. On peut ainsi injecter au cobaye, en deux mois, sous cette forme dissimulée, 160 milligrammes de sulfate de strychnine. Malgré ces doses importantes et l'état colloïdal — dans une certaine mesure — de l'alcaloïde, M. Velluz n'a observé aucune immunité. Les complexes strychnine-savons sont donc dépourvus de toutes propriétés antigéniques.

Pneumothorax ouvert expérimental. — MM. Charles Richet fils, Pierre Gley et Terrenoire présentent une série de lapins auxquels ils ont fait un pneumothorax bilatéral simultané maintenu de façon permanente assez largement ouvert, si bien que la pression intrapleurale y est nulle.

Et pourtant ces lapins supportent parfaitement bien ce double pneumothorax. De même un bœuf tolère sans troubles apparents un pneumothorax assez largement ouvert et un pneumo fermé à pression positive de l'autre; quelques minutes après on lui ouvrit la plèvre de ce second côté, l'autre restant béant et l'animal, malgré la traumatopnée et le collapsus des deux poumons, ne présenta aucune dyspnée. Il fut sacrifié plusieurs jours après.

M. Charles Richet fils et ses collaborateurs montrent, à l'aide de l'appareil de Funke modifié, que dans les cas de pneumothorax double, pourvu que l'orifice ne soit pas trop large, il y a un véritable coefficient de partage entre l'air qui pénètre par la trachée et celui qui pénètre par les orifices cutanés si bien que l'hématose peut encore se faire.

Rhumatisme infectieux polyarticulaire spontané de la souris provoqué par le « Streptobacillus moniliformis ». — MM. C. Levaditi et F.-R. Selbie ont signalé l'existence, chez les souris d'élevage, d'une polyarthrite infectieuse généralisée spontanée, provoquée par le *Streptobacillus moniliformis*, agent pathogène de certains érythèmes polymorphes contagieux et épidémiques de l'homme.

Les analogies les plus étroites apparaissent entre la maladie de la souris et les rhumatismes polyarticulaires infectieux de l'homme. En inoculant le *Streptobacillus moniliformis* par les voies les plus diverses, on reproduit tous les symptômes et l'ensemble des altérations microscopiques qui caractérisent le rhumatisme polyarticulaire infectieux humain.

Les auteurs décrivent les particularités cliniques de la polyarthrite expérimentale de la souris et les caractères culturaux du *Streptobacillus moniliformis*.

Morphologiquement, on n'observe aucune différence entre les souches isolées chez la souris et les souches humaines : mêmes filaments streptobacillaires, mêmes formes en massue, en fuseau, en poire ou bipolaires, mêmes corpuscules métachromatiques colorés en rouge pas le Giemsa.

Etude oscillographique des ondes faradiques liminaires émises par les bobines à gros fil et à fil fin. — MM. A. Strohl et H. Desgrez présentent une série d'oscillogrammes d'ondes faradiques liminaires d'où il résulte que les décharges des bobines à gros fil produisent l'excitation avec une intensité maxima plus grande que les courants des bobines à fil fin, et que les phénomènes de polarisation des tissus déterminent de notables modifications dans la forme de ces ondes.

Propriétés thérapeutiques du sérum de convalescents de choléra. — MM. Ukil et Thakurta ont étudié les anticorps spécifiques et les propriétés curatives du sérum de convalescents de choléra. Ils ont d'abord constaté que 20 p. 100 de ces sérums agglutinent le vibrion cholérique à 1 p. 3.200; 45 p. 100 à 1 p. 1.600; 1 p. 800; 20 p. 100 au-dessous de 1 p. 800, et enfin que 15 p. 100 ne produisent qu'une agglutination trop faible pour être perçue par la méthode macroscopique.

Ils ont pu faire les constatations suivantes : les propriétés bactériolytiques du sérum des sujets convalescents de choléra augmentent progressivement et atteignent leur maximum quand les selles ne contiennent plus de vibrions en culture. Cette propriété se maintient pendant plusieurs semaines. On peut admettre que 60 p. 100 des cas admis à l'hôpital peuvent fournir de 10 à 15 centimètres cubes de sérum ayant un fort pouvoir bactériolytique et pouvant être utilisé pour des cas de toxémie grave.

Ils ont fait usage du sérum anticholérique commercial, des veccins sensibilisés, et, dans plusieurs cas, du sérum de convalescents comme complément au traitement du choléra par voies intramusculaire ou intraveineuse. Les résultats sont toujours apparus supérieurs à ceux du sérum commercial. Ils ont noté que le sérum de convalescents introduit par voie veineuse aux doses de 10 à 15 centimètres cubes donne de meilleurs résultats que 100 centimètres cubes de sérum commercial administré par la même voie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1930)

Ouverture dans la vessie des abcès appendiculaires. — M. Barbarin fait remarquer qu'en cas de disparition de l'appendice, la simple incision de Jalaguier ou de Mac-Burney sera insuffisante pour aller à la recherche de cet appendice fixé sur la vessie, dans le péritoine rétrovésical. Est-on autorisé à faire la laparotomie médiane alors qu'on peut penser que cet appendice a complètement disparu et a été éliminé sous forme de débris dans le pus de l'abcès.

A propos d'un cas de cancer du médiastin. — M. Hautefort estime que la biopsie reste un précieux moyen de diagnostic dont nous n'avons à l'heure actuelle ni la possibilité ni le droit de nous passer.

La thrombose chronique splénique. — M. Ch. Buizard présente un travail de M. S. de Dziembovskz (de Bydgoszcz, Pologne). Cet auteur conclut que la thrombose chronique splénique constitue une antité nosologique distincte. La splénectomie est indiquée quand il existe des hémorragies ou de l'anémie; elle est contre-indiquée en cas d'hypertension portale ou d'infection des autres organes. L'opération qui présente des difficultés techniques dues à la dilatation des veines en particulier dans les adhérences abdominales, donne en général de bons résultats, immédiats et éloignés. L'auteur apporte à l'appui quatre observations avec trois guérisons et une mort.

A propos d'une observation de coxa-vara. — M. Mayet rappelle une observation présentée par lui, à la Société il y a deux ans. Il s'agissait d'un cas de réinfraction, sous anesthésie générale, d'une fracture du col fémoral chez une jeune fille atteinte de coxa-vara. Le résultat orthopédique et radiographique avait été heureux. Or, l'évolution ultérieure malgré certains ménagements dans la mobilisation de la hanche et dans la reprise de la marche, s'est montrée totalement défectueuse. L'articulation est actuellement complètement ankylo-

sée. A propos de cette observation, M. Mayet pense qu'il y a dans la coxa-vara, tout autre chose qu'une lésion du col fémoral; mais, en fait, une véritable arthrite. Les radiographies qu'il présente montrent des lésions étendues des cartilages, non seulement de la tête fémorale, mais aussi de la cavité cotyloïde, un élargissement notable de cette cavité, et une infection du col fémoral en dehors du cal de la fracture. L'auteur conclut que la coxa-vara est une affection grave qu'il faut soigner, comme toute arthrite, par l'immobilisation pendant toute sa période d'activité. Cette notion d'une véritable arthrite domine l'histoire de la coxa-vara des adolescents : arthrite bénigne parfois, mais souvent à tendances ankylosantes, pouvant se prolonger parfois de longs mois et peut-être des années, affectant par conséquent dans ses formes intenses un caractère tout particulièrement dangereux pour la récupération des mouvements de la hanche.

M. Massard fait observer qu'une bonne partie des coxa-vara se rencontre chez des enfants présentant un syndrome adiposo-génital. Un traitement contre l'obésité lui a permis chez de tels enfants d'obtenir d'excellents résultats.

Amputation partielle du sein pour épithélioma. — M. R. Bondeau communique trois observations dans lesquelles, quoique le diagnostic eût été posé cliniquement, la famille exigea une exérèse limitée à la tumeur seule. L'examen histologique ayant confirmé dans ces cas, la nature maligne de la tumeur, l'auteur fit dans une deuxième opération l'ablation totale du sein avec évidement de l'aisselle. Guérison. Dans le dernier cas, l'examen histologique de la glande mammaire et du tissu cellulaire axillaire enlevés au cours de cette deuxième intervention montra que ces tissus étaient normaux : en se basant sur l'examen histologique seul on aurait donc pu, peut-être, se contenter de l'amputation partielle qui avait été primitivement pratiquée.

Trois cas de fistules salivaires rebelles traitées avec succès par l'arrachement du nerf auriculo-temporal. — M. Bressot (de Constantine) communique ces trois observations terminées rapidement par guérison. L'arrachement du nerf auriculo-temporal proposé par Leriche pour tarir la sécrétion de la glande est une opération simple, peu mutilante, efficace qui peut être utilement recommandée pour toutes les fistules rebelles, glandulaires ou canaliculaires.

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1930)

Assemblée générale. — Allocution du président sortant, M. H. Blanc.

Allocution du secrétaire général, M. Buizard.

Election du bureau pour 1930 : président, M. Lavenant; vice-président, M. Barbarin; secrétaire général, M. Buizard.

Prix de la Société pour 1929. — *Prix de chirurgie générale* (prix Dartigues, 1.000 fr.). — M. Henri-Fisher (de Bordeaux) pour son travail intitulé : « A propos de la chirurgie du nerf phrénique. »

Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor Pauchet, 1.000 fr.). — M. Roger Chureau (de Paris) pour son travail intitulé : « La lithiase de la voie biliaire principale sans ictère. »

Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet, 1.000 fr.). — M. van der Horst (de Neuilly-sur-Seine) pour son travail intitulé : « Considérations sur le diagnostic et le traitement de l'hématopyométrie dans quelques variétés d'utérus doubles. »

Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin, 1.000 fr.). — M. Boulanger (de Paris) pour son travail intitulé : « De l'importance chirurgicale des malformations congénitales en pathologie rénale. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Rayons X. — Art. 1384 C. Civ. inapplicable.

M. D... a assigné le docteur F... en paiement de 50.000 fr. de dommages-intérêts devant le Tribunal civil de la Seine, en prétendant que ce dernier, au cours d'une radioscopie effectuée en trois séances, et en vingt-quatre heures, les 11 et 12 décembre 1926, lui aurait causé une radiodermite qui aurait duré deux mois. Un expert, le professeur B.... commis par ordonnance de référé du 11 janvier 1927 pour examiner si le docteur F... avait commis une faute pour les soins qu'il avait donnés à son malade, déposa son rapport, en concluant qu'il fallait supposer chez M. D... un état spécial qui le rendait particulièrement sensible aux rayons X, pour expliquer comment la radioscopie, effectuée normalement, aurait pu amener la radiodermite incriminée. Aucune faute n'était relevée dans le rapport à la charge du docteur F...

Le docteur F..., médecin expérimenté et consciencieux, avait apporté toute son attention et tous ses soins à la radioscopie; en l'état de la science radiologique, telle qu'elle était connue en 1926, rien ne pouvait faire supposer, ni expliquer un accident, tel que celui dont avait été victime M. D... D'ailleurs, ce dernier n'invoquait aucune faute à la charge du médecin; or, aux termes de la jurisprudence, un médecin ne peut être considéré comme responsable d'un accident survenu à son malade que si ce dernier fait *la preuve* indiscutable de la faute commise par le praticien.

Ne pouvant établir une faute à l'encontre du docteur F..., M. D... demanda alors au tribunal d'appliquer l'art. 1384, § 1er du Code civil. Ce texte est ainsi conçu :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, *mais encore de celui qui est causé par le fait* des personnes dont on doit répondre, ou *des choses que l'on a sous sa garde.* »

Faisant état de cette disposition légale, M. D... disait que le docteur F... devait être considéré comme *responsable de l'appareil radioscopique* qu'il employait, lequel serait en soi un appareil dangereux et dont l'usage créerait juridiquement à l'égard de celui qui s'en sert une présomption de faute, en cas d'accident du genre de celui qui est survenu.

L'argument était ingénieux; mais il ne pouvait résister à une analyse sérieuse des conditions d'application de l'art. 1384 C. civ. La présomption de faute, édictée par ce texte, ne peut, en effet, s'appliquer à un médecin qui fait une opération à l'aide d'un instrument quelconque, fût-ce au moyen d'une installation radioscopique; car cet article 1384, qui rend responsable celui qui a *sous sa garde* une chose inanimée, ne vise que le cas où le dommage a été causé par le fait autonome de la chose inanimée, en dehors de toute participation de l'homme c'est-à-dire lorsqu'il provient uniquement et directement de cette chose elle-même, sans pouvoir être rattaché par un lien au fait de l'homme qui l'anime : par exemple, dommage causé par une pierre qui tombe du balcon d'un immeuble.

Le Tribunal civil de la Seine, après plaidoierie de M. Louis Mercier, avocat à la Cour, défendant le docteur F... a rendu, le 3 janvier 1930, un jugement écartant l'application de l'art. 1384 C. civ. dans les termes suivants :

« Attendu, en ce qui concerne l'application aux faits de la cause de l'article 1384 du Code civil que si le principe de responsabilité du gardien d'une chose est certain lorsque la victime du dommage est un tiers, il doit en être différemment lorsque cette victime a elle-même sollicité ou accepté qu'il soit fait à son égard un emploi déterminé de cette chose;

Attendu que la convention qui est alors intervenue entre les parties a eu pour effet de déplacer la cause de la responsa-

bilité que peut encourir celui qui fait usage de la chose; que ce n'est plus en effet comme gardien qu'il peut être responsable du dommage causé, mais parce qu'il a pris vis-à-vis de l'autre partie la responsabilité de l'emploi qu'il devait faire de cette chose, cette autre partie ayant de son côté accepté de supporter le risque de cet emploi, sauf le cas de faute établie;

Attendu qu'en l'espèce il y a lieu de rechercher si cette faute a été commise et quelle en est la nature et l'importance; qu'il importe de recourir à une expertise. » A cet effet, le Tribunal a désigné trois experts chargés de rechercher et dire dans quelles conditions le médecin avait procédé à l'examen radioscopique de M. D..., quelle était la cause de la lésion dont celui-ci avait été atteint, si cette lésion était la conséquence d'une faute commise par le docteur F..., préciser cette faute.

Nous ne saurions trop appeler l'attention de nos lecteurs sur l'intérêt de cette décision rendue par la 1re Chambre du Tribunal civil. L'application de l'article 1384 présente un grave danger quand les faits permettent d'y recourir; car ce texte édicte une *présomption de faute*, c'est-à-dire que celui contre lequel on agit doit établir qu'il n'est pas en faute; il a la charge de la preuve. Au contraire, quand il y a application de l'article 1382, c'est à celui qui agit à démontrer la faute du défendeur, en l'espèce du médecin.

Avec raison, le Tribunal a écarté l'application de l'art. 1384 parce que M. D... a lui-même « sollicité ou accepté qu'il soit fait à son égard un emploi déterminé de la chose », c'est-à-dire de l'appareil radioscopique. Une convention est née entre lui et le médecin; par conséquent, pas de présomption de faute, parce que M. D... a accepté un risque provenant de cette chose. En cet état, il lui appartient de démontrer que le docteur F... a commis une faute dans l'emploi de l'appareil radioscopique, une lésion ayant été causée au malade. L'article 1382 C. civ. reprend son empire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

IIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES EN ESPAGNE. — Le C. O. V. organise le IIe voyage, qui aura lieu à Pâques, du 13 au 23 avril, pour visiter les Stations climatiques du Sud de l'Espagne et les Expositions de Barcelone et de Séville.

La Commission organisatrice espère pouvoir mettre à la disposition des médecins inscrits, le vapeur *Infante Don Jaime* pour tout le voyage, qui commencera à Barcelone, pour aller à Palma (Ile Majorque), Alicante, Malaga, Séville, où l'on arrivera le Vendredi-Saint, pour assister à la célèbre procession. Le retour se fera par Valence et Barcelone, où aura lieu la dislocation.

Le prix du voyage est fixé de 1.000 à 1.600 fr., suivant la cabine.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur A. David, 14, rue Saint-Jacques, à Lille, qui se charge de centraliser les inscriptions pour le Nord de la France.

VIIe CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — La VIIe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose se réunira à Oslo, du mardi 12 au vendredi 15 août 1930.

Le Comité d'organisation de la conférence serait désireux de recevoir toutes les adhésions à la VIIe conférence

de l'Union internationale contre la tuberculose avant le 15 mai 1930. En conséquence, les personnes de nationalité française qui désirent s'inscrire comme « membres de la conférence devront adresser leur demande au Comité national de défense contre la tuberculose et verser une cotisation de 25 couronnes norvégiennes.

Les membres de la famille des participants à la Conférence pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits, moyennant une cotisation réduite de 15 couronnes. Cette cotisation ne donne cependant pas droit à la réception du volume des comptes rendus officiels de la conférence.

Les participants à la conférence recevront, en temps opportun, tous renseignements utiles pour l'organisation de leur voyage.

Le Comité d'organisation prendra également des mesures pour obtenir des réductions sur les prix de logement et de repas. Une circulaire ultérieure en indiquera les détails.

Il est également prévu des excursions à tarif réduit, en vue de faciliter aux membres de la conférence la visite des principaux établissements antituberculeux de Norvège, ainsi que les sites les plus pittoresques.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

LIVRES NOUVEAUX

L'œdème brightique (1), par Ch. Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

L'œdème résulte d'un trouble de la régulation des humeurs qui forment les milieux intérieurs. A l'état normal, il y a entre le liquide du sang et ceux qui imbibent les cavités lacunaires un certain équilibre. C'est quand la fonction qui proportionne l'extravasation à la résorption est troublée que se constitue l'œdème.

Parmi les diverses variétés d'œdèmes, l'œdème brightique est celle où l'influence mécanique des troubles circulatoires paraît la moins importante et où les modifications physicochimiques des humeurs semblent, au contraire, tenir la place la plus considérable. C'est pourquoi tant de travaux ont été consacrés à son étude pathogénique depuis un quart de siècle.

Dans cet ouvrage, l'auteur, dont les recherches personnelles ont pris largement part à cette évolution de nos connaissances, expose méthodiquement l'anatomie pathologique de l'œdème et la composition chimique des liquides hydropiques, les caractères cliniques de l'œdème brightique avec ses localisations particulières dans les organes profonds. La pathogénie est l'objet de longs développements sur le rôle des membranes de la pression capillaire, des cristalloïdes, colloïdes, lipides et électrolytes divers, sur le mécanisme général des échanges hydriques et les rapports de l'œdème brightique et les rapports de l'œdème brightique avec l'urémie.

Dans le chapitre thérapeutique, l'étude des régimes est longuement exposée.

Ce volume inaugure la collection franco-britannique des sciences médicales et biologiques publiée sous la direction de M. M. F. G. Crookshank (de Londres) et R. Cruchet (de Bordeaux). Cette collection dont le but est de faire connaître les travaux français dans les pays de langue anglaise et en France les œuvres des savants britanniques publiera ensuite les volumes de MM. Leriche, Lœper, Georges Dumas, Billard H. Rolleston, W. Hamer, A. G. Gibson, Saint-Clair Thomson, L. Colledge, G. Draper, etc., etc... L. G.

(1) Un volume in-8 de 220 p. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin.

Le tempérament et ses troubles. Les glandes endocrines (1), par le docteur Léopold-Lévi.

Combien d'êtres humains ne sont pas satisfaits de leur état. Ils sont trop petits, trop maigres, trop gras; toujours fatigués ou sous pression, nerveux, angoissés, frileux ou sensibles à la chaleur. Ils ont leur vie empoisonnés par des migraines, de l'asthme, des affections de la peau, des rhumatismes, du diabète. Leurs cheveux tombent ou blanchissent prématurément. Ils perdent leur mémoire, vieillissent, etc., etc.

Tous ces troubles dépendent d'une *déviation de tempérament* elle-même en rapport avec le fonctionnement des glandes endocrines ou glandes à sécrétions internes, qui règlent l'état de notre corps, de notre esprit, de nos humeurs et jouent un rôle important dans le développement de la personnalité. Ces précieuses glandes sont, en outre, indispensables au raffinage des éléments qui produisent l'énergie physique; sans elles ne sont possibles ni but, ni acuité de vision, ni travail soutenu, facteurs essentiels du succès.

Le déséquilibre du tempérament est heureusement combattu par l'*opothérapie*, médication nouvelle, qui, utilisant les glandes endocrines des animaux, rétablit l'équilibre glandulaire de l'homme.

Le docteur Léopold-Lévi, qui depuis un quart de siècle s'est spécialisé dans cette question importante, met aujourd'hui le fruit de son expérience à la portée de tous. Les nombreux portraits-type qu'il a magistralement choisis pour rendre son texte plus attrayant, seront bientôt connus de tout le monde. Et l'on lira avec le plus vif intérêt, le musée morphologique, le musée des nerveux, le musée humoral, les rapports des instincts, des péchés capitaux, des appareils y compris l'appareil génital avec les glandes endocrines. Son livre constitue le complément nécessaire des ouvrages du docteur Victor Pauchet.

Le diagnostic des angines aiguës (2), par le docteur A.-B. Marfan.

Le professeur Marfan a réuni dans ce petit volume les leçons qu'il a professées à diverses reprises, et, en particulier, en 1928, aux Enfants Assistés. Il pèse tout d'abord la valeur diagnostique des divers symptômes, qu'il s'agisse de ceux révélés par l'examen de la gorge : ce sont les plus importants; des manifestations locales concomitantes; des phénomènes généraux; puis il passe en revue les angines *rouges* et les angines *blanches*, pour exposer et présenter les résultats du diagnostic bactériologique. De cette étude, faite avec la clarté et l'élégance magistrale qui lui sont coutumières, M. Marfan conclut qu'en cas d'angine aiguë, lors du premier examen, on peut, dans la majorité des cas, avec les seules données de l'exploration clinique, décider s'il faut ou non injecter tout de suite du sérum antidiphtérique.

L. Babonneix.

Foire internationale de Lyon. — La Foire de Lyon ouvre ses portes du 3 au 16 mars. A cette occasion, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés pour Lyon par les gares des grands réseaux français, à partir du 2 mars, sont valables jusqu'au 17 mars inclus, sans faculté de prolongation.

Pour les exposants et leur personnel, il est prévu une durée de validité plus étendue. Les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 3 février au 16 mars, sont valables jusqu'au 16 avril. Avant leur départ de Lyon, les intéressés sont tenus de faire timbrer, par la gare, leur certificat d'exposant ou d'employé d'exposant.

(1) Un volume in-8 couronne, figures. — Prix : 30 fr. — Paris, éditions J. Oliven, 65, avenue de la Bourdonnais (VIe).
(2) Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Duvoir, M.-P. Weill, Halbron, qui acceptent; Courtois-Suffit, Laignel-Lavastine, May, Comte, Besançon, Léri, Loyan, Parmentier, Paisseau, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Léon-Kindberg, Carrié, Paraf, Boulin, qui acceptent; Nicaud, Cathala, Haguenau, Levesque, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Une place de médecin suppléant à l'hôpital civil de Reims est mise au concours. Les épreuves auront lieu en juin 1930.

Les concurrents devront s'inscrire au secrétariat des hospices avant le 15 mai 1930.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des Facultés de médecine (1er degré) :

Première division. — Biologie. — CATÉGORIE A. — ANATOMIE. — Académie de Bordeaux : M. Dufour, 16 + 17 = 33.

Académie de Montpellier : M. Laux, 16 + 17 = 33.

CATÉGORIE B. — HISTOLOGIE. — Académie de Nancy : M. Florentin, 16 + 17 = 33.

CATÉGORIE C. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE ET PARASITOLOGIE. — Académie de Lyon : M. Morenas, 19 + 18 = 37.

CATÉGORIE D. — BACTÉRIOLOGIE. — ».

CATÉGORIE E. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Académie de Paris : M. Grandclaude, 18 + 18 = 36; M. Huguenin, 19 + 19 = 38.

Académie d'Alger : M. Montpellier : 15 + 15 = 30.

CATÉGORIE F. — PHYSIOLOGIE. — Académie de Paris : M. Gayet, 17 + 18 = 35.

Académie d'Alger : M. Malmejac, 17 + 16 = 33.

Académie de Strasbourg, M. Kayser, 18 + 17 = 35.

CATÉGORIE G. — CHIMIE. — Académie de Paris : M. Wolff, 16 + 16 = 32.

Académie d'Alger : M. Dubouloz, 14 + 16 = 30.

Académie de Strasbourg : M. Roche, 17 + 18 = 35.

Quatrième division. — Pharmacie. — CATÉGORIE L. — HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE. — Académie de Toulouse : M. Martin, 18 + 17 = 35.

NOTA. — Les résultats pour les autres catégories seront publiés ultérieurement. (*J. O.*, 15 fév. 1930.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie s'ouvrira le jeudi 2 octobre devant la Faculté mixte de médecine de l'Université de Lyon (*J. O.*, 15 fév. 1930).

ÉCOLES NATIONALES VÉTÉRINAIRES. — M. Tapernoux, chef de travaux agrégé à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est nommé, après concours, professeur agrégé à la même école.

M. Auger, chef de travaux agrégé à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est nommé, après concours, professeur agrégé à la même école.

M. Darraspen, chef de travaux agrégé à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, est nommé, après concours, professeur agrégé à la même école.

M. Auger, professeur agrégé à l'Ecole vétérinaire de Lyon, est nommé professeur à la même école.

M. Darraspen, professeur agrégé à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, est nommé professeur à la même école.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Goëtt, Branger, Dupin et Huber.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Pennober, Deney, Lenoir et Austry.

(Réserve.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de réserve Alain et Charézieux.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de 2e classe de réserve Sicard.

EDUCATION PHYSIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Blum (Charles-Edgard).

GUERRE. — M. le médecin général Cadiot, sous-directeur du Service de santé de la région de Paris, a été nommé directeur du Service de santé de la région de Paris, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Lanne, maintenu au Comité consultatif de santé et chargé de missions.

M. le médecin colonel Geysen, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, a été nommé sous-directeur du Service de santé de la région de Paris.

M. le médecin colonel Morvan, médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes, a été nommé sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin colonel Geysen, appelé à un autre emploi (service).

RÉUNION MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE FRANCO-BELGE. — La Faculté de médecine de l'Université de Lille a décidé d'organiser les 10, 11 et 12 mai 1930, sous le nom de Réunion médicale et pharmaceutique franco-belge des journées auxquelles seront conviés tous les médecins et pharmaciens de la région du Nord (départements du Nord, du Pas-de-Calais, Somme, Aisne et Ardennes) et les médecins et pharmaciens de la région limitrophe de la Belgique, que tant de points de contact et tant d'affinités rapprochent fraternellement de leurs collègues du Nord de la France.

Cette réunion dont le programme sera donné ultérieurement, ne se propose nullement de concurrencer des manifestations scientifiques de plus haute envergure telles les Journées médicales de Bruxelles ou les Journées médicales franco-belges de Paris, mais simplement de fournir à ses anciens élèves et à tous les médecins et pharmaciens qui y seront conviés, l'occasion de se tenir au courant des progrès de la médecine et des sciences pharmacologique ou physico-chimique, grâce à des exposés cliniques, à des démonstrations de laboratoires et à des conférences portant sur des sujets d'actualité et d'intérêt pratique.

XXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Liége, septembre 1930). — Le mardi 23 septembre prochain, s'ouvrira à Liége, sous la présidence de M. le professeur de Beco, le XXIe Congrès français de médecine.

Le Comité d'organisation de ce Congrès est constitué par M. le docteur de Beco, professeur à l'Université de Liége, président; M. le docteur de Stella, professeur à l'Université de Gand, M. le docteur Lemaire, professeur à l'Université de Louvain et M. le docteur Verhoogen, professeur à l'Université de Bruxelles, vice-présidents; M. le docteur Roskam, professeur à l'Université de Liége, secrétaire général; M. le docteur Schoofs, professeur à l'Université de Liége, trésorier.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale de l'Association des médecins de langue française, pour figurer à l'ordre du jour de la XXIe session :

Pathologie médicale. — « Les hyperthyroïdies ». — Rapporteurs : MM. le professeur Marcel Labbé; les docteurs Azerad et Gilbert-Dreyfus, de la Faculté de médecine de Paris; le docteur Dautrebande, de la Fondation Reine Elisabeth, à Bruxelles; le professeur Bérard, de la Faculté de médecine de Lyon.

Pathologie générale. — « Le métabolisme de calcium ». — Rapporteurs : MM. le professeur L. Blum, de la Faculté de médecine de Strasbourg; le docteur Brull, de la Faculté de médecine de Liége; les docteurs M. P. Weil et Guillaumin, de la Faculté de médecine de Paris; le professeur Mouriquand, de la Faculté de médecine de Lyon.

Thérapeutique. — « Les indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète ». — Rapporteurs : MM. le professeur Hoet, de la Faculté de médecine de Louvain; le professeur agrégé Aubertin, de la Faculté de médecine de Bordeaux; le professeur Bickel, de la Faculté de médecine de Genève; le docteur Le Fèvre de Arric, de la Faculté de médecine de Bruxelles.

L'exposé de chaque groupe de rapports sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Des communications pourront également être faites sur des sujets importants étrangers aux questions mises à l'étude pour autant que leur texte ou un résumé explicite, remis au secrétaire général du Congrès avant le 1er septembre 1930, ait reçu l'agrément du bureau.

Des fêtes, réceptions et excursions seront organisées, dont le programme sera donné ultérieurement.

Dès à présent, le bureau du XXIe Congrès français de médecine fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française, ainsi qu'aux médecins et savants de toutes nationalités; il les convie à adhérer au Congrès et à participer activement à ses travaux.

Renseignements d'ordre pratique concernant l'adhésion et la participation active au Congrès. — Les titres de communications devront être adressés, le plus tôt possible, à M. le professeur Roskam, secrétaire général, 16, rue Beekman, à Liége. Si le bureau du Congrès le juge utile — et nous avons vu que c'est de façon générale le cas pour les communications étrangères aux sujets rapportés — le texte *in extenso*, définitif et dactylographié ou un résumé explicite de la communication devra également lui être remis avant le 1er septembre. L'étendue des communications n'excédera en aucun cas six pages d'impression.

Il est rappelé que les membres adhérents des congrès français de médecine comprennent :

1° De droit, les membres de l'Association des médecins de langue française;

2° Sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès les médecins et savants qu'intéressent les questions médicales.

Tous participent, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications.

Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés.

(*Voir la suite, p. 253.*)

INFORMATIONS

(SUITE)

La cotisation pour les membres adhérents du XXIe Congrès français de médecine est fixée à 100 fr. belges (20 belgas), celle des membres associés à 50 fr. belges (10 belgas).

Les adhésions accompagnées du montant de la cotisation sont reçues dès maintenant par M. le professeur Schoofs, trésorier du Congrès, 41, rue Louvrex, à Liége (compte chèques postaux, Bruxelles n° 2739.44 du XXIe Congrès français de médecine, rue Louvrex, 41, Liége) qui délivrera une carte de congressiste tenant lieu de quittance.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. Blanchetière, agrégé, a commencé une série de leçons de chimie pathologique les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 18 h. (amphithéâtre Vulpian), depuis le mardi 18 février 1930.

— COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE. — *Conférences complémentaires.* — M. Dognon, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 20 février 1930, à 17 h., à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : « Physico-chimie biologique. — Energétique animale. »

— MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de M. CUNÉO, professeur. Cours de M. le docteur Raymond BERNARD, prosecteur. — *Chirurgie de la tête et du cou. Chirurgie nerveuse.* — Ouverture du cours, lundi 17 février 1930, à 14 h.

Première série. — 1° Interventions sur le corps thyroïde. Enucléations intraglandulaires. Ligature des artères thyroïdiennes;

2° Thyroïdectomies pour goître simple et goître exophtalmique;

3° Amputations de la langue. Exérèses ganglionnaires cervicales. Extirpation de la sous-maxillaire, de la parotide;

4° Trépanations de la mastoïde, des sinus de la face. Résection des maxillaires;

5° Chirurgie de la tête et du cou chez l'enfant : torticolis, fistules branchiales, les becs-de-lièvre.

Deuxième série. — 1° Technique générale des trépanations craniennes et de l'exploration du cerveau. Traitement des fractures de la voûte;

2° Trépanations pour tumeurs cérébrales, pour tumeurs ponto-cérébelleuses, pour tumeurs de l'hypophyse;

3° Technique des laminectomies. Section des racines postérieures. Cordotomies;

4° Chirurgie du trijumeau (neurotomie rétrogassérienne), du facial, du phrénique. Découverte du plexus brachial;

5° Chirurgie du sympathique : sympathique cervical, section du nerf prescuri, sympathectomies périartérielles.

Ces cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 fr., pour chaque partie de ce cours. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

— CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice VILLARET.) — *Cours de perfectionnement* (*Pâques 1930*, 24 mars au 5 avril), sous la direction de M. le professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Necker. — *La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 24 mars 1930, à 9 h., à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; Bith, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service; François Moutier, Saint-Girons, chefs de laboratoire à la Faculté; Justin Besançon, chef de clinique et du laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques à la Faculté.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 h.; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 h.

Il comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 h., par le professeur Maurice Villaret et le docteur Bith.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 5, 6 et 7 avril, à Vichy. Les élèves de ce cours et des autres cours de vacances de l'année désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger Even, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. Il sera complété ultérieurement par un autre enseignement de vacances, au début de juillet, portant sur la thérapeutique médicale et hydrominérale des maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et des reins.

PRATIQUE MÉDICALE

UN MÉDICAMENT D'URGENCE DE LA DYSPNÉE PAROXYSTIQUE : LA CORAMINE (1)

Par le docteur S. BLOCH.

Le premier réflexe thérapeutique du médecin appelé auprès d'un sujet atteint d'un accès aigu de dyspnée est généralement de prendre dans sa trousse d'urgence une ampoule de morphine. Il y a en réalité mieux à faire que de recourir à ce médicament banal qui, au surplus, peut être funeste et nettement contre-indiqué chez certains malades atteints d'urémie, d'œdème aigu du poumon, d'asystolie mitrale que leur état d'anhélation n'aurait pas permis de reconnaître pour tels.

La coramine rendra alors souvent de grands services en jugulant le syndrome de dyspnée anxieuse et en permettant un interrogatoire plus serré, donc un diagnostic. L'auteur cite quelques cas où cette médication d'urgence donna des résultats excellents, bronchite aiguë chez un vieux scléreux pulmonaire emphysémateux, œdème pulmonaire chez un brightique, crise de dyspnée chez un hypertendu azotémique, double épanchement pleural. Chez ces malades toute autre médication eût vraisemblablement agi moins bien, et sans cette innocuité de la coramine qui permet son usage itératif sans qu'il y ait lieu de craindre des accidents toxiques ou cumulatifs. Ce médicament, grâce à son énergique action cardiodynamique et respiratoire, trouve en fait, une indication formelle toutes les fois que la dyspnée domine la scène clinique.

(1) *La Médecine*, juin 1928.

LES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE NARCOLEPSIE

Par JEAN LHERMITTE et NICOLAS KYRIACO.

Après avoir été quelque peu négligées, les perturbations de la fonction du sommeil ont depuis quelques années suscité un regain d'attention en raison même des progrès qui se marquaient dans l'évolution de nos connaissances sur la physiologie de la fonction du sommeil. Les troubles de la fonction hypnique peuvent être rangés en deux grandes catégories, suivant que ceux-ci ont pour conséquence la suppression, la perturbation du sommeil nocturne, ou, tout au contraire, déterminent l'apparition d'un sommeil diurne pathologique. La somnolence morbide est un phénomène avec lequel les médecins ont chaque jour à compter; rien de plus banal, en effet, que ce que nous désignons sous le nom d'hypersomnie. Mais cette hypersomnie n'est qu'un vaste cadre dans lequel se mêlent les cas les plus disparates; et devant un malade, dire qu'il est atteint de somnolence ou de sommeil pathologiques, ce n'est guère faire qu'une constatation très vague. En effet, l'hypersomnie envisagée dans son ensemble plus général doit être scindée, ainsi que nous l'avons montré ailleurs, en deux grandes catégories : d'une part, l'hypersomnie qui généralement survient progressivement, plonge le malade dans l'anéantissement psychique pendant de longues heures et, quelquefois durant plusieurs journées ou même plusieurs semaines pour se dissiper ensuite et, d'autre part, l'hypersomnie qui frappe par crises soudaines au cours desquelles la dissolution des fonctions de conscience est tellement superficielle que des excitations peuvent rapidement la dissiper, et enfin dont un des caractères majeurs est d'être d'une durée assez courte. C'est uniquement à cette dernière variété d'hypersomnie que nous consacrons cette étude.

L'hypersomnie paroxystique est peu connue des médecins malgré la quantité considérable de travaux très importants qui lui ont été consacrés, depuis quelque trente ans. On lui refuse encore droit de cité dans les livres les plus récents de pathologie; nous en avons cherché mention, en vain, dans le *Traité de médecine* le plus moderne et qui devrait être le plus complet (1).

Bien qu'on la trouve relatée dans une observation de Westphal en 1877, c'est à Gélineau que revient le mérite d'avoir étudié de la manière la plus précise et la plus complète le syndrome de l'hypersomnie paroxystique ou narcolepsie.

L'ouvrage de Gélineau paru en 1881, intitulé « De la narcolepsie » contient 14 observations d'hypersomnie morbide paroxystique dont les traits sont si parfaitement bien dessinés qu'il faut reconnaître qu'il y a bien peu de chose à ajouter à la description clinique primitive de Gélineau. Mais, si la figure de la narcolepsie n'a pas changé, la manière de concevoir l'origine, le mécanisme et la nature de ce syndrome a subi de nombreuses vicissitudes. Nous n'en reprendrons pas l'histoire laquelle, d'ailleurs, est loin d'être achevée. Les travaux les plus prochains montrent, en effet, qu'au moins à l'étranger on est très loin de s'entendre sur la délimitation à donner à l'hypersomnie paroxystique, à la narcolepsie, ou à ce que certains auteurs désignent du nom de syndrome de Gélineau.

Selon M. Redlich, par exemple, auquel nous devons les travaux remarquables sur les manifestations cliniques de la narcolepsie, il faut entendre sous ce terme une affection qui survient dans l'adolescence, pendant la période pubérale, beaucoup plus fréquente chez les garçons et caractérisée par des accès de sommeil paroxystique se renouvelant plusieurs fois pendant le jour et, d'autre part, par des phénomènes moteurs décrits par Gélineau sous le nom d'astasie, et auxquels on peut donner selon Redlich l'appellation de perte du tonus, ou avec Trömner les termes d'atonie affective. Enfin il se joindrait, toujours selon Redlich, à ces deux phénomènes caractéristiques une troisième manifestation caractérisée par des états de sommeil partiel que l'on peut désigner sous le terme admis maintenant de cataplexie.

Dans un travail antérieur publié ici même par Lhermitte et Nicolas, les traits les plus personnels à la cataplexie ont été suffisamment analysés pour qu'il soit inutile d'y revenir maintenant. D'après Redlich, la narcolepsie telle que nous venons de la décrire, constitue une maladie « sui generis » probablement de nature fonctionnelle, en tout cas à l'origine de laquelle on ne peut trouver aucune modification ni du système nerveux, ni de l'appareil somatique, en général.

En somme, M. Redlich reprend la vieille thèse de Gélineau, pour lequel la narcolepsie serait une névrose autonome. Contre cette théorie, l'un de nous s'est déjà élevé il y a vingt ans, et dans le rapport qu'il présentait au Congrès des neurologistes et des psychiatres français, en 1910, Lhermitte étudiait, non pas la narcolepsie, mais les narcolepsies et, il insistait tout particulièrement sur les narcolepsies symptomatiques, c'est-à-dire sur le syndrome d'hypersomnie paroxystique à l'origine duquel l'examen clinique peut mettre au jour une perturbation caractérisée du système nerveux, d'une glande vasculaire sanguine, d'un grand émonctoire, ou encore du métabolisme général.

Cette thèse selon laquelle la narcolepsie doit être dissociée et fragmentée, puisqu'elle n'est plus ici une maladie mais un symptôme, analogue, par exemple, à l'épilepsie, a été accueillie avec faveur dans les pays de langue française; mais il n'en est pas de même à l'étranger, et tout récemment encore, un auteur américain M. Max Levin, soutient qu'il faut restreindre le terme de narcolepsie ou de syndrome de Gélineau aux cas dans lesquels sont associées, tout ensemble, les attaques de sommeil et la cataplexie. Les faits dans lesquels survient l'hypersomnie paroxystique mais auxquels ne se mêle point l'élément cataplectique ne méritent pas, selon l'auteur, l'appellation de narcolepsie.

La lecture du travail de M. Levin ne nous a nullement convaincus de la justesse de la thèse qu'il

(1) *Traité* de Roger, Widal, Teissier. *Pathologie du sommeil*, 1928, t. XVIII, p. 43.

défend. Nous n'apercevons nullement, en effet, la raison pour laquelle on ne serait pas autorisé à dénommer narcolepsie la manifestation saisissante et typique d'un sommeil paroxystique en l'absence de toute perturbation isolée du tonus. Les phénomènes de cataplexie très souvent discrets demandent à être cherchés et beaucoup de narcoleptiques ne les accusent pas d'eux-mêmes. On conçoit que, dans ces conditions, très souvent ils passent inaperçus de l'observateur insuffisamment renseigné. D'ailleurs M. Levin est à peu près le seul qui se tienne dans une position aussi étrange; Redlich, par exemple, qui demeure le défenseur de la narcolepsie entité morbide spécifique, admet parfaitement que certains cas de narcolepsie authentique ne présentent pas d'attaques cataplectiques. Il en va de même de M. Kinnier Wilson pour lequel la cataplexie est certes un phénomène intéressant, mais nullement indispensable et nécessairement lié à la narcolepsie.

Cela étant dit, la position de la question devient beaucoup claire et l'on peut admettre, presque unanimement, qu'il existe un syndrome, le syndrome de Gélineau, si l'on ne veut point préjuger sa nature, dont l'élément le plus personnel et nécessaire consiste dans les crises de sommeil paroxystique et dont les manifestations associées, mais non indispensables, sont constituées par des attaques de perte du tonus, des phénomènes d'excitation ou d'inhibition du système nerveux végétatif, enfin, dans un certain nombre de cas, par des perturbations de la sphère psychique.

Le problème qui se pose devant nous à l'heure actuelle est le suivant : le syndrome nercoleptique peut-il être scindé, ainsi que le veut Redlich, en deux catégories : l'une qui comprendrait la narcolepsie-névrose, maladie autonome, l'autre la narcolepsie symptomatique?

Certes, *à priori*, on ne saurait refuser à Redlich qu'il existe des cas à l'origine desquels l'examen le plus minutieux ne permet de reconnaître aucune perturbation somatique; mais ceci étant admis en tant que principe général, il s'agit de savoir si les cas de ce genre sont fréquents ou si, au contraire, ils constituent des raretés.

Ainsi que nous l'avons montré avec Auguste Tournay, dans le rapport sur le sommeil en 1927, lorsqu'on lit avec attention les observations qui figurent dans les mémoires publiés par les tenants les plus décidés de la thèse de la narcolepsie-névrose autonome, on est frappé de ce fait que la plupart des malades atteints de cette soi-disant narcolepsie-névrose présentent, en réalité, des manifestations somatiques qui ne sont point négligeables. Trömner qui, dans son plus récent travail de 1929, semble se joindre à Redlich, reconnaît que, dans un grand nombre de cas de narcolepsie, on trouve à l'origine le traumatisme, des désordres endocriniens, la menstruation, la gravidité, des symptômes endocriniens caractérisés, l'acromégalie, l'obésité, etc... Aussi, Trömner déclare que l'hypnolepsie ou narcolepsie véritable (génuine-hypnolepsie) peut être conditionnée par une série de causes extérieures et déterminée par différents facteurs internes lesquels jouent en physiologie, comme en pathologie, un rôle important dans la fonction hypnique.

Nous avons dit plus haut quelle est la thèse soutenue par M. Levin, pour lequel le syndrome de Gélineau, la véritable narcolepsie devrait être restreinte aux faits dans lesquels à la narcolepsie s'associe la cataplexie. Or, si l'on considère les 4 cas du syndrome de Gélineau observés personnellement par M. Lévin, que découvre-t-on au point de vue de l'étiologie de ce syndrome? En bref, voici les constatations que l'on peut faire.

Le premier cas se rapporte à un garçon de treize ans, atteint de tuberculose du sommet gauche qui, neuf mois après le début de la maladie fut atteint d'attaques de sommeil et de perte subite du tonus, en même temps qu'apparaissaient des modifications dans la sphère psychique. La puberté fut retardée, le sujet devint asthénique; enfin, on constata l'apparition d'une albuminurie orthostatique et une éosinophilie sanguine. Il est à noter que la tante maternelle du sujet fut atteinte d'attaques d'anxiété et qu'un cousin paternel était un schizophrène. On reconnaîtra que ce sujet avait de multiples raisons d'être atteint de phénomènes nerveux, et que la narcolepsie peut trouver ici de nombreuses causes à son développement.

Le second cas a trait à un homme de vingt-six ans qui, en juillet 1918, fut atteint de la « grippe espagnole » et chez lequel, en décembre suivant, s'installèrent des attaques de sommeil dont la terminaison était marquée invariablement par la perte de quelques gouttes d'urine. En mai 1919 apparurent les premières attaques de cataplexie caractérisées par la dissolution du tonus de la mâchoire, du cou, des épaules et des bras pendant le rire.

En vérité, il est vraiment difficile de ne pas saisir le rapport étiologique et pathogénique qui relie la grippe espagnole survenue en juillet avec sa conséquence différée en décembre suivant, des attaques de narcolepsie.

Le troisième cas est encore un homme qui fut atteint de soi-disant grippe une première fois à treize ans, une seconde fois à seize ans. Les attaques d'hypersomnie paroxystique survinrent à l'âge de dix-sept ans, et les attaques de cataplexie seulement à l'âge de dix-neuf ans. Cet homme, avoue M. Lévin, est un hypothyroïdien; de plus, on constate que les globules rouges atteignent le nombre anormal de 5.300.000, tandis que les globules blancs ne dépassent pas 4.800.000. La formule leucocytaire n'est pas normale, puisque l'on compte seulement 54 polynucléaires neutrophiles et 43 mononuclaires.

Le dernier cas observé personnellement par l'auteur est une jeune fille de seize ans qui, réglée à treize ans, présenta à quatorze ans, des attaques de sommeil.

L'examen somatique mit en évidence, ici, des symptômes discrets de dysthyroïdie : fermeté du lobe droit du corps thyroïde, élargissement de la fente palpébrale, tachycardie légère (80 à 90), tremblement de la langue et des doigts.

Voici donc une série de cas qui montrent que, dans le syndrome de Gélineau au sens le plus restreint du mot, les attaques de narcolepsie-cataplexie

s'associent à des manifestations somatiques indiscutables et qu'il serait injustifié de parler ici de narcolepsie essentielle ou idiopathique.

Max Lévin rapporte également dans son mémoire trois cas de narcolepsie sans cataplexie. Comme nous l'avons dit plus haut, Levin refuse d'appliquer à ces faits l'étiquette de narcolepsie et les recouvre de l'appellation de « somnolence morbide ». Que nous apprennent ces faits ? Ceci, que dans le premier cas qui se rapporte à un homme de vingt ans, l'hypersomnie est survenue après l'apparition d'une obésité probablement d'origine thyroïdienne. On constata, en outre, l'existence d'une déficience sexuelle et un retard intellectuel. Agé de vingt ans, ce sujet rentrait par l'intelligencre dans le cadre des sujets de quatorze ans d'après les tests de Binet et Simon.

La seconde observation qui vise un écolier de seize ans, montre que les attaques de narcolepsie succédèrent à un épisode aigu caractérisé par de la fièvre, de sévères douleurs occipitales, de l'insomnie et surtout par l'apparition nocturne d'hallucinations visuelles. La maladie se poursuivit et l'on constata de l'excitation motrice et de la polyphagie. Enfin, l'examen du liquide céphalo-rachidien révéla la présence de 12 éléments cellulaires par millimètre cube.

On conviendra sans peine que ce n'est point témérité que de porter ici le diagnostic de narcolepsie post-encéphalitique.

Le dernier cas rapporté par Lévin est beaucoup moins intéressant et mérite à peine d'être mentionné car il a trait à une fillette de dix ans, inintelligente, toujours endormie. Il s'agit moins ici d'attaques narcoleptiques que d'un état de somnolence constitutionnel chez un enfant arriéré.

Tous les faits que nous venons de rapporter, déposent ainsi en faveur de la thèse que Lhermitte et Tournay ont défendue : à savoir qu'il existe moins une narcolepsie essentielle qu'un syndrome narcoleptique dont l'origine est à chercher dans une perturbation plus ou moins évidente du système nerveux, des viscères ou encore du métabolisme général.

Depuis trois ans, nous avons eu l'occasion d'observer personnellement un assez grand nombre de narcoleptiques; parmi ceux-ci, il en est plusieurs chez lesquels la nature et l'origine de l'affection apparaissent au premier examen. Il s'agit de cas dont le diagnostic ne saurait prêter à confusion et que, en conséquence. nous jugeons inutile de rapporter ici.

Mais, à côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels l'attaque narcoleptique ou la crise d'hypersomnie fait beaucoup plus malaisément sa preuve, et pour lesquels un examen soigné est indispensable. Nous voudrions donner ici le résumé très succinct de quelques-unes de nos observations les plus typiques. Celles-ci renseigneront beaucoup plus que toutes les discussions théoriques dont on a déjà tant abusé à propos de la narcolepsie ou du sommeil morbide.

On le sait, et différentes observations en font foi, qui furent rapportées par Stiefler, Wenderowic, Mankowski, Lhermitte et Rouquès, Adie, Strauss, Munzer, Wilson, Gruszech, l'encéphalite épidémique compte, parmi les symptômes qu'elle laisse à sa suite, l'hypersomnie paroxystique; et si dans un certain tombre de cas, l'hypersomnie a fait sa preuve en raison des manifestations morbides parkinsoniennes qui lui sont associées, il est des faits pour lesquels le diagnostic est beaucoup plus délicat. Dans ceux-ci, en effet, l'hypersomnie paroxystique, la narcolepsie, se présente sous les traits les plus caractéristiques de la narcolepsie essentielle ou idiopathique, et seule, l'anamnèse permet de retrouver dans le passé du sujet, une encéphalite aiguë ou une soi-disant grippe ayant plus ou moins marqué dans le souvenir du patient. Les faits suivants s'inscrivent dans ce cadre.

OBSERVATION I. — Charlotte L... vient consulter à l'hospice Paul Brousse pour des attaques de sommeil paroxystique survenues depuis quelque temps. Les crises narcoleptiques sont caractéristiques et semblent plus marquées dans l'après-midi ou à la suite des repas. Le sommeil nocturne est légèrement troublé. Enfin, de temps en temps surviennent des sensations bizarres de défaillance que la malade appelle des vertiges; ceux-ci ont déterminé un sentiment agoraphobique assez net. L'examen neurologique est absolument négatif, mis à part quelques symptômes traduisant l'hyperémotivité et un léger tremblement menu des mains.

En interrogeant la malade sur son passé, nous apprenons que trois ans auparavant elle a été atteinte d'une affection fébrile sérieuse et prolongée accompagnée de douleurs, de diplopie et de démarche ébrieuse.

Sans nul doute, nous sommes ici en présence d'une narcolepsie symptomatique, d'une encéphalite épidémique.

OBS. II. — La malade précédente se présente à nous avec sa fille, Renée L..., âgée de dix-huit ans. Réglée à treize ans d'une manière assez irrégulière, cette jeune fille présente depuis un an des crises de narcolepsie typique survenant une ou deux fois par jour, surtout après le repas. Le paroxysme hypersomnique s'annonce par des prodromes : sensation générale de fatigue, pesanteur des paupières, picotements des conjonctives. Le sommeil est invincible et persiste une heure ou un peu davantage. Au réveil, la malade éprouve l'impression de s'être simplement assoupie, alors qu'en réalité elle a dormi profondément pendant plus d'une heure.

Comme chez sa mère, l'examen neurologique est négatif, si l'on met à part un léger tremblement de la langue et une tendance à la conservation cataleptique des attitudes. Ajoutons toutefois que les fonctions intellectuelles montrent un retard de développement et que l'intelligence correspond à celle d'un enfant de douze ans, d'après les tests classiques. La réaction de Wassermann d'après la technique de Hecht est positive dans le sang.

Or, chez cette jeune fille comme chez sa mère, et à la même époque, on retrouve un épisode fébrile avec hypersomnie, diplopie et céphalées qui ont duré un mois et demi.

Ici encore, le diagnostic de *crises narcoleptiques postencéphalitiques* est trop évident pour être discuté.

OBS. III. — M. P..., âgé de vingt et un ans, vint à notre consultation en raison de phénomènes nerveux variés : sensation de fatigue, impuissance génitale et crises de narcolepsie postprandiales. L'examen du sujet fait constater immédiatement une obésité marquée surtout de la paroi abdominale, un nystagmus bilatéral, une diminution des

réflexes tendineux, plus accusée du côté gauche; enfin et surtout une amimie faciale et des mouvements cloniques des muscles du menton.

Ici, comme dans l'observation relatée plus haut, l'anamnèse met en évidence une *encéphalite épidémique* d'une durée de deux mois ayant frappé le sujet à l'âge de quatorze ans.

Chez le malade dont nous venons de retracer l'histoire, la narcolepsie était associée à une impuissance sexuelle. On sait que les troubles génitaux ne sont pas exceptionnels à la suite de l'encéphalite et il est assez aisé de les rattacher à leur véritable cause dans les faits de ce genre. Mais il est des cas où l'origine de la perturbation sexuelle est beaucoup plus malaisée à dépister et où cette perturbation s'associe cependant à l'hypersomnie paroxystique. En voici un exemple :

Obs. IV. — M. T..., âgé de vingt-huit ans, se présente à notre consultation à l'hospice Paul Brousse parce que, depuis quelque temps, il est atteint de crises narcoleptiques qui surviennent, soit après le repas, soit au repos. Lorsque le malade s'assied, ces crises narcoleptiques frappent le sujet presque à n'importe quelle heure du jour; elles le plongent dans le sommeil lorsqu'il est dans une voiture publique, dans le métro, en autobus, etc. Fait intéressant, au réveil le malade éprouve un sentiment pénible, un malaise indéfinissable, et il nous dit : « Lorsque je m'éveille d'une crise, je ne suis pas heureux. » Le sommeil nocturne est normal. On ne retrouve ni polyurie, ni polydipsie, ni modification qualitative des urines. L'examen neurologique est négatif. Au point de vue psychopathique, nous retrouvons chez lui les caractères de l'impulsivité. Nous l'avons déjà dit, cet homme malgré sa constitution physique normale, présente une impuissance génitale. Les viscères sont normaux; seul le poumon droit, à l'auscultation, révèle une zone de condensation au niveau de la partie postérieure de la scissure supérieure. Le réflexe oculo-cardiaque est inversé. Ajoutons que la réaction de Wassermann dans le sang est très fortement positive.

Voici donc un cas de narcolepsie typique indépendant, certainement, de l'encéphalite mais à l'origine de laquelle on retrouve une tuberculose en évolution jointe à une réaction sérologique syphilitique très fortement positive. Or, on sait que la syphilis est souvent à l'origine de l'impuissance sexuelle; il nous semble donc qu'ici nous sommes autorisés à rattacher, tout ensemble l'impuissance sexuelle et la narcolepsie à l'infection spécifique et que, en tout cas, on ne peut parler de narcolepsie essentielle.

A ces derniers faits, on peut joindre l'observation suivante dont certains traits s'apparentent à ceux que nous avons relatés plus haut.

Obs. V. — Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, entachée d'hérédo-syphilis, qui fut réglée à treize ans et demi et depuis régulièrement. A l'âge de dix-huit ans elle fut prise de crises d'hypersomnie invincible, survenant d'abord plus fréquemment après les repas, puis au cours des diverses occupations professionnelles ou journalières. Dans les voitures publiques, lorsqu'elle est assise, lorsqu'on parle d'une façon monotone devant elle, cette malade est envahie par le sommeil.

A l'occasion d'émotions, surviennent des attaques différentes caractérisées par la perte du tonus musculaire, caractéristique de la cataplexie. Ces crises surviennent également presque chaque jour. Enfin, cette malade accuse spontanément des phénomènes nerveux bizarres, dont les plus saillants consistent en pseudo-sensations tactiles.

L'examen neurologique est négatif, il en est de même de l'examen des viscères. La ponction lombaire a montré un liquide normal; le Wassermann sanguin est également négatif et le psychisme ne laisse reconnaître aucune anomalie. Il semblerait donc, à première vue, que nous soyons en présence de crises de narcolepsie-cataplexie, de syndrome de Gélineau indépendant de toute modification somatique. Or, il n'en est pas ainsi en réalité. La malade spontanément accuse la coïncidence d'une obésité considérable avec l'apparition des premières crises de narcolepsie-cataplexie. On est frappé, en effet, d'une surcharge adipeuse considérable, d'une obésité véritablement pathologique; l'adiposité est étendue aux membres et au tronc, les seins sont très volumineux, presque monstrueux.

La survenance à la même période des crises narcoleptiques et de l'obésité indique, à n'en pas douter, que, sous une influence pathologique qui nous échappe, des modifications fonctionnelles ou anatomiques de l'appareil endocrinien se sont produites. En effet, ainsi que nous l'avons déjà marqué, l'hyperactivité du tissu cellulo-adipeux, dont le résultat est l'emmagasinement de la graisse en proportion tout à fait anormale, s'apparente de très près à l'hyperfonctionnement d'un appareil endocrinien; et l'on peut considérer, du point de vue biologique général, le tissu cellulo-adipeux comme une vaste glande endocrine en rapport avec le métabolisme des graisses. Cette thèse est encore corroborée par ce fait significatif que les perturbations fonctionnelles du tissu cellulo-adipeux s'associent très fréquemment à des perturbations du même ordre, d'un ou de plusieurs appareils endocriniens.

Bien que nous ne soyons pas capables aujourd'hui de définir le mode d'action de l'obésité sur la fonction hypnique, il n'en demeure pas moins, de multiples observations en témoignent, que l'obésité pathologique a souvent pour corollaire l'hypersomnie prolongée ou la narcolepsie-cataplexie, c'est-à-dire le syndrome de Gélineau. On ne saurait donc parler ici de narcolepsie essentielle ou idiopathique puisque nous y saisissons de la manière la plus frappante des modifications somatiques.

Il n'est pas fréquent d'observer l'association de narcolepsie avec les maladies mentales, c'est pourquoi nous relatons ici brièvement une observation de ce genre.

Obs. VI. — Mme C..., âgée de quarante-neuf ans, née de parents alcooliques, a été hospitalisée à Brévannes pour tuberculose pulmonaire; or, cette malade présente depuis l'âge de treize ans des crises d'hypersomnie paroxystiques d'une durée de quelques minutes. Elle dort en lisant, en marchant, en causant. D'après les dires de cette malade, les envies impérieuses de dormir se seraient exagérées depuis quelque temps. Aussi avons-nous demandé à la malade d'entrer pendant quelques jours à l'infirmerie de notre service dans le but de surprendre les crises hypersomniques et de soumettre cette femme à un examen plus complet. A l'infirmerie, on a pu constater à plusieurs reprises la réalité de crises d'hypersomnie assez prolongée. Chez cette malade, en dehors des traces pulmonaires laissées par une tuberculose ancienne, en apparence guérie, on ne retrouve aucun phénomène pathologique à relever du côté des viscères ou du système nerveux. Mais le psychisme est fortement atteint.

Cette malade présente une excitation psychique permanente à caractère maniaque, à laquelle se joignent des idées délirantes de persécution basées sur de fausses interprétations. Il s'agit ici, indiscutablement, d'un état mental constitutionnel de paranoïa avec excitation maniaque périodique.

Depuis longtemps on a signalé l'existence de narcolepsie chez les *glycosuriques* ou les *diabétiques*. En voici un exemple :

Obs. VII. — Mme L..., soixante-huit ans, est hospitalisée à l'hospice Paul Brousse pour sénilité. Elle est aveugle depuis l'âge de quinze ans. Les crises de narcolepsie chez elle firent leur première apparition en 1923; au cours de la journée elle était prise d'un besoin impérieux et irrésistible de dormir, la durée du sommeil morbide était d'environ une demi-heure.

L'examen somatique ne décèle absolument aucun symptôme anormal. Le liquide céphalo ne contient ni lymphocytes, ni albumine et la réaction de Wassermann se montre négative. Les urines contiennent 12 grammes de glucose par litre, sans corps cétoniques.

Devant la carence de symptômes traduisant une lésion nerveuse ou somatique, et en présence de cette glycosurie, nous avons pensé qu'il serait intéressant de traiter la malade par l'insuline. Les injections sous-cutanées furent donc faites et selon la règle cette thérapeutique provoqua rapidement la disparition complète de la glycosurie. Or, en même temps que s'affirmait la guérison de la glycosurie, les crises narcoleptiques se suspendaient complètement. Cette épreuve thérapeutique comporte un enseignement et montre non seulement la nécessité chez tout narcoleptique d'une recherche du glucose dans les urines, mais encore de l'intérêt qu'il y a à traiter la glycosurie par une médication active, telle par exemple que l'insulinothérapie.

Parmi les observations que comporte la littérature médicale sur la narcolepsie, il en est un certain nombre dans lesquels on remarque le *retour périodique des crises hypersomniques*, et l'on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement avec la périodicité des crises comitiales. Il est établi, d'autre part, que c'est surtout dans l'épilepsie idiopathique ou essentielle, c'est-à-dire dans l'épilepsie qui semble indépendante d'une lésion matérielle des centres nerveux, que l'on constate de la manière la plus nette le retour rythmé des crises convulsives. *A priori* on pourrait penser qu'il en va de même pour ce qui est des crises narcoleptiques. De plus, l'immense majorité des auteurs qui ont étudié l'épilepsie ont très justement noté l'extrême fréquence de l'accumulation des crises comitiales au moment du flux menstruel; et la même observation a été faite pour la migraine.

Pour ce qui est de la narcolepsie, les faits, semble-t-il, sont moins significatifs. Néanmoins, plusieurs neurologistes ont parfaitement noté l'influence favorisante des règles sur le retour et l'accentuation des crises de narcolepsie. Or, nous avons eu l'occasion d'observer une malade chez laquelle les crises d'hypersomnie prolongée revenaient avec une remarquable périodicité, huit jours avant l'apparition du flux cataménial. Chez cette patiente un examen neurologique nous a fait voir qu'il ne saurait s'agir d'une hypersomnie idiopathique ou même d'origine endocrinienne car le trouble profond de la fonction hypnique trouvait son origine dans les lésions matérielles du cerveau.

Mme B..., âgée de quarante-six ans, présente depuis deux ans et demi des crises d'hypersomnie prolongée dont la durée est exactement de quatre jours. Ces crises surviennent régulièrement chaque mois après l'apparition des règles. Le sommeil pendant ces quatre jours est profond, mais les réflexes tendineux se montrent exagérés. Pendant cette phase hypnique, on observe l'extension bilatérale du gros orteil et le relâchement des sphincters. L'examen neurologique montre une légère hémiplégie droite prédominant à la face, un signe de la préhension bilatérale, une exaltation de la réflectivité tendineuse du côté droit, accompagnée de l'extension de l'orteil du même côté; enfin, une atrophie post-stase de la papille gauche et une stase papillaire très nette du côté droit.

Du côté psychique nous avons noté la lenteur d'idéation, la désorientation temporelle et spatiale variable, la tendance à la fabulation, un assez grand degré d'indifférence affective, un retard dans les réponses motrices, bref un ensemble de signes qui indiquent à n'en pas douter l'existence d'une lésion profonde du lobe frontal gauche. Ajoutons, enfin, que l'examen radiographique de la selle turcique a montré un élargissement de celle-ci et une décalcification très prononcée des apophyses clinoïdes postérieures.

Voici donc un fait particulièrement instructif; il atteste d'abord l'origine organique de l'hypersomnie, ensuite il indique que le retour périodique du sommeil morbide n'est pas fatalement en rapport avec une perturbation endocrinienne, puisqu'ici nous avons de multiples témoignages qui nous permettent de porter le diagnostic de tumeur du lobe frontal gauche avec envahissement de la base de l'encéphale.

La série d'observations que nous venons de rapporter confirme, on le voit l'idée générale que nous avons exposée au début de ce travail, à savoir : que s'il existe une narcolepsie-cataplexie névrose, et que si, d'autre part, certains cas d'hypersomnie prolongée peuvent survenir indépendamment de toute manifestation organique saisissable, en vérité les faits de ce genre deviennent à l'époque actuelle de plus en plus exceptionnels; il suffit de jeter un coup d'œil sur nos observations pour être assuré que plusieurs d'entre elles eussent été considérées autrefois comme des exemples typiques d'hypersomnie essentielle, alors qu'aujourd'hui nous pouvons affirmer qu'il n'en est rien et qu'il s'agit bien de narcolepsie secondaire c'est-à-dire conditionnée par un état organique appréciable.

Le problème de la narcolepsie — névrose opposé à la narcolepsie symptomatique n'a pas seulement un intérêt pour le physiologiste et pour le clinicien, mais il est de toute première importance pour le thérapeute —. Ici encore la question se pose sur le même plan que pour l'épilepsie essentielle ou deutéropatique. Il est bien évident, en effet, que lorsqu'on trouve associée aux attaques de narcolepsie une modification organique ou fonctionnelle indiscutable, on est en droit de penser qu'il existe une relation entre ces deux états et l'on est conduit à diriger une thérapeutique contre les modifications matérielles que l'on peut appréhender. Les résultats du traitement peuvent ne pas être toujours décisifs mais ils sont souvent très encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

Adie (W. J.). Idiopathie Narcolepsy, *Brain*, 1926, vol. XLIX, p. 257.

Gélineau. De la narcolepsie, *Gaz. des hôpit.*, 1880, vol. LIII, p. 626.

Levin (M.). Narcolepsie and ether varieties of morbid somnolence, *Arch. of Neurol. and Psych.*, 1929, p. 1172.

Lhermitte. Les maladies du sommeil, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, 1910.

Lhermitte (J.) et Tournay (A.). Le sommeil normal et pathologique, *Réunion annuelle de la Soc. de neurol.*, 1927; *Revue neurol.*, t. I.

Lhermitte (J.) et Rouquès. Narcolepsie en apparence idiopathique, en réalité séquelle d'encéphalite fruste, *Revue neurol.*, 1927, t. I, p. 849.

Lhermitte (J.) et Roques (A.). Narcolepsie et canaplexie postencéphalitiques, *Revue neurol.*, 1928, t. II, p. 264; — Narcolepsie cryptogénétique, *Revue neurol.*, 1928, t. II, p. 729.

Lhermitte (J.) et Nicolas. Narcolepsie, cataplexie et pyknolepsie. Leur intrication chez un même sujet, *Gaz. des hôpit.*, 17 avril 1929.

Lhermitte (J.) et Kyriaco. Hypersomnie périodique régulièrement rythmée par les règles dans un cas de tumeur basilaire, *Revue neurol.*, 1929, t. II, p. 715.

Mankowsky Zur Pathogenese der kataplektischen infälle bei Narkolepsie, *Monats. f. Psych. u. Neurol.*, 1926, vol. LX, p. 340.

Matzdorf. Ueber Narkolepsie, *Deut. Zts. f. Nerven.*, 1925, vol. LXXXVIII, p. 1.

Mendel. Narkolepsie, *Neurol. Centralbl.*, 1916, p. 359.

Redlich. Zur Narkolepsiefrage, *Monats. f. Psych. u. Neurol.*, 1929, vol. XXXVII, p. 85; — Weiterer Beitrag zur Narkolepsiefrage, *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.*, 1917, vol. XXXVII, p. 68; — Ueber Narkolepsie, *Zeit. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1925, vol. XCV, p. 256.

Samain. Contribution à l'étude de la narcolepsie, *Th. de Paris*, 1894.

Stiefler. Ein Fall von genniner Narkolepsie, *Neurol. Centralbl.*, juin 1918, p. 380; — Narkolepsie nach Encephalitis lethargica, *Wiener klin. Woch.*, oct. 1924, p. 1044.

Strauss (H.). Zur Kasuistik und Auffassung der Narkolepsie, *Monat. f. Psych. und Neurol.*, 1926, p. 265.

Weisenburg. A case of morbid sleepiness, *Journ. of nerv. und ment. disease*, 1909, p. 367.

Wenderowic. Hypnolepsie (narcolepsia Gelineau's) und ihre Behandlung, *Arch. f. Psych.*, 1925, p. 459.

Wilson Kinnier. The Narcolepsies, *Brain*, 1928, vol. LI, p. 63.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 février 1930)

Achondroplasie à tendance généralisée. Le métabolisme basal chez les achondroplasiques. — MM. Georges Guillain et Pierre Mollaret présentent un nain de trente-deux ans, mesurant 1m25 et chez lequel on peut mettre en évidence la majorité des symptômes cliniques et radiologiques de l'achondroplasie.

Ils soulignent les difficultés et les incertitudes du métabolisme basal chez de tels sujets. Différentes mesures, toutes concordantes, donnent une augmentation d'environ 40 p. 100. Une telle valeur cadre mal avec les constatations cliniques et elle s'explique en partie par le calcul de la surface cutanée. Les formules ordinaires donnant celle-ci en fonction de la taille et du poids ne peuvent être appliquées chez de tels nains. Les auteurs ont procédé à une mesure directe à l'aide de la feuille d'aluminium, métal dont ils signalent les avantages. Ils ont pu corriger ainsi de moitié les valeurs primitivement obtenues pour le métabolisme basal. Ils ne pensent pas d'ailleurs que la valeur symbolique de la surface cutanée soit la même chez le sujet normal et chez le nain achondroplasique.

Sclérose en plaques avec tremblement cérébelleux. La forme hypothalamo-pédonculaire de la sclérose en plaques. — MM. Georges Guillain et P. Mollaret présentent un malade atteint de sclérose en plaques caractérisée par des troubles cérébelleux de la marche avec asynergie, parole scandée, nystagmus, par une névrite rétro-bulbaire bilatérale, par des modifications du liquide céphalo-rachidien avec une légère hyperalbuminose et la dissociation entre la réaction de Wassermann négative et la réaction du benjoin colloïdal subpositive.

Prenant en considération les signes cliniques observés chez ce malade au début de son affection, somnolence et diplopie traduisant des lésions mésocéphaliques hautes, prenant en considération l'absence de paraplégie et du signe de Babinski, la conservation des réflexes cutanés abdominaux et des réflexes bulbo-ponto-quadrigéminaux, les auteurs pensent que l'on peut isoler, parmi les multiples formes cliniques de la sclérose en plaques, une forme hypothalamo-pédonculaire. Cette forme peut rester pure ou être modifiée par les poussées évolutives successives qui sont un des caractères les plus habituels de la sclérose en plaques.

De la mesure des capacités cardiaques à l'autopsie. — MM. Lian, Kaplan et Puech exposent la technique simple qu'ils ont réglée et qui nécessite seulement de l'eau, une éprouvette graduée et des pinces à forcipressure.

Ils considèrent que la capacité maxima d'un cœur sain est de 40 centimètres cubes pour le ventricule gauche et de 50 centimètres cubes pour le droit; 35 centimètres cubes pour l'oreillette gauche et 40 centimètres cubes pour la droite.

Sur ses 55 cas, la cavité ventriculaire a été trouvée augmentée chez 39 malades. L'augmentation intéressait les deux ventricules dans 28 cas; le droit isolément dans 7 cas, le gauche isolément dans 4 cas seulement.

Du rôle respectif des ventricules droit et gauche dans la genèse de divers types d'insuffisance cardiaque. — MM. Lian, Puech et R. Waitz considèrent que l'asystolie est dans l'immense majorité de cas, la conséquence d'une insuffisance fonctionnelle de deux ventricules. Exceptionnellement une insuffisance ventriculaire isolée et peut être susceptible de causer l'asystolie; dans cette éventualité l'insuffisance droite peut être en cause comme l'insuffisance gauche.

D'ailleurs il est capital de distinguer dans l'insuffisance cardiaque le syndrome d'encombrement vasculaire et le syndrome d'encombrement ventriculaire.

Les deux syndromes d'encombrement ou de surcharge ventriculaire (le droit et le gauche) sont constitués par des signes locaux tirés de l'examen du cœur et tout à fait analogues dans les deux types droit et gauche : tachycardie, bruit de galop droit ou gauche, insuffisances valvulaires fonctionnelles droites ou gauches. Les deux syndromes calqués l'un sur l'autre restent longtemps purs avant d'aboutir aux œdèmes asystoliques, traduisant l'insuffisance fonctionnelle globale des deux ventricules.

De l'intolérance à l'anaphylaxie. — M. Tzanck tente d'analyser les faits complexes réunis sur le nom d'anaphylaxie et de montrer leurs rapports avec les intolérances. Pour lui, il faut distinguer deux notions :

1° La sensibilisation réalisée par l'injection préparante.

C'est le fait essentiel. Il correspond à un phénomène biologique général qui déborde l'anaphylaxie. L'anaphylaxie correspond à un type de sursensibilité acquise.

2° Le choc explosif de l'injection déchaînante n'appartient pas non plus en propre à l'anaphylaxie. C'est un cas particulier de choc protéique. Il tient surtout à la voie d'accès, c'est un phénomène d'effraction et la voie intra-veineuse est la plus sensible.

Quant au terme d'états anaphylactoïdes, l'auteur voudrait le limiter à la notion du choc protéopexique de Widal où en raison de vices d'assimilation les substances ingérées pénètrent dans le milieu intérieur, réalisant une véritable effraction par les voies normales.

Néphrite syphilitique subaiguë. — MM. Rathery, Thoyer et Waitz apportent un cas de néphrite syphilitique à évolution progressive et rapidement mortelle. Ils insistent sur un certain nombre de troubles humoraux. Pendant une première phase, la réserve alcaline, l'hydrémie sanguine sont peu modifiées.

Dans une deuxième période, l'azotémie s'élève, l'hypochlorémie s'accuse, la réserve alcaline s'abaisse, l'hydrémie s'accroît, la globuline tombe à un taux très faible et l'albuminurie augmente. L'hypochlorémie et l'azotémie sont ici non la résultante l'une de l'autre mais de manifestations concomitantes du trouble fonctionnel grave du rein.

Fièvre ondulante traitée et guérie par des injections de trypaflavine. — M. Béthoux (de Grenoble).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 5 février 1930)

Anévrisme traumatique de l'artère fémorale. — M. Moure rapporte cette observation de M. Michaud (de Narbonne). Quatre jours après l'ablation d'une balle enlevée à l'anesthésie locale chez un sujet de soixante et onze ans, il se développa un hématome douloureux de la cuisse. Après essai de compression intermittente, M. Michaud fut amené à pratiquer une ligature de la fémorale commune. Bon résultat.

Arthrodèse pour coxalgie. — M. Sorrel rapporte trois observations de MM. Delahaye, Wilmoth et d'Allaines. Dans le cas de M. Delahaye, l'arthrodèse fut exécutée par avivement simple pour coxalgie guérie. La malade mourut deux ans plus tard d'une affection intercurrente. La pièce montre une ankylose osseuse complète. Actuellement, les chirurgiens semblent d'accord pour pratiquer ces arthrodèses chez les anciens coxalgiques présentant une pseudarthrose douloureuse. M. Sorrel pense qu'il faut choisir la méthode d'après les cas : arthrodèse par avivement, arthrodèse extra-articulaire par greffon, ou mixte par procédé extra et intra-articulaire.

Les cas de MM. Wilmoth et d'Allaines posent la question des arthrodèses extra-articulaires dans la coxalgie en évolution. Les résultats furent bons chez ces deux malades dont l'affection parut guérir plus rapidement. M. Sorrel fait remonter à Albee la première opération de ce genre pour coxalgie en évolution. M. Sorrel a opéré 15 cas analogues. Etant donné la gravité de la coxalgie de l'adulte, les résultats obtenus sont des plus intéressants. La technique d'arthrodèse sectionnant à la base le grand trochanter, appliquée dans ces cas de coxalgies récentes, expose à entrer dans l'articulation ou la région péri-articulaire abcédée. M. Sorrel pense, d'autre part, qu'un greffon iliaque prélevé sur un os voisin du foyer tel que l'os iliaque expose à prélever un greffon court et inférieur comme matériel à un greffon prélevé loin du foyer.

Coxalgie ancienne en attitude vicieuse traitée par ostéotomie et arthrodèse extra-articulaire. — M. Mathieu rapporte cette observation : M. Moulonguet a pratiqué, d'une part, une ostéotomie contre l'attitude vicieuse et une arthrodèse extra-articulaire contre la pseudarthrose douloureuse. M. Mathieu a exécuté deux fois l'arthrodèse extra-articulaire chez des enfants présentant une coxalgie à début cotyloïdien, voués de par cette localisation à une ulcération compressive rapide et grave. Au bout d'un an et demi, ces malades opérés sur le conseil de M. Ducroquet, marchaient et étaient ankylosés. M. Mathieu estime qu'à l'heure actuelle, il faut rester prudent dans les indications de ces arthrodèses pour les coxalgies en évolution.

Arthrodèse extra-articulaire pour coxalgie grave en évolution. — M. Lance rapporte une observation de MM. Fruchaud et Odureau. Malgré le plâtre, la jeune malade faisait une ulcération rapide du col. Intervention. Bon résultat. M. Lance reste prudent dans ses conclusions au sujet des arthrodèses extra-articulaires pour coxalgie en évolution.

M. Lenormant estime qu'en milieu hospitalier, à Paris, la coxalgie est une affection extrêmement grave chez l'adulte. Il a pratiqué deux résections avec mauvais résultats. Il estime l'arthrodèse extra-articulaire préférable.

Présentation de malades. — M. Dujarier. Retard de consolidation pour fracture de jambe. Ce malade opéré par ostéosynthèse avec plaque est un résultat parfait.

M. Mauclaire présente un malade inventeur d'une main artificielle. Ce Canadien, amputé des deux bras, fait mouvoir sa main artificielle en utilisant le moignon de bras du côté opposé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 8 février 1930)

Le colostrum des femmes vaccinées contre le tétanos ne contient pas d'antitoxine tétanique. — MM. Robert Debré, G. Ramon et P.-L. Thiroloix. Des substances protectrices peuvent être transmises de la mère à l'enfant par le colostrum plutôt que par le lait, tout au moins dans certaines espèces animales, notamment chez les bovidés. Les auteurs se sont demandé si ce phénomène existait chez l'homme.

Leur expérience a consisté à vacciner à l'aide de l'anatoxine tétanique des femmes enceintes, puis à chercher la présence d'antitoxine dans le colostrum prélevé ultérieurement. En même temps que la teneur en antitoxine du colostrum, ils ont étudié celles du sang de la mère, du sang du cordon et du sang du nouveau-né, pour comparer la perméabilité placentaire à celle de la mamelle, au moment où celle-ci sécrète le colostrum.

Voici leurs conclusions :

Dans l'espèce humaine, le placenta est perméable à l'antitoxine tétanique ainsi qu'en témoigne la présence de celle-ci dans le sang du cordon, après vaccination à l'anatoxine durant la grossesse, mais il ne laisse passer qu'une petite partie de l'antitoxine présente dans le sang de la mère, puisque le sang de l'enfant nouveau-né contient moins d'antitoxine que celui de sa mère. Mais on ne peut déceler d'antitoxine tétanique dans le colostrum des femmes vaccinées. Cette étude tend à prouver que la voie placentaire est, dans l'espèce humaine, celle qu'emprunte l'antitoxine pour passer de la mère à l'enfant, la voie colostrale ne jouant aucun rôle appréciable.

Les variations précoces du glycogène du foie et du muscle chez le chien dépancréaté avant et après l'injection d'insuline. — MM. F. Rathery, Kourilsky et Mlle Gibert. Chez le chien dépancréaté le glycogène hépatique diminue considérablement, mais il persiste souvent à des taux de 0,28 à 0,51 et parfois même il es encore très élevé, le glyco-

gène musculaire s'abaisse mais de façon moins intense; les variations sont absolument individuelles. La chute du glyco gène est indépendante du taux de la glycémie et de celui de la glycosurie.

Après l'injection d'insuline, le glycogène musculaire s'abaisse légèrement, le glycogène hépatique s'élève, mais cette élévation est inconstante.

Il n'existe aucun rapport ni aucune relation entre l'état du glycogène musculaire, du glycogène hépatique et le taux des glycémies.

L'action de l'insuline sur le glycogène hépatique ne saurait être considérée comme un phénomène toujours identique et de même sens.

Les variations précoces du glycogène du foie et du muscle chez le chien inanitié sous l'influence de l'insuline — MM. F. Rathery, Kourilsky et Mlle Gibert. Le chien inanitié même pendant vingt et un jours, peut conserver encore une quantité importante de glycogène hépatique et musculaire. Il existe de grandes variations individuelles; comme chez le chien normal, l'insuline détermine un abaissement très marqué du glycogène hépatique et une chute légère du glycogène musculaire.

Potassium du sang chez l'homme et les animaux. — MM. Rémond et Cantegril (présenté par M. Baudoin) ont dosé le potassium des globules, du sérum et du sang total. Voici les résultats moyens obtenus chez le lapin : sérum 0,20 à 0,25 p. 1000; globules : 6,9 p. 1000, sang total 3 à 4 grammes pour 1000. Chez l'homme, sérum 0,24 p. 1000, globules 6,1 p. 1000, sang total : 2,97 p. 1000. Les résultats obtenus chez l'homme et les animaux sont très voisins. Il faut remarquer le taux extrêmement faible du potassium dans le sérum.

Sympathique et chronaxie. — M. et Mme Lapicque montrent que l'excitation du sympathique diminue la chronaxie du muscle normal ou encaissé. Il se fait une chute importante de la chronaxie, qui revient peu à peu à sa valeur normale. Sur un muscle fatigué, après excitation du sympathique, on voit les contractions reprendre leur ampleur normale.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 8 janvier 1930)

L'iode et l'iodure dans le traitement de la syphilis. — M. Gougerot, après avoir exposé les différentes théories pouvant expliquer l'action générale de l'iode dans la syphilis, en donne les indications suivantes : d'une manière générale, dans les syphilis tertiaires (gommes), dans les syphilis secondaires (papuleuses), dans les syphilis secondaires (chancres massifs).

L'iodure sera encore employé dans : 1° les syphilis ulcéreuses (phagédénisme); 2° syphilis à tendances scléreuses (ostéite, myélite, tabes, etc.); 3° syphilis dégénératives (dégénérescences amyloïdes) ; 4° syphilis douloureuses (céphalées, névralgies diverses) ; 5° syphilis articulaires.

Les contre-indications de l'iodure seront : 1° lésions du larynx et du pharynx (œdème de la glotte), ici la contre-indication est toutefois relative) ; 2° tendance ou menace d'œdème aigu du poumon; 3° menace de tuberculose (sauf les mycoses); 4° les réactions vaso-motrices intenses (urticaires); 5° les néphrétiques (sauf la néphrite chronique syphilitique); 6° la tendance aux hémorragies ; 7° l'anaphylaxie à l'iode; 8° la furonculose; 9° les néoplasiques.

Les formules préconisées sont les solutions d'iodure associées au lait ou à la teinture (et non au sirop) d'écorces d'oranges amères.

Comme correctif contre l'iodisme, on pourra donner de la belladone ou de l'adrénaline.

Gros avantage à donner l'iodure par voie rectale.

Enfin, on pourra utiliser les succédanés : l'iodo-maïsine ou encore le lipiodol de Lafay.

Association avec les autres antisyphilitiques.

1° L'iodure avec Hg ou As ou Bi; 2° ou l'on donnera encore ces divers produits en alternance; le cyanure de Hg sera donné avantageusement en alternance avec le lipiodol.

Enfin, l'on pourra utiliser le principe des trois IO : 1° du 1er au 10 de chaque mois, prescrire : Hg; 2° du 11 au 20 : Ki; 3° du 21 au 30 : repos médicamenteux ou donner une préparation phosphorée ou tonique.

Rôle de la médication soufrée (thiosulfates) dans le traitement de l'anémie simple. — MM. F. Trémolières et André Tardieu font connaître les modifications favorables portant sur le nombre de globules rouges et le taux de l'hémoglobine qu'ils ont observés dans neuf cas d'anémie simple de l'enfant et de l'adulte, à la suite de la médication soufrée (thiosulfates) administrée par la voie buccale ou par injections hypodermiques. Ils ont utilisé une eau fortement minéralisée contenant notamment 0,7529 de calcium et 0,0862 de thiosulfates par litre.

Les résultats sont surtout frappants chez l'enfant.

A l'exception d'un seul cas dans lequel les auteurs ont relevé quelques troubles digestifs, d'ailleurs bénins (inappétence, état nauséeux, diarrhée), jamais la médication, même administrée à très fortes doses, n'a provoqué le moindre trouble.

Accidents anaphylactiques au cours du traitement par l'insuline. — MM. A. Cade, J. Gaté et Ph. Barral (de Lyon) signalent trois observations de malades traités par l'insuline et présentant toute une série de phénomènes qui sont nettement à rattacher aux accidents d'anaphylaxie. D'après ces auteurs il ne semble pas qu'il s'agisse de la qualité de l'insuline, car ils ont employé des insulines de différentes sources et de marques bien connues. Ils estiment qu'ils ne peuvent affirmer si l'anaphylaxie est due à l'insuline même, ou bien aux matières protéiques provenant de l'animal d'où l'insuline est extraite.

Du tétanos consécutif à l'injection de sérum gélatiné (à la gélatine animale). — M. Lop (de Marseille) rappelle qu'il fut un des premiers à faire connaître les propriétés tétanigènes de la gélatine animale.

En étudiant au point de vue bactériologique cette gélatine animale, même quand celle-ci avait subi une stérilisation parfaite on y retrouvait le microbe de Nicolaïer. Toutefois, comme l'auteur tenait à utiliser les sérums gélatinés, grâce à un chimiste de Marseille (Vizerne père), il put se servir à la place de la gélatine animale, de colle de poisson (ichtyocolle), avec celle-ci il n'y eut jamais d'accidents à déplorer. D'ailleurs l'emploi de l'ichtyocolle a été l'objet d'une communication à l'Académie de médecine par M. Lop.

L'auteur conclut qu'il est de toute nécessité de rayer de l'arsenal thérapeutique la gélatine animale pour les sérums, et d'employer toujours l'ichtyocolle.

Thoracoplastie préalable et pneumectomie expérimentale. — M. Georges Rosenthal montre que la thoracoplastie préalable ne met pas l'animal à l'abri des accidents cardio-respiratoires lors d'une pneumectomie secondaire, si cette thoracoplastie n'a pas été accompagnée de l'ouverture de la plèvre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 28 décembre 1929)

Hémocrinothérapie. — M. Filderman présente deux malades ayant subi avec succès l'hémocrinothérapie. La première était atteinte d'herpès récidivant du front depuis cinq ans; l'autre avait souffert pendant vingt-trois ans d'un

eczéma généralisé. Cette méthode consiste en injections intramusculaires du sang de la malade mélangé à des extraits glandulaires.

Influence des ondes galvaniques alternatives à longues périodes sur l'état général. — M. LAQUERRIÈRE, à propos des effets trophiques locaux et généraux des ondes alternatives à longues périodes, rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de faiblesse spasmodique du bras droit (à la suite d'encéphalite léthargique) et qui, en 15 séances, non seulement retrouva l'usage complet de son membre, mais constate un relèvement très marqué de son état général.

Nouveaux principes de diététique dans le diabète sucré. — M. L. LEMATTE a mis en évidence le rôle important qu'une mauvaise dentition, une mastication et une insalivation insuffisantes pouvaient jouer dans l'apparition du diabète sucré. Dans le choix des aliments, on doit tenir compte non seulement des quantités d'azote et d'hydrates de carbone qui entrent dans leur composition, mais aussi de la qualité et de la quantité des minéraux qui les accompagnent. Les quantités de glucose et d'azote dans le sang et les urines sont les meilleurs témoins du métabolisme si particulier du diabétique. La transformation du glucose soluble en glycogène insoluble mis en réserve dans le foie et les muscles, est fonction des quantités de minéraux contenus dans les aliments. Si on admet que l'azote d'origine végétale n'est pas cétogène, on aura tout intérêt à l'emprunter aux légumineuses. Malgré leur teneur élevée en hydrate de carbone, le diabétique pourra fixer le glycogène, parce que ces aliments sont très minéralisés.

Réactions vasomotrices du foie et tension abdominale. — Pour M. Roger GLENARD (de Vichy), le foie est une éponge vasculaire susceptible de fortes et rapides variations de volume et de consistance, suivant le degré de réplétion de ces vaisssaux, eux-mêmes commandés par le système neuro végétatif. Aussi peut-on réunir dans un même groupe de réactions vaso-motrices la congestion active du foie (vasodilatation) la rétraction (vaso-constriction) et la ptose de cet organe (hypotonie). La tension abdominale suit à peu près fidèlement ces phénomènes sous forme de météorisme, de rétraction et d'hypotonie. Le rapprochement de ces divers états hépatiques éclaire bien des manifestations pathologiques jusque-là mal classées et peut guider utilement la thérapeutique.

Léiomyome malin de la région thoracique. — M. G. LUQUET a eu l'occasion d'opérer un homme de cinquante-sept ans qui présentait une petite tumeur superficielle de la région thoracique droite, tumeur récidivant pour la troisième fois et pour laquelle il avait posé le diagnostic de cancer d'une glande mammaire accessoire. Après ablation large et curage de l'aisselle, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un léiomyome malin, développé très vraisemblablement aux dépens des fibres lisses de la peau de la région. Les ganglions, cliniquement envahis, étaient histologiquement intacts, comme c'est en général la règle. M. G. Luquet signale la rareté de cette tumeur maligne.

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1930)

Allocution de M. GAULTIER, président sortant et de M. LAVENANT, président pour 1930.

Les adjuvants de la cure médicamenteuse ou de l'acte opératoire dans le traitement des maladies. — M. J. PESCHER. Hormis les traumatismes, les empoisonnements et quelques autres cas, il est avéré que la maladie n'est que le dernier acte d'un drame morbide, non le premier.

L'observation attentive des troubles du stade de pré-maladie et l'application mieux comprise des règles d'hygiène et de prophylaxie permettront à la médecine à venir d'éviter nombre de maladies. L'aide médicamenteuse n'est qu'une partie de l'assistance que le médecin doit à son malade.

L'autre partie, tout aussi importante, est faite de tout ce qui est susceptible d'aider l'organisme dans sa lutte, dans sa vitalité et dans sa résistance, en rétablissant, favorisant ou exaltant ses grandes fonctions.

Les échecs de l'acridinothérapie dans le traitement de la blennorragie. — M. Ch. DAVID, d'après son expérience personnelle et celle d'un certain nombre de spécialistes, estime que ce traitement ne guérit pas toujours la blennorragie, qu'il n'est pas sans inconvénients (troubles digestifs, altérations de l'état général), qu'il n'évite pas les complications génitales (prostatite, abcès de la prostate, orchite). Sans rejeter absolument ce mode de traitement, l'auteur pense qu'il faut le réserver au début de la période aiguë de la blennorragie, où il diminue souvent vite l'écoulement; mais qu'il faut en général lui adjoindre un traitement local et un traitement vaccinothérapique.

Radioscopie et radiographie en gastro-entérologie. — MM. AUBOURG et VIGNAL présentent les observations radiologiques de deux malades atteints de calculose hépatique et rénale décelée par la radiographie après des examens radioscopiques multiples et négatifs. Les auteurs rappellent les raisons physiologiques et physiques de sûreté d'impression des films très supérieure aux impressions de la rétine. Il en découle la nécessité de toujours compléter un examen radioscopique par la prise d'un ou plusieurs films quand il s'agit d'un examen radiologique des viscères. Même nécessité au point de vue pulmonaire.

Applications cliniques de l'acidité urinaire. — M. LÉVY-DARRES définit l'acidité maxima, l'acidité minima, l'acidité différentielle, et montre les indications que donnent leurs variations.

Il insiste sur l'intérêt que présentent, en face des analyses globales nycthémérales, les analyses fractionnées qui permettent de suivre les modifications incessantes des rythmes des éliminations urinaires, et par suite, de mieux saisir les phénomènes humoraux.

A propos des cautérisations nasales (méthode de Bonnier). — M. LEPRINCE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1930)

Rétrécissement tuberculeux de l'urètre prostatique chez un adolescent. — M. VINCENT. Sujet de dix-sept ans présentant un syndrome de rétention chronique, avec distension vésicale et mictions par regorgement; la cause en est un rétrécissement serré (n° 6) de l'urètre prostatique. Les deux épididymes sont gros et bosselés, les deux vésicules injectées au suif. Les urines sont claires, mais contiennent des bacilles de Koch sans pus.

Syndrome du cône terminal consécutif à une rachi-anesthésie. — M. LANGERON. Ce syndrome existe chez une femme de soixante et un ans, sans antécédents particuliers, avec intégrité du liquide céphalo-rachidien, vraisemblablement consécutif à une rachi-anesthésie faite cinq ans auparavant et rebelle à toute thérapeutique depuis trois ans.

Sur les formes cliniques de la maladie de Heine-Medin. (*A propos de trois observations.*) — M. A. BERNARD. Après avoir rapporté trois observations de poliomyélite aiguë, l'une bulbo-protubérantielle, deux extensives, l'auteur insiste

sur une forme particulière de la maladie ayant débuté par une atteinte du renflement cervical et s'étant étendue vers les membres inférieurs et vers le bulbe; c'est la forme « excentrique ». Il rappelle ensuite les multiples aspects que prend la maladie; il étudie en particulier les formes de début de la maladie de Heine-Medin, à un moment où le diagnostic, très difficile, a cependant un intérêt capital pour l'emploi du sérum antipoliomyélitique dont l'action est d'autant plus efficace qu'il est employé plus précocement.

Omphalorragie traitée et guérie par hémothérapie maternelle. — MM. Klein et Lamelin apportent deux observations d'omphalorragie chez des nouveau-nés : le premier cas s'est terminé par une mort rapide, le second a été guéri par hémothérapie maternelle. Ils insistent sur l'efficacité de ce traitement dans une affection particulièrement grave; en cas d'échec, et d'emblée dans les formes sévères, il faudrait recourir à la transfusion sanguine.

Sérum de Pettit. — La Société vote ensuite à l'unanimité la motion suivante, qui est présentée par le professeur Le Grand à la suite de la communication qu'il a faite sur un cas de poliomyélite et dans laquelle il enregistrait les heureux effets du sérum de Pettit :

« La Société médicale et anatomo-clinique de Lille prie instamment l'Institut Pasteur d'assurer la production de sérum antipoliomyélitique de telle façon que les quantités suffisantes soient toujours à la disposition des médecins pour le traitement de tous les malades, riches ou pauvres, payants ou non payants. »

LIVRES NOUVEAUX

Études neurologiques [Troisième série] (1), par le docteur G. Guillain.

Dans cet important ouvrage sont rassemblés la plupart des mémoires que M. le prof. G. Guillain a publiés, dans le cours de ces dernières années, soit seul, soit avec ses collaborateurs. Ils sont répartis en huit chapitres.

Le premier relatif aux *tumeurs cérébrales*, s'occupe, entre autres, de la cysticercose cérébrale, des tumeurs du tronc des corps calleux, des sarcomes mélaniques intracraniens et des angio-gliomes latéro-bulbaires.

Dans un second, intitulé *Pathologie de l'encéphale*, prennent place deux leçons, l'une sur un sujet d'actualité, l'épilepsie bravais-jacksonienne extracorticale, l'autre, sur le syndrome sensitif cortical, si passionnément discuté depuis la première communication du professeur Dejerine.

La troisième est consacrée à la *Pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du bulbe et du cervelet* : nous y relevons deux cas où il s'agit d'un syndrome de la calotte, d'origine infectieuse probable, et deux concernant l'atrophie cérébelleuse progressive.

A la quatrième ressortit la *Pathologie de la moelle*, où sont traitées, surtout, les compressions médullaires et la syphilis nerveuse, y compris le tabes, auquel peuvent s'associer, soit la maladie de Paget, soit la sclérodermie. A noter, à ce sujet, une belle observation de syphilis nerveuse familiale : tabes chez les parents; signe d'Argyll-Robertson chez leur enfant, âgé de quatre ans.

Cinquième chapitre. Il est réservé à la *Pathologie des nerfs craniens et rachidiens*, et s'occupe surtout du syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens, décrit, pour la première fois, par l'auteur et par ses élèves.

Le sixième chapitre a trait aux *atrophies musculaires* : amyotrophie Charcot-Marie coexistant avec un spina bifida; myopathie de l'adulte avec pseudo-hypertrophie des muscles des extrémités.

Dans le septième, intitulé *Varia*, prennent place une étude anatomo-clinique de sa maladie fibro-kystique des os, et la discussion de deux cas, l'un de torticolis chronique postencéphalitique, l'autre d'un signe d'Argyll unilatéral, consécutif au zona.

Le dernier, consacré à la juste glorification de l'œuvre de Duchesne (de Boulogne) termine ce beau livre, présenté, par la maison Masson, avec son soin coutumier, et qui, par la sobriété de l'exposition, par la puissance et la rigueur du raisonnement, est en tous points, digne des précédents, et peut être assuré du meilleur accueil du grand public médical.

L. Babonneix.

(1) Un volume in-8 de 453 pages, avec 119 fig. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson.

Le Biotropisme (1), par G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Voici un sujet auquel on a fait une injection de 606 ou de 914. Au neuvième jour, apparition d'un érythème. Accident toxique? Que non! Les érythèmes toxiques dus à l'arsenic sont connus : ils se présentent sous les traits d'une érythrodermie généralisée, vésiculo-érythémateuse. Or, ici, il s'agit d'érythèmes tout à fait différents : rubéoliformes, scarlatiniformes, morbilliformes, ou, plus exactement, de rubéoles vraies, de scarlatines vraies, de rougeoles vraies réveillées par l'injection, comme si celle-ci était allée retrouver le germe de ces maladies dans quelque cachette où il vivait obscurément et lui infusait une vitalité nouvelle.

Voici un scarlatineux chez lequel la réaction de Wassermann, après être restée longtemps négative, devient fortement positive. Est-ce que la scarlatine suffit à elle seule à donner une réaction de Wassermann positive? En aucune façon. Il s'agit d'un hérédo-syphilitique dont le tréponème a subi une action vivifiante sous l'influence de la maladie éruptive.

Voici encore un spécifique, traité par le 914, et qui fait un ictère. Cet accident est-il d'ordre toxique? Non, puisqu'il disparaît quand on augmente les doses du médicament. Il montre seulement que, donné à doses insuffisantes, le 914 favorise la pullulation du tréponème, en même temps qu'il stimule sa virulence.

Nous pourrions multiplier les exemples. Ceux qui précèdent suffisent pour montrer ce que c'est que le biotropisme. C'est l'action stimulante exercée par les causes les plus diverses lorsqu'elles ne sont pas suffisamment énergiques, sur un parasitisme resté jusqu'alors latent.

Hypothèse? Peut-être, mais combien séduisante puisqu'elle permet d'expliquer de façon satisfaisante un très grand nombre de faits : biotropisme *chimique*, accidents consécutifs à l'emploi des arsenicaux dans le traitement de la syphilis : érysipèle, furonculose, zona, herpès, lichen plan, pityriasis rosé de Gibert, crise de paludisme, éruptions du neuvième jour, angine, rhumatisme, fièvre typhoïde; manifestations de même ordre chez des sujets soumis aux autres agents de la médication antisyphilitique; accidents produits par divers médicaments : acide picrique, luminal ou par le sérum; biotropisme *physique*, par exemple, aggravation, chez un sujet soumis à une radiothérapie massive, des infections secondaires; biotropisme *infectieux* ou *toxi-infectieux*, réveil d'infections endormies ou latentes : tuberculose, syphilis, paludisme, à l'occasion d'une infection aiguë nouvelle! Hypothèse? Sans doute, mais d'excellente qualité scientifique puisqu'elle permet une discussion pathogénique étendue et qu'elle revendique une partie des faits que ni la colloïdoclasie ni l'anaphylaxie ne peuvent convenablement expliquer.

Hypothèse? Oui, mais dont il faut louer grandement

(1) In-8 de 263 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

M. Milian, puisqu'elle l'a conduit à des conclusions pratiques de la plus haute importance; qu'elle nous a montré le danger des traitements insuffisants en cas de syphilis, qu'elle nous a donné la clef de ces fameuses neuro-récidives qui ont fait jadis couler tant d'encre, et qu'elle nous indique la ligne à suivre au cas de conflits si fréquents en thérapeutique antisyphilitique. Libre à certains d'ignorer le biotropisme! M. Milian a pour lui tous les jeunes, et il n'est pas d'interne qui, en présentant un malade à son chef, n'invoque un jour ou l'autre la théorie du biotropisme. L. BABONNEIX.

La Perméabilité et les obturations tubaires. Stérilité. Infections salpingiennes. Chirurgie tubaire (1), par Claude BÉCLÈRE. Préface du professeur LECÈNE.

Le lipiodol, poussé sous pression à travers le col utérin, remplit d'abord toute la cavité utérine, puis il franchit l'ostium uterinum, pénètre dans les cavités des trompes, les emplit entièrement, atteint le pavillon tubaire, débouche de l'ostium abdominal et tombe dans la cavité péritonéale pelvienne.

L'ombre que donne sur le cliché radiographique cette injection opaque constitue en somme l'image du moule interne de la cavité utérine et des cavités tubaires.

La cavité utérine est depuis longtemps accessible à l'examen clinique, mais l'hystérographie complète et précise les moyens d'investigation courants, notamment dans le cas de diagnostic difficile entre fibrome et kyste où elle indique à la fois la situation exacte et les dimensions précises de la cavité utérine dans l'étude souvent difficile des causes de métrorragies, etc.

Enfin, les radiographies en série d'injections utérines opaques permettent d'étudier le mode d'apparition et la propagation des contractions de l'utérus et précisent sur ce point nos notions de physiologie normale et pathologique.

En ce qui concerne les cavités tubaires, l'exploration à l'aide de la radiologie constitue une véritable nouveauté. Grâce à ce nouveau procédé d'exploration qu'est l'examen radiologique avec injection intra-utéro-tubaire de lipiodol, c'est un nouveau chapitre de la pathologie tubaire qui s'élabore.

Qu'il s'agisse d'oblitération tubaire, de lésions, de séquelles de salpingites, de stérilité, etc., d'importantes constatations diagnostiques peuvent être établies, entraînant de précieuses indications thérapeutiques.

Dans cette étude, basée sur 270 observations et sur près d'un millier de clichés radiographiques, le docteur Claude Béclère s'est attaché non seulement à démontrer l'intérêt certain de ce mode d'exploration, mais encore l'innocuité du procédé. Le minime risque qu'il représente est celui de toutes les petites interventions gynécologiques, telles que dilatation ou curettage, et si on met en balance ce risque minime et les immenses avantages, diagnostiques et thérapeutiques, de cette exploration, on ne peut que conclure à la légitimité de son emploi pratique dans les cas bien étudiés où elle est réellement utile. L. G.

(1) Un volume de 250 pages avec 70 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traitement des diarrhées chroniques, par le docteur SAVIGNAC Deuxième édition. — Prix : 8 francs. — Paris, Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Rapide de nuit Paris-Grenoble. — Un rapide de nuit, de toutes classes, comportant des places de lits-salons avec draps, de lits-salons ordinaires et de couchettes circule dans chaque sens entre Paris et Grenoble.

Départ de Paris, 21 h. 10; arrivée à Lyon-Perrache, 4 h. 15, à Grenoble, 7 h. 18.

En sens inverse : départ de Grenoble, 22 h. 10, de Lyon-Perrache, 1 h. 21; arrivée à Paris, 9 h.

Circulation d'un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan. — Les rapides Bordeaux-Milan et Milan-Bordeaux comportent un wagon-lits de 1re et 2e classes entre Lyon-Perrache et Milan, ce qui permet d'effectuer, avec tout le confort désirable, le trajet de nuit entre ces deux villes.

Départ de Lyon-Perrache, 22 h. 58; de Lyon-Brotteaux, 23 h. 17. Arrivée à Turin, 8 h. 45; Milan, 11 h. 35.

En sens inverse : départ de Milan, 19 h. 10; de Turin, 22 h. 40. Arrivée à Lyon-Brotteaux, 6 h. 03; Lyon-Perrache, 6 h. 21.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATIONS TRAUMATIQUES DE LA HANCHE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Les luxations de la hanche sont rares. Elles nécessitent *un traumatisme considérable* agissant *en flexion forcée*, aussi les rencontre-t-on presque exclusivement chez *l'adulte*.

Depuis Bigelow l'on en distingue deux groupes :

1° **Les luxations régulières** avec *intégrité du ligament de Bertin* qui, pour chaque position de la tête, impose une attitude constante à la hanche luxée.

2° **Les luxations irrégulières** avec *rupture du ligament de Bertin*; la tête fémorale prend une position quelconque en rapport avec le traumatisme et nullement systématisée.

CLINIQUE

I. **Les luxations régulières** de la hanche peuvent être *antérieures* ou *postérieures*, *hautes* ou *basses* suivant les cas, et chacune de ces quatre variétés se caractérise par une attitude constante du membre inférieur.

A. **La luxation postérieure basse ou ischiatique** est la variété la plus fréquente. Nous la prendrons comme type de description.

Signes fonctionnels. Au moment du traumatisme :

Douleur vive au niveau de la hanche suivie d'*impotence fonctionnelle*.

Douleur et impotence sont cependant moins intenses et moins persistants que dans une fracture de la région.

Signes physiques. Inspection :

Déformation évidente. — La cuisse est *en flexion très marquée, en adduction* et en *rotation interne*.

Le genou malade repose sur la cuisse saine au-dessus de la rotule, la lordose lombaire ne peut corriger la flexion.

Palpation : *La tête fémorale* est perçue en bas de la fesse au niveau de l'échancrure sciatique; ronde, lisse, elle suit les mouvements imprimés au genou.

Mouvements : on peut exagérer la déformation, mais l'*abduction* et la *rotation interne* sont impossibles.

Mensuration : montre un *raccourcissement léger de 1 à 2 centimètres*.

B. **La luxation postérieure haute ou iliaque** nécessite la rupture du tendon de l'obturateur interne et de la partie postérieure de la capsule.

La *déformation* est moins apparente, la cuisse est toujours *en adduction, rotation interne*, mais la *flexion est légère*, souvent masquée par la lordose lombaire, le membre paraît en extension.

L'on sent rouler la *tête fémorale dans la fosse iliaque externe* sous les fessiers.

Le *grand trochanter est remonté* au-dessus de la ligne Nélaton-Roser.

Le raccourcissement est très marqué : 5 à 7 centimètres.

La déformation est fixe : l'*abduction impossible*, la flexion limitée.

LES LUXATIONS ANTÉRIEURES sont plus rares. Elles peuvent être :

C. **Basses ou obturatrices.** — *La déformation* est évidente, la cuisse est *en flexion très marquée, abduction, rotation externe.*

La région trochantérienne est aplatie, les adducteurs tendus, la tête parfois perceptible devant le trou ovale.

Parfois douleurs névralgiques par compression du nerf obturateur.

La déformation est fixe, l'*adduction* et la *rotation interne* impossibles.

Le raccourcissement est léger, pour certains il y aurait allongement.

D. **Haute ou pubienne.** — *La déformation* comme dans la luxation iliaque est moins nette, la cuisse est toujours en *abduction, rotation externe*, mais la flexion est légère, souvent masquée par la lordose lombaire, le membre paraît en extension.

L'on sent la *tête au devant du pubis*, elle soulève parfois et menace les vaisseaux fémoraux, le nerf crural peut être comprimé également.

La déformation est fixe : l'*adduction*, la *rotation interne* sont impossibles.

II. **Luxations irrégulières.** — A côté de ces quatre grands types il faut citer :

1° Certaines variétés plus rares avec *déchirure partielle du ligament de Bertin.*

Luxation dorsale avec rotation externe et extension par déchirure du faisceau transversal du ligament de Bertin.

Luxation sus-épineuse.

Luxation périnéale.

Luxation sous-épineuse.

2° Enfin certaines variétés exceptionnelles :

Luxation intrapelvienne en avant, la tête passe dans le bassin en avant de l'éminence iléo-pectinée.

Luxation de Monteggia : luxation iliaque avec tête regardant en avant.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CENT BEAUX ASPECTS DU RÉSEAU P.-L.-M. — Sous ce titre « Cent beaux aspects du réseau P.-L.-M. » vient de paraître, un album de photographies des sites les plus intéressants du réseau P.-L.-M. classés par régions.

Cet album, au format in-quarto raisin, de 212 pages, par la qualité du papier et la typographie, la belle suite des images groupées et la reliure soignée, constitue une luxueuse publication.

Chacune des vues qu'il renferme est accompagnée d'un texte sommaire descriptif en français, anglais, allemand, italien, espagnol et hollandais.

On se procure l'album « Cent beaux aspects du réseau P.-L.-M. » au prix de 30 francs, à Paris à l'agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare et dans les bibliothèques des principales gares du réseau. Il est envoyé aussi à domicile contre mandat-poste (34 fr. 25 pour la France, 42 fr. 30 pour l'étranger) adressé au Service de la publicité P.-L.-M. 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
BOURGEOIS
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE. PARIS (3e)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Duvoir, M.-P. Weill, Halbron, Courtois-Suffit, Laignel-Lavastine, May, Comte, Besançon, Léri, Loyan, Weissenbach, Paisseau.

Censeurs : MM. Léon-Kindberg, Carrié, Paraf, Boulin, Nicaud, Cathala, Haguenau, Levesque.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est composé de MM. David, Regnier, Grut, Fabre, Aurousseau.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — M. le docteur Marcel Arnaud a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille.

— ROUEN. — Le jeudi 15 mai 1930, un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront :

1° Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, au plus tard le samedi 19 avril 1930, avant 18 h. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

2° Déposer une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux, faits ou à faire; un extrait en forme de leur acte de naissance; un certificat de moralité; leur diplôme de docteur en médecine; les pièces constatant qu'ils sont Français ou naturalisés Français; la nomenclature des titres qu'ils font valoir et un ou plusieurs exemplaires de leurs travaux; la justification, le cas échéant, de leur qualité d'anciens internes des hôpitaux de Paris ou de Rouen et des fonctions qu'ils ont remplies ou des récompenses qu'ils ont obtenues, ainsi que de leurs états de services militaires.

Sur le vu de ces pièces, l'administration statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats.

Le concours est public.

Aucun candidat ne pourra entrer dans les hospices pour y visiter les infirmeries durant les 25 jours qui précéderont celui de l'ouverture du concours.

Une indemnité annuelle de trois mille six cents francs (3.600 fr.) est allouée aux chirurgiens chefs de service des hôpitaux. Elle est acquise aux chirurgiens adjoints dans le cas où ils remplacent un titulaire.

HÔPITAL DE MONACO. — M. le docteur Paul Niel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Marseille, est nommé oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Monaco.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service au quartier d'aliénés de la maison nationale de Saint-Maurice (Seine) est actuellement vacant par suite de la mise en disponibilité, sur sa demande, de Mme le docteur Santenoise.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Ont été nommés :
Chef des travaux de chimie minérale : M. Vielledent.
Chef du cours d'ophtalmologie : M. Toulant.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Antoine Ménager a été nommé préparateur d'histologie à l'Ecole de médecine.

PRIX OSIRIS. — L'Académie des sciences, en comité secret, a décidé de proposer à l'Institut de France l'attribution du grand prix Osiris de 200.000 fr. à M. le professeur Emile Gley.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

JUSTICE. — *Au grade d'officier*. — M. le docteur Gautier

(G.-E.-M.), médecin chef des prisons du Dépôt et de la Conciergerie.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Harou, médecin légiste à Pont-Audemer.

PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Latour (A.-J.-A.), médecin expert auprès du service des pensions; Meurisse (H.-E.-A.), médecin chef des services de l'administration centrale du ministère des Pensions; Vimal (de Flechac).

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Maurice Roques, médecin de l'administration centrale.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'or des épidèmies a été remise à M. Becuwe, interne à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Un arrêté ministériel interdit l'importation en France des perroquets, perruches et autres oiseaux de la famille des psittacidés. L'importation des dépouilles des mêmes animaux est également interdite, sous réserve de l'utilisation, au port de débarquement, d'un procédé de désinfection autorisé par le ministre de l'Agriculture.

HOMMAGE MARSEILLAIS AU PROFESSEUR J.-A. SICARD. — Le 15 février, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, a été inauguré le médaillon commémoratif du professeur J.-A. Sicard, réplique à celui apposé récemment à l'hôpital Necker, à Paris, et œuvre du sculpteur Morlon. En présence de M. Flaissières, sénateur-maire et du représentant du préfet, le professeur Roger, au nom du Comité des « Amis de J.-A. Sicard », a remis le monument à M. Vidal-Naquet, vice-président de la Commission des hospices. Des discours ont été prononcés, en outre, par M. Imbert, directeur de l'Ecole de médecine; M. le médecin général Oberlé, directeur du Service de santé de la 15e région, et par M. Laplane, ancien élève du professeur Sicard. La cérémonie s'est déroulée devant la famille du regretté professeur et en présence d'une nombreuse assistance. L'hommage rendu par Marseille à un de ses illustres fils a été simple et émouvant. Le Conseil municipal de Marseille a décidé de donner le nom de Sicard à la rue Sébastopol.

IIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Le bureau de la Presse médicale latine vient de se réunir à Paris, sous la présidence de M. le professeur Loeper, président. Assistaient à la séance pour la France : le docteur Gardette; pour la Belgique : les docteurs Beckers et Rosenthal; pour la Suisse : le docteur Henri Tecon; pour l'Italie : le docteur de Blasio; pour le Portugal : le docteur Coelho; pour le Chili : le docteur Juan Marin; pour la Colombie : le professeur Calderon; pour la République Argentine : le docteur Etchegoïn; pour Cuba : le professeur Dominguez; pour la Grèce : le docteur Markianos; pour le Vénézuéla : le docteur Conde Jahn.

A l'ordre du jour : organisation du IIe Congrès en Belgique à l'occasion de la commémoration du Centenaire de l'indépendance et sur l'invitation de l'Association de la Presse médicale belge.

L'assemblée a décidé d'accepter cette invitation et de tenir son Congrès à Bruxelles les 28 et 29 septembre, et à Anvers le 30 septembre 1930.

Elle a élu le bureau du Congrès qui comprend MM. le professeur Loeper (Paris), président; le docteur Albert Delcourt (Bruxelles), vice-président; le docteur René Beckers, secrétaire général, et le docteur Jacques Rosenthal, trésorier.

Un comité de patronage et un comité d'honneur seront constitués sous peu.

Les rapporteurs seront nommés incessamment. Le prix de la cotisation a été fixé uniformément à 75 fr. belges pour les congressistes et les personnes les accompagnant.

(Voir la suite des « Informations », p. 286.)

VARIOT

Nous apprenons avec une vive tristesse la mort de M. Variot, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à Paris dans sa 75e année.

Gaston-Félix-Joseph Variot était né le 2 juin 1855 à Demigny (Saône-et-Loire). Interne des hôpitaux de Paris le 24 décembre 1877 dans la promotion de Chauffard, Comby, Netter, Béclère, Galliard et Valude, il fut d'abord préparateur d'histologie à la Faculté, puis docteur en 1882. Après un court passage dans la médecine militaire, il se présenta au concours des hôpitaux, et le 1er juin 1889 fut nommé médecin des hôpitaux. Dès ce moment Variot est attiré par la médecine infantile; en 1894 il devient chef de service aux Enfants-Malades et passe ensuite aux Enfants-Assistés où il crée une école de puériculture.

Car la puériculture fut pour lui un véritable apostolat; avec passion il s'y était adonné dès le début de sa carrière médicale. Il y apportait cette volonté tenace de Bourguignon, cette franchise quelquefois un peu âpre dans la forme, mais aussi une bonté et un dévouement infini dont ses amis, ses élèves, ses petits malades et tant de mères peuvent témoigner.

La Goutte de lait de Belleville, dont il fut le fondateur et à laquelle il se consacra pendant toute sa vie et jusqu'à ses derniers jours, fut la première et restera longtemps le modèle du genre.

Variot ne propageait pas seulement ses idées par la parole et par l'exemple, il a beaucoup publié : son *Traité d'hygiène infantile*, son *Traité des maladies des enfants*, ses ouvrages sur la *Puériculture pratique* et la *Croissance chez le nourrisson* témoignent de son labeur. Rappelons aussi ses articles dans la *Clinique infantile* le journal de médecine infantile dont il était rédacteur en chef et les travaux si pratiques qu'il confia souvent à d'autres journaux, en particulier à la *Gazette des hôpitaux*.

Variot a travaillé jusqu'à ses derniers jours. C'est dans le travail et le dévouement aux petits qu'il puisa la force de supporter la plus cruelle des épreuves, la perte de ses deux fils, morts pour la France, l'un en combattant; l'autre, médecin de la marine, plein d'avenir, qui succomba victime du devoir professionnel.

Très profondément, nous nous inclinons devant la mémoire de ce grand homme de bien et nous prions Mme Variot d'agréer l'expression très vive de nos respectueuses condoléances.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GÉNÉRALE

FRACTURES DU CALCANÉUM

ANATOMIE, SYMPTOMATOLOGIE. TRAITEMENT

Par M. Roger PICHON,
Interne des hôpitaux de Paris.

De toutes les fractures, celles du calcanéum sont peut-être celles dont l'étude a le plus bénéficié de la radiographie.

Elles étaient assez mal connues avant l'ère radiologique; sans doute, les anciens auteurs, Malgaigne puis Tillaux, en avaient montré les principaux symptômes. Boyer avait décrit les fractures par arrachement, mécanisme dont l'importance est très minime aujourd'hui. Mais ce sont surtout les travaux modernes, ceux de Destot et Morel entre autres, qui ont permis, grâce à la connaissance exacte des lésions par la radiographie, de classer les différentes variétés et les divers symptômes antérieurement décrits.

Le pronostic, si l'on en croit les classiques, est, pour les fractures du corps du calcanéum, particulièrement réservé. Le traitement se bornait, en effet à de stériles manœuvres de réduction qui devaient remodeler le squelette et rétablir les équilibres détruits. Est-il besoin de dire qu'ayant peu de prise sur des fragments multiples et sur l'astragale qui pénètre le calcanéum éclaté, les manœuvres étaient vouées à l'échec et que les malades restaient des impotents? Mais, malgré des tentatives de traitement sanglant de Morestin, dès 1894, cette thérapeutique avait prévalu jusqu'à ces dernières années. Le pronostic a été complètement modifié depuis que, sous l'impulsion de Lenormant, à la réduction à ciel ouvert on a ajouté la fixation de la réduction par des greffons tibiaux.

Etiologie. — Les fractures du calcanéum semblent plus fréquentes depuis que la radiographie en a facilité le diagnostic.

Elles entrent pour 18 p. 100 dans le total des fractures du pied. Facilitées par un certain degré d'ostéoporose, elles sont surtout fréquentes après trente ans, le plus souvent chez des hommes (70 p. 100) et souvent bilatérales (1/3 des cas).

La fracture la plus commune est la fracture du corps dite sous-thalamique (2/3 des cas).

Anatomie. — On peut s'étonner que le calcanéum n'entre dans le total des fractures que pour 3 p. 100. En effet, le calcanéum, lorsqu'on étudie son anatomie normale, apparaît comme un os particulièrement vulnérable. Léger pour son volume, cet os « soufflé », pilier postérieur de la voûte tarsienne, doit cependant supporter à lui seul « dans la marche, la course ou le saut, la presque totalité du poids du corps » (Morel). On a calculé qu'il en supporte pratiquement les 2/3 ou les 3/4; il doit à son élasticité considérable, et à sa structure, une solidité qui lui permet de résister à cet effort.

Sur des coupes ou mieux sur une épreuve radiologique, il apparaît constitué par une mince coque compacte périphérique et des travées disposées d'une façon très spéciale. Ces travées suivent la direction des lignes de force, s'épanouissant en éventail renversé à travers l'os, elles prennent leur point de départ au-dessous de la surface articulaire astragalo-calcanéenne postéro-externe, le « thalamus » ou lit astragalien de Destot. A ce niveau existe donc un point particulièrement dense, la corticale y mesure 4 à 5 millimètres d'épaisseur. C'est la clef de voûte de l'édifice qui joue un rôle considérable dans les fractures. Les travées ainsi irradiées en ogives ou « en faîte de toit » déterminent en outre l'existence d'un point physiologiquement faible sous-thalamique à la partie moyenne de l'os; ce sera le siège de la plus fréquente des fractures calcanéennes, la fracture du corps.

En dehors de ce système thalamique ou principal on peut retrouver des systèmes trabéculaires indépendants : dans la grande apophyse, système en éventail sous-sinusien, dans la grosse tubérosité, système achilléen, et enfin à la plante quelques travées renforçant la corticale. Entre système sous-sinusien et système thalamique, un espace clair qui répond à la cavité médullaire: avec l'âge d'ailleurs, l'ostéoporose s'établit là et dans le système thalamique.

Le calcanéum peut donc se fracturer soit à la partie moyenne de son corps, soit au niveau de ses apophyses. Fait capital, toutes ses fractures, sauf les lésions tubérositaires, sont articulaires.

I. **Fractures du corps.** — Les fractures du corps sont toutes des fractures par écrasement. Leurs variétés ont été décrites grâce à la radiographie par Destot sous le nom d'*enfoncements du thalamus* ou fractures sous-thalamiques. C'est, en effet, au thalamus que revient le rôle principal dans leur mécanisme.

Dans un *premier degré* des fractures sous-thalamiques, la violence s'épuise rapidement. La thalamus a pénétré dans le tissu spongieux du corps, surtout du côté externe. Il a perdu son obliquité normale et a rompu la continuité des travées sous-jacentes.

Dans le *second degré*, il apparaît des fissures irradiant du sous-thalamus à la corticalité. La trabeculation normale est interrompue, l'os fissuré en tous sens conservant cependant sa forme et ses axes. L'astragale apparaît subluxé en bas et basculé en arrière, d'où *diastasis* scapho-astragalien.

Parmi les fissures l'une est plus fréquente et détache un copeau de toute la face supérieure rétrothalamique (fracture en soufflet, et probablement ancienne fracture par arrachement de Boyer). Parfois il y a interruption du bord supérieur du calcanéum avec pénétration de l'apophyse postérieure de l'astragale.

Le *troisième degré* répond à la fracture comminutive; l'os a perdu forme et axation, la coque périphérique est brisée, les fissures multiples sont propagées à toute la masse osseuse. C'est donc un éclatement véritable sous la pression de l'astragale qui se loge au milieu des débris. Le plus souvent la grande

apophyse est détachée et son extrémité antérieure soulevée par le long péronier saille à l'interligne, cependant que la petite apophyse, parfois elle-même subdivisée, bascule en dedans et en bas. La voûte plantaire complètement effondrée peut devenir convexe en bas. De façon constante des désordres graves du côté de l'articulation de Choppart aggravent le pronostic.

Ces fractures, nécessitant un traumatisme violent, peuvent s'accompagner en outre de lésions des parties molles (tendons, muscles, téguments) avec possibilité d'ouverture et d'infection primitive ou secondaire du foyer.

En dehors des fractures sous-thalamiques, on a décrit quelques fractures rares du corps du calcanéum.

Les *fractures sagittales* (Legouest) sont très rares. La *fracture vertico-transversale*, rétrothalamique, a un trait oblique en bas, en arrière et s'accompagne d'ascension du fragment postérieur sous l'action du triceps sural; cette ascension est cependant limitée par la tension des muscles plantaires. La *fracture horizontale* (Worms et Hamant) coupe le corps d'arrière en avant et s'accompagne généralement d'ascension légère du fragment supérieur.

II. **Fractures partielles.** — Les lésions des tubérosités et des apophyses du calcanéum sont moins fréquentes que les fractures sous-thalamiques. Nous insisterons sur la fréquence des associations avec ces fractures, et avec des lésions malléolaires ou astragaliennes.

a. Fractures articulaires. — La *fracture de la grande apophyse* s'associe souvent à une fracture sous-thalamique du troisième degré. Elle peut être multifragmentaire.

La *fracture du col de la grande apophyse* passe par le sinus du tarse; elle entraîne un effondrement calcanéen, avec angulation des fragments qui dessinent un angle obtus ouvert en haut. Désordres dans les interlignes sous-astragaliens et médio-tarsien, l'astragale glissant en avant.

b. Fractures extra-articulaires. — 1. La *fracture de la petite apophyse*, très rarement isolée, s'associe le plus souvent à des lésions péronières. Le fragment tend à se subluxer en bas, détachant un fragment de la corticale interne, et entraînant une bascule astragalienne avec effondrement de la voûte interne. Les lésions vasculo-nerveuses sur lesquelles on insistait autrefois sont rares.

2. La *fracture de la grosse tubérosité* à l'angle postéro-supérieur (type Boyer) est fréquente. Le fragment, pyramidal, tend à basculer, sa face postérieure devenant inférieure; le trait de fracture bâille en arrière où il peut être perçu cliniquement.

Elle s'associe fréquemment à une fracture sous-thalamique.

A l'angle postéro-inférieur c'est la fracture par arrachement vrai, très rare. Elle équivaudrait au décollement épiphysaire de l'enfance.

3. Les *fractures des tubérosités plantaires* ou fracture écailleuse (Destot) comportent un déplacement souvent minime, le fragment pouvant rester en place. D'autrefois il glisse en avant sous l'action des muscles, devenant alors douloureux.

4. La *fracture trochléaire* ou arrachement du tubercule d'insertion du ligament péronéo-calcanéen est beaucoup plus rare.

Mécanisme. — Trois mécanismes principaux ont été invoqués pour expliquer les fractures du calcanéum.

1° Le choc direct n'est responsable que de fractures atypiques tel l'écrasement latéral récemment décrit.

2° L'arrachement ligamentaire ou musculaire qui jouait un rôle important pour Boyer, semble être rare également. Il réalise classiquement la fracture de l'angle supérieur de la grosse tubérosité, arrachée par le tendon d'Achille. Mais en réalité, l'insertion achilléenne est sous-jacente au trait de fracture, et de plus, l'arrachement par ce tendon nécessite un effort considérable, ainsi que l'expérience l'a montré (Fougères et Veau).

Il faut donc admettre que l'arrachement, lorsqu'il existe, n'a pu se produire que sur un os pathologiquement prédisposé; il n'est besoin alors que de traumatismes minimes.

3° L'écrasement dans la chute verticale sur la plante est en définitive le mécanisme le plus commun. Il réalise les diverses fractures du corps, souvent bilatérales. Sous la violence du choc, le thalamus, agissant comme un coin compact, pénètre l'os spongieux, tassant les trabécules, fissurant la corticale, pouvant même déterminer l'éclatement complet de l'os. Vallas a montré la fréquence de ce mécanisme dans les chutes d'un lieu élevé.

— Pour les fractures partielles d'autres mécanismes sont possibles.

La *grande apophyse* se fracture dans une chute en flexion sur la pointe du pied (fracture du col). Exceptionnellement elle peut être fracturée dans sa partie antérieure par pression directe de l'astragale.

La *petite apophyse* se fracture en même temps que la malléole péronière. Pour Abel ce serait par arrachement lors d'un mouvement forcé d'adduction-rotation interne ou lors d'une chute en valgus. Pour Soubeyran et Rives au contraire et plus probablement, ce serait par écrasement lors d'une chute en varus.

La *grosse tubérosité* rarement lésée isolément se brise dans certains enfoncements thalamiques du premier ou du second degré; parfois lors d'une chute en flexion dorsale.

Enfin c'est à l'arrachement qu'il faut rattacher la fracture des tubérosités plantaires et de l'apophyse trochléaire d'insertion du ligament péronéo-calcanéen.

Symptomatologie. — **1° Fractures sous-thalamiques.** — C'est dans la fracture moyenne, du *second degré*, que nous trouvons les symptômes les plus nets.

Le blessé raconte qu'il est tombé sur les pieds d'une grande hauteur. Il a ressenti une douleur vive,

perçu un craquement dans un ou les deux talons. L'impotence a été d'emblée assez marquée en général pour empêcher toute tentative de se remettre debout.

Examen. — L'inspection montre un cou-de-pied globuleux. Le gonflement occupe tout l'arrière-pied, comblant les gouttières rétro-malléolaires.

Souvent déjà des ecchymoses sont apparues, dont une, précoce et constante, possède une grosse valeur : l'*ecchymose plantaire.* Elle siège à la plante, respectant les points d'appui, tendant à gagner les espaces interdigitaux.

En dehors de ces signes, pas de déformations immédiatement appréciables, à l'opposé des lésions malléolaires habituelles : pas de désaxation du pied, pas de coup de hache. De plus, la palpation montre que la douleur est basse, sous-malléolaire, *les mouvements,* normaux dans la tibio-tarsienne, sont limités par la douleur dans l'articulation médio-tarsienne. Ces quelques signes d'orientation vont permettre de rechercher des symptômes cardinaux des lésions calcanéennes.

1. De face, on recherchera l'*abaissement des malléoles* vers le sol qui, souvent léger, commence à devenir net lorsqu'il atteint 5 millimètres.

2. *La voûte tarsienne est effondrée* en dedans, signe qui serait aisé à mettre en évidence sur le malade debout, mais qu'on décèlera cependant facilement par l'épreuve de la planchette.

3. Le malade à genoux au bord du lit, le talon apparaît raccourci et effacé, et, à la palpation entre deux doigts, en comparant avec le côté sain, LE CALCANÉUM EST NETTEMENT ÉPAISSI.

Enfin, si l'on cherche le maximum de la douleur, c'est sous la malléole externe, sur le corps du calcanéum qu'on la trouve. Elle se retrouve sur l'interligne médiotarsien, où une saillie douloureuse de la tête astragalienne signe l'existence d'un *diastasis astragalo-scaphoïdien.*

La radiographie apportera la confirmation. Sur un cliché de profil, l'os apparaît parcouru de fissures multiples irradiées du thalamus. La trabéculation est interrompue, mais la forme de l'os est conservée. L'astragale, par suite de la nouvelle orientation de la facette, bascule en arrière et s'abaisse, d'où diastasis astragalo-scaphoïdien.

On recherchera les traits accessoires : fracture en soufflet, fractures apophysaires.

Dans le *premier degré*, les symptômes sont au minimum.

L'impotence fonctionnelle est parfois légère : le blessé a pu faire quelques pas.

A l'examen, gonflement, ecchymoses occupent tout l'arrière-pied avec maximum du côté externe. A la palpation, douleur localisée sous la malléole externe avec comblement du creux sous-malléolaire par une saillie osseuse anormale.

Sur la radiographie, la surface thalamique apparaît presque horizontale; au-dessous du thalamus, les travées rompues dessinent une fine ligne noire dentelée qui est le trait de fracture.

Dans le *troisième degré*, la fracture est comminutive, c'est l'*éclatement du calcanéum.* Tout l'arrière-pied est très déformé par l'œdème et les suffusions hémorragiques. Le moindre mouvement du pied est très douloureux de même que la palpation.

A l'inspection, la voûte apparaît immédiatement complètement effondrée en dedans et en dehors. Le talon est élargi et effacé, globuleux, « pachydermique »; les creux rétro-malléolaires sont comblés par des masses osseuses douloureuses et par l'œdème. Les malléoles sont très abaissées vers le sol.

La palpation peut, en outre, faire percevoir une grosse crépitation très douloureuse.

A la radiographie, éclatement calcanéen avec descente astragalienne; l'astragale s'est enclavé au milieu des débris.

2° **Fractures partielles.** — *a.* FRACTURE DE LA GRANDE APOPHYSE. — Souvent associée aux lésions corporéales, c'est une *fracture articulaire*, comme les fractures sous-thalamiques.

Outre des signes banaux (œdème, ecchymoses) on constate un affaissement très marqué de la voûte tarsienne avec pied plat valgus traumatique, et à la palpation de la douleur sur l'interligne calcanéo-cuboïdien avec saillie dorsale de la grande apophyse à ce niveau (*diastasis*). Les mouvements d'abduction-adduction du pied sont limités par la douleur. La radiographie est toujours nécessaire pour confirmer ces données.

b. FRACTURES EXRA-ARTICULAIRES. — 1. *Fracture de la petite apophyse.* — Elle est très souvent isolée et s'associe fréquemment à la fracture de la malléole péronière; aussi doit-on systématiquement la rechercher dans ce cas. Les signes sont, en effet, très discrets et elle ne sera souvent qu'une *découverte radiologique.*

On peut observer un léger pied plat par éversement, des douleurs névralgiques à la marche, de la douleur à la flexion des orteils, parfois une masse osseuse perceptible. Même à la radiographie de profil, son aspect peut être trompeur : le trait fracturaire se superposant à la grande apophyse paraît la couper; de plus, la tête astragalienne est en subluxation inférieure.

2. FRACTURES TUBÉROSITAIRES. — *Les fractures de la tubérosité postérieure* donnent des signes localisés au talon : 1° le talon est éculé, globuleux; les gouttières sont comblées des deux côtés, le fragment supérieur fait saillie sous le tendon d'Achille et latéralement sous la peau. Ce fragment est mobile à la palpation et aux mouvements. Le diagnostic est donc simple.

Les mouvements des diverses articulations sont libres.

Les *fractures des tubérosités plantaires* ne donnent lieu qu'à des signes subjectifs. La radiographie permet de les découvrir chez des blessés se plaignant de *talalgies rebelles.*

De même certaines *fractures rares* du calcanéum seront toutes des découvertes radiologiques (fractures corporéales transversales ou horizontales, arrachement trochléaire, décollement de l'épiphyse postéro-inférieure chez l'enfant).

Diagnostic. — Le diagnostic de toutes ces lésions est donc avant tout radiologique. Leur peu de sym-

ptômes subjectifs, leur peu de netteté souvent sur un pied déformé par l'œdème font que le diagnostic clinique, même basé sur un examen méthodique et comparatif, est à peu près impossible. Aussi ne nous arrêterons-nous qu'au *diagnostic des fractures sous-thalamiques*, les plus fréquentes.

Rappelons encore une fois leurs deux symptômes principaux :

Abaissement des malléoles vers le sol.
Epaississement du corps du calcanéum,

signes qu'il faut rechercher systématiquement lorsqu'au cours de l'examen d'un cou-de-pied traumatisé, on a pu éliminer les lésions du squelette jambier. C'est en effet surtout par méconnaissance que l'on pèche, car les signes des fractures malléolaires sont très différents, donnant lieu à des déformations et à des points douloureux plus haut placés avec blocage tibio-tarsien. Parfois cependant une fracture bimalléollaire à trois fragments a pu en imposer pour une fracture tubérositaire du calcanéum.

Lorsque la pince malléolaire est intacte on doit donc penser à la fracture calcanéenne car les fractures astragaliennes sont exceptionnelles.

Enfin le diagnostic de contusion, d'entorse grave ne doit pas être posé sans contrôle radiologique. Il faut de toute nécessité demander des épreuves de face et de profil et, surtout chez l'enfant, des radiographies comparatives du côté sain.

Pronostic. — Il existe des fractures bénignes du calcanéum : ce sont les fractures tubérositaires et de la petite apophyse.

En un mot, ce sont les *fractures non articulaires*, ne troublant pas gravement l'équilibre de la voûte tarsienne. Pour celles-là, traitement simple et guérison avec le minimum de séquelles.

Tout différent est le pronostic des lésions ayant modifié les rapports articulaires et les équilibres de la voûte : fractures du corps, ou de la grande apophyse.

Outre des raideurs, des douleurs et de l'œdème plus ou moins persistants, il est classique d'insister sur les *troubles statiques* consécutifs à ces fractures articulaires du calcanéum. Tant qu'une ankylose serrée et totale n'a pas réussi à recréer un pilier solide, la marche reste défectueuse et douloureuse. C'est pourquoi on a pu voir parfois un meilleur résultat pour une fracture sous-thalamique du troisième degré qui s'ankylose rapidement. Les faits sont schématisés dans la classification de Morel. Il distingue trois groupes de cas de gravité croissante.

Les *cas bénins* comprennent les *fractures extra-articulaires* (fractures tubérositaires, fractures écailleuses) et demandent de trois à six mois pour le retour *ad integrum*. Aucune fracture thalamique n'a pu être classée dans ce groupe.

Les *cas moyens* oscillent autour d'un an. La fracture de la petite apophyse demande plusieurs mois (huit à dix) même bien réduite. Les rares complications vasculo-nerveuses n'entrent pas pratiquement en ligne de compte. Les *fractures sous-thalamiques du premier et du deuxième degré* demandent au minimum de six à dix-huit mois. Le malade souffre longtemps à la marche surtout en terrain inégal; par suite du diastasis médio-tarsien et des petites irrégularités des surfaces, il présente des raideurs; l'équilibre de son pied reste définitivement compromis.

Les *cas graves* enfin, fractures du troisième degré, fractures complexes, de toute façon celles qui ont retenti sur les équilibres du tarse; elles sont *incurables pendant de longues années* tant que l'ankylose interosseuse et interfragmentaire n'est pas obtenue. Le malade marche en porte à faux, souffre à l'appui, bref l'infirmité peut être considérable (50 p. 100) et prolongée.

Un dernier élément de gravité est constitué par les *lésions des parties molles* fréquentes chez ces gros traumatisés : attritions musculo-tendineuses, lésions vasculo-nerveuses, plaies des téguments, infection et même gangrène. C'est dire la gravité de ces fractures et tout l'intérêt de leur opposer un traitement efficace.

Traitement. — 1° **Fractures sous-thalamiques.** — En présence de fractures du premier degré, on peut tenter le traitement orthopédique classique. Les déplacements sont alors pratiquement négligeables et il est permis d'espérer les réduire de façon suffisante par les manœuvres modelantes classiques : tractions directes et énergiques sur le pied, mouvements forcés de prono-supination, pressions latérales, qui doivent rendre sa hauteur au calcanéum et recreuser la voûte plantaire. On les fera suivre d'une vérification radiographique puis d'une immobilisation en gouttière plâtrée de trente jours, pied à 90 degrés sur la jambe et avec un tampon de coton pour maintenir la concavité plantaire. Puis on aura recours à la physiothérapie : massages, air chaud, mobilisation.

Mais dès que les déplacements sont importants, la radiographie montre que les équilibres normaux sont impossibles à rétablir par manœuvres manuelles. C'est le cas de toutes les fractures graves, du deuxième ou du troisième degré, les fractures de la grande apophyse et les associations. Aussi ce traitement par manœuvres modelantes doit-il être abandonné dans tous ces cas où il serait voué à l'échec malgré une immobilisation prolongée. Dans l'impossibilité de réduire le diastasis astragalo-calcanéen postérieur et calcanéo-cuboïdien, le blessé conserve un pied plat valgus traumatique, hyperdouloureux à l'appui. La *réduction sanglante* s'est donc rapidement imposée à l'esprit et Morestin semble l'avoir le premier conseillée. Par la suite, il a été suivi par de nombreux auteurs et dans ces dernières années de nombreuses méthodes ont été décrites. Cotton propose simplement l'évidement et la réduction à ciel ouvert; Becker y adjoint une prothèse métallique temporaire. Dans le but de hâter l'ankylose, Van Stockum propose une arthrodèse astragalo-calcanéenne qui a l'inconvénient de laisser persister les déviations. Comolli enfin précise une technique moderne de réduction et de maintien avec section du tendon d'Achille.

Actuellement, deux méthodes semblent devoir prévaloir : les greffes ostéopériostiques, l'ostéosynthèse.

L'*ostéosynthèse* se heurte parfois à des difficultés dues à la multiplicité des fragments et à l'état spongieux de l'os. Elle favorise d'autre part les retards de consolidation et l'ostéoporose.

Les *greffes ostéopériostiques* ont l'avantage au contraire de hâter la réparation et d'abréger l'immobilisation ; elles assurent une réduction plus aisée en étayant le thalamus et en redonnant sa hauteur au calcanéum. Il semble donc qu'il faille être éclectique dans le choix de la méthode et plutôt les associer que les opposer (Lenormant).

Du point de vue de la technique opératoire, c'est à la longue incision arciforme sous-malléolaire externe que la majorité des auteurs s'est ralliée. Si l'incision remonte assez haut derrière la malléole, elle évite même la section temporaire des péroniers.

L'abord du foyer est ensuite très facile ; on procède à l'ablation des esquilles et à la détersion, ce qui mène souvent à un évidement calcanéen. A l'aide d'un instrument mousse, on soulève alors le thalamus, en prenant soin d'éviter d'appuyer sur le fragile fragment inférieur ; l'astragale se trouve désenclavé. La contention peut être maintenue par vis ou agrafes si les fragments sont assez volumineux ou par un lit de greffons pris sur la malléole voisine qui combleront la brèche sous-thalamique.

En définitive, les deux méthodes concourent au même but : assurer une réduction efficace sous le contrôle de la vue, reconstituer rapidement un pilier postérieur solide.

Les résultats, quoique relativement récents encore, semblent très favorables. L'immobilisation est réduite à trente ou quarante jours ; même dans les cas graves, la marche est reprise avant le deuxième mois. Elle n'est en rien gênée par l'ankylose astragalo-calcanéenne qui est inévitable. L'œdème persiste quelques mois, la douleur à la marche disparaît en quatre ou cinq.

2° **Fractures partielles** (non articulaires).

Pour celles-ci, le traitement est beaucoup moins discuté.

Les *fractures de la petite apophyse* seront réduites par manœuvres externes.

Les *fractures tubérositaires* sont presque toujours justiciables d'une ostéosynthèse. L'immobilisation sera brève (quinze jours) dans l'attitude de relâchement du triceps sural (extension du pied).

La fracture écailleuse sera traitée par l'abrasion systématique suivie d'immobilisation de courte durée.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. Bruch des Sustentaculum tali, *Arch. Lang. f. klin. Chir.*, 1878.

BALLENGHIEN. Fractures des os du tarse, *Th. de Paris*, 1890.

CHEVRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1924, p. 98.

COMOLLI. Sulla cura chirurgica della frattura del calcagno, *Chir. d. or. di movim.*, 1925, vol. IX, f. 6, p. 622.

CONN. Fract. of the os calcis : diagnosis and treatment, *Radiology*, 1926, t. VI, p. 228.

COTTE. *Soc. de chir. de Lyon*, 22 nov. 1928.

COTTON. Old fractures of the os calcis, *Ann. of surg.*, 1921, t. LXXIV, p. 294.

DESTOT. *Revue de chir.*, 1902 ; — *Soc. de chir. de Lyon*, 1903 ; — *Traumatismes du pied et rayons X*, Paris 1911.

GOLEBIEWSKI. *Arch. Unf.*, Bd I, p. 358.

GUERMONPREZ. *Etude sur le traitement des fractures des membres*, Paris 1906.

KAESS. Die Behandlung der Fraktur des Calcaneuskörpers mittel Nagelextension, *Centralbl. f. Chir.*, 1922, t. XLIX, n° 38, p. 1412.

LECÈNE et LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale*, Paris 1926, t. I, p. 611.

LENORMANT, WILMOTH et LECŒUR. *Soc. de chir. de Paris*, 5 déc. 1928, p. 1353, et 6 fév. 1929, p. 241.

LERICHE. *Soc. de chir. de Lyon*, 30 janv. 1913 et 2 fév. 1922 ; — *Lyon chir.*, 1er avril 1913 ; — *Soc. de chir. de Paris*, 9 janv. 1929, p. 8.

LIABOT. Décollement épiphysaire du calcanéum chez l'enfant, *Th. de Lyon*, 1905, n° 147.

MAGNUSON. Operat. for the relief of disability in old fr. of the os calcis, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1923, t. LXXX, p. 1511.

MAUCLAIRE. *Soc. de chir. de Paris*, 9 janv. 1929, p. 10.

MONDOR. *Presse méd.*, 1912.

MOREL. Variété anatomo-clinique et pronostic de la fracture du calcanéum, *Th. de Lyon*, 1904, n° 27.

MORESTIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894 ; — *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902.

NOVÉ-JOSSERAND. *Soc. de chir. de Lyon*, 1er déc. 1927.

REICH. Subastragaloid arthrodesis in the treatment of old fr. of the calc., *Surg., gyn. and obst.*, mars 1926, t. XLII, n° 3, p. 420.

SCHWARTZ. *Soc. de chir. de Paris*, 30 janv. 1929, p. 149.

SIMON et STULZ. *Soc. de chir. de Paris*, 1929, Deniker, rapporteur, p. 1293.

SLOBODSKAIA. *Th. de Montpellier*, 1912.

SOUBEYRAN. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 13 juin 1911, p. 796.

SOUBEYRAN et RIVES. Fractures du calcanéum, *Revue de chir.*, 1913, p. 429.

TANTON. In Le Dentu et Delbet, *Nouveau Traité de chirurgie*, t. IV, 2e partie, p. 76.

VAN STOCKUM. *XXIVe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, 1911, p. 801.

VIANNAY. Traitement de la fracture du calcanéum par écrasement au moyen de la traction continue sur la grande apophyse par l'étrier de Chutro, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 29 mai 1926, p. 577.

WESTPHALL. *Beit. z. klin. Chir.*, 1912, t. LXXIX, p. 419.

WORMS et HAMANT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1912.

Une bibliographie plus complète se trouve dans la thèse de Morel (Lyon 1904) à l'article de Tanton du *Nouveau Traité de chirurgie*, et enfin à la suite du récent travail de Simon et Stulz (*Soc. de chir. de Paris*, 1929, p. 1293).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1930)

Observation par le diagnostic foliaire du phénomène de remplacement physiologique mutuel de deux bases : chaux et potasse. — MM. H. LAGATU et L. MAUME.

Sur la toxicité pour les animaux de laboratoire de hautes doses d'ergostérol irradié. — MM. H. SIMONNET et O. TANRET.

Sucre protéidique et mannose chez les mammifères et les oiseaux. — M. H. Bierry.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 février 1930)

Notice. — M. Rouvillois donne lecture d'une notice sur M. Charles Willems (de Liége), membre correspondant étranger depuis 1916, récemment décédé. Après avoir rappelé la brillante carrière de l'éminent chirurgien belge, M. Rouvillois insiste sur ses travaux en chirurgie articulaire, et en particulier sur le traitement de l'hémarthrose par la ponction suivie de la marche immédiate. C'est par cette méthode que pendant la guerre il obtint, en l'appliquant aux blessés articulaires infectés ou non, des résultats admirables. « Cette méthode, qui porte à juste titre le nom de méthode de Willems, suffit à elle seule pour assurer à son auteur un souvenir durable dans l'histoire de la chirurgie contemporaine. »

La vaccination antityphoïdique du personnel de la marine marchande. — M. Léon Bernard apporte des faits qui montrent la nécessité de rendre obligatoire dans la marine marchande la vaccination antityphoïdique.

Traitement des tuberculoses par le chlorhydrate de choline. — MM. Jacques Carles et François Leuret. M. Desgrez lit une note résumant un travail de ces auteurs, établissant que l'état de résistance et d'inaptitude à la tuberculose dans l'organisme humain est fonction d'un état humoral caractérisé par l'équilibre du rapport

$$\frac{\text{Glycémie}}{\text{Cholestérolémie}}$$

Toute modification de ce rapport, mais surtout l'abaissement du taux de la cholestérine dans le sang, entraîne une diminution de résistance à la tuberculose et une suractivité de la maladie.

Les auteurs ont donc cherché à augmenter le taux du cholestérol sanguin sans trop modifier la glycémie. Ils ont été amenés à employer le chlorhydrate de choline, en injections sous-cutanées à la dose de 2 centigrammes, tous les deux jours; ils obtiennent un relèvement régulier et durable de la cholestérolémie, en ne modifiant que peu la glycémie, qui augmente aussi, mais dans de bien moindres proportions.

Cette méthode donne des résultats cliniques impressionnants, même dans les tuberculoses pulmonaires graves. On constate :

L'abaissement de la température;

La diminution des signes fonctionnels;

Un engraissement rapide et considérable ;

La cicatrisation très rapide d'abcès froids d'origine osseuse, articulaire ou ganglionnaire, quelquefois fistulisés depuis plusieurs mois.

Sur 32 malades déjà traités, les auteurs comptent actuellement 8 guérisons durables dont 2 de tuberculose pulmonaire ouverte, et 10 améliorations prolongées de tuberculeux pulmonaires traités *in extremis*.

Ce traitement se montre absolument inoffensif aux doses ci-dessus indiquées et ne paraît comporter aucune contre-indication formelle.

Traitement de l'ulcère de l'estomac par les injections d'insuline. — MM. le professeur A. Cade et Ph. Barral (de Lyon). Les injections d'insuline ont été appliquées au traitement de l'ulcère de l'estomac depuis 1926 par quelques auteurs. Simnitsky, Goyena obtiennent des améliorations intéressantes. Dans quelques cas il est possible de prononcer le mot de guérison (Feissly, Goyena, Horowitz).

Sur une série de 25 malades présentant le syndrome de l'ulcus gastro-duodénal, MM. Cade et Barral ont appliqué ce traitement. Il leur a paru que, dans un nombre important de cas, il déterminait une disparition rapide des phénomènes douloureux, sans que leur expérience personnelle permette de parler de guérison. Les malades présentant une sténose organique ou une périgastrite ne sauraient, d'une façon générale, bénéficier du traitement insulinien. Celui-ci est contre-indiqué lorsqu'il y a soupçon de néoplasie.

De faibles doses d'insuline sont suffisantes (15 unités par jour). Le traitement sera prolongé pendant vingt ou vingt-cinq jours. Une nouvelle série sera reprise au bout de quelques mois. Dans le cas où il n'y a pas d'amélioration suffisante on fera précéder l'injection d'insuline de l'ingestion de 20 à 80 grammes de glucose.

MM. Cade et Barral n'ont observé aucun accident au cours du traitement.

Le mécanisme d'action de l'insuline chez les ulcéreux de l'estomac reste discutable. En tout cas elle ne diminue pas l'acidité du contenu gastrique qui se trouve au contraire augmentée en général.

M. Vaquez fait observer qu'on obtient également de bons résultats dans les ulcères gastriques avec d'autres produits, notamment certains extraits pancréatiques. L'amélioration, peut-être la guérison, est due à une action trophique que ces produits exercent sur les tissus par l'intermédiaire des vaisseaux.

Le froid à l'Académie. — Il nous faut constater une fois de plus que l'Académie devient un séjour dangereux dès qu'il fait froid. Le calorifère est plus qu'insuffisant, aussi les membres de l'Académie ne se sont risqués dans la salle des séances que le chapeau sur la tête et emmitouflés dans pardessus et cache-nez.

Après tout, comme le faisait remarquer un des plus spirituels académiciens, c'était peut-être une attention pour l'explorateur polaire, nouvellement élu, M. Jean Charcot, qui, justement, prenait séance ce jour-là.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 7 février 1930)

A propos de l'amputation partielle du sein pour épithélioma. — M. Luquet communique les observations de deux malades auxquelles il enleva une petite tumeur du sein que l'examen histologique révéla être un épithélioma. L'une de ces malades refusa l'opération complémentaire et, depuis vingt mois, ne présente aucune trace de récidive. L'autre se soumit à l'ablation secondaire du sein avec curage de l'aisselle. Un examen de la pièce enlevée ne montra aucune trace de cancer, ni dans le sein, ni dans les ganglions cependant perceptibles cliniquement. L'auteur estime que ces deux cas sont tout à fait spéciaux et que toute tumeur du sein, même simplement douteuse, doit être traitée par l'opération radicale.

M. Léo, réunissant 47 observations sur le sein, a, dans 7 cas où le diagnostic clinique et anatomo-pathologique était hésitant, préféré une exérèse large à une opération limitée.

M. Lanos communique une observation où un prélèvement fait pour un examen histologique montra qu'il s'agissait d'épithélioma. Il fit l'amputation totale du sein avec curage de l'aisselle. L'examen histologique de la pièce enlevée ne permit plus de trouver trace de cancer en aucun point. La biopsie semble avoir enlevé toute la zone cancérisée.

M. Rubens-Duval. La pratique de l'ablation chirurgicale systématique de la totalité du sein avec curage de l'aisselle, traitement classique, n'est fondée que sur les statistiques qui montrent que plus on enlève de tissu plus on a de chances de dépister les limites du mal. Ces statistiques ne prouvent pas

que cette ablation totale soit toujours le traitement de choix. Des variétés de cancer du sein, relativement bénignes, paraissent susceptibles de guérir par une amputation partielle. Afin de les connaître et traiter comme il convient une collaboration des chirurgiens et des histologistes est nécessaire.

A propos de la coxa-vara. — M. ROEDERER croit à la pathogénie par troubles endocriniens ; mais la moitié des enfants atteints de coxa-vara ne sont pas des adiposo-génitaux, ce qui serait très démonstratif. Le passage de la coxa-vara à l'arthrite juvénile se voit parfois, prouvant la théorie uniciste.

M. TRÈVES pense qu'il existe plusieurs variétés de coxa-vara; les deux principales sont : la coxa-vara des adolescents analogue au genu-valgum et à la tarsalgie souvent unilatérale et la coxa-vara progressive bilatérale consécutive à de véritables fractures pathologiques. Sur une lésion en évolution l'auteur pratique le redressement en un temps ou par étapes; sur un col recalcifié il se félicite des résultats obtenus avec l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Anomalies congénitales du côlon droit. — M. THÉVENARD en communique deux cas. Il montre que si les communications des chirurgiens et des radiologistes sont rares sur ce sujet, les anatomistes en observent fréquemment.

De la vésiculographie. — M. PASTEAU rappelle qu'avant la vésiculographie il avait déjà décrit les vésicules séminales comme un canal allongé, irrégulier et tortueux. Il ne croit pas qu'on puisse se baser sur les aspects radiographiques pour déclarer qu'il s'agit de figures normales ou pathologiques; il ne croit pas d'ailleurs que le fait d'introduire un antiseptique dans les vésicules amène une stérilisation complète.

M. LE FUR insiste sur le fait que la vésiculographie a complètement détruit la notion admise et classique de « réservoir » pour la remplacer par celle d'un tube contourné avec prolongements, poches et cæcum. Le rôle thérapeutique des liquides désinfectants injectés dans les vésicules ne lui paraît pas douteux, puisque de vieilles lésions résistant à tous les traitements ont été guéris par cette méthode.

De la sympathectomie péri-artérielle fémorale préventive après ligature de l'artère poplitée. — M. LANOS fait un rapport sur un travail de M. Dziembovski (de Bydgoszcz, Pologne). Il montre que des ruptures artérielles s'observent après dénudation et que la sympathectomie a des résultats trop inconstants pour qu'on puisse en faire une règle.

Indications et technique de l'ostéotomie sous-trochantérienne. — M. TRÈVES les étudie dans la coxalgie, dans les ankyloses vicieuses, dans les pseudarthroses intra et extra-cotyloïdiennes, dans la luxation congénitale irréductible postérieure de la hanche. Il pratique l'ostéotomie à ciel ouvert et immobilise environ cinquante jours.

Spondylose rhizomélique. — M. PEUGNIEZ présente une pièce anatomo-pathologique montrant une ossification du ligament vertébral antérieur en deux corps vertébraux.

Luxation inflammatoire de la hanche. — M. MULLER (de Belfort) communique l'histoire d'une infection aiguë consécutive à une piqûre de l'index et qui a nécessité une double arthrotomie du genou et laissé comme séquelle une luxation de la hanche gauche.

Carcinoïde de l'intestin grêle. — M. PLANSON présente un cas de « tumeur argentaffine » du grêle à évolution clinique très anormale; des adénopathies inguinales et crurales, métastases d'un épithélioma atypique, furent les premières manifestations de la maladie. Ce n'est que cinq mois plus tard qu'on put déceler et opérer la tumeur siégeant sur la dernière anse iléale.

Mammectomie partielle pour tumeur du sein. — M. DARTIGUES présente une malade âgée de soixante-cinq ans à laquelle il a fait il y a sept mois une mammectomie partielle, prélèvement pour l'examen histologique : celui-ci a montré qu'il s'agissait de cancer. La malade s'est refusée à une opération nouvelle et radicale. Actuellement, ce qui reste de la mamelle paraît cliniquement sain et il n'y a pas d'adénite.

Réfection du pavillon de l'oreille. — M. DUFOURMENTEL présente un blessé qui avait eu l'oreille arrachée par accident et auquel il a fait, il y a huit jours, le premier temps de la réfection du pavillon par greffe cutanée en trois plans. Résultat satisfaisant. Le blessé sera présenté ultérieurement.

Traitement opératoire de l'atrophie mandibulaire. — MM. DUFOURMENTEL et DARCISSAC présentent une jeune fille atteinte d'ankylose temporo-maxillaire bilatérale, chez laquelle ils ont obtenu une correction parfaite, non seulement de l'ankylose, mais de la rétropulsion du maxillaire atrophié. Après ostéotomie et interposition de greffes cartilagineuses, ils ont maintenu la mandibule bloquée en position de réduction, puis ils ont fait de la mobilisation continue.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DE JANVIER 1930)

Calcul de l'appendice pris pour un calcul de l'uretère. — M. F. MITRY. Chez un enfant, les signes d'appendicite inexistants, les troubles urinaires beaucoup plus apparents, ont conduit vers un diagnostic faux, confirmé d'une façon remarquable par une erreur d'interprétation radiographique.

Ablation par voie rétro-péritonéale d'un gros appendice contenant un volumineux calcul.

Présentation des radiographies et du calcul.

A propos d'un cas de réinfection syphilitique. — MM. Gustave et Yves BUREAU ont observé un accident d'allure primaire chez un malade ayant présenté un accident analogue dix mois auparavant. Ils admettent, dans ce cas, une réinfection vraie en se basant sur la thérapeutique antérieure énergiquement suivie, la réaction de Wassermann négative avant le nouveau chancre, l'aspect typique de la nouvelle lésion, la présence de tréponèmes à son niveau, l'adénopathie satellite typique, les commémoratifs d'un nouveau contage, les réactions sanguines d'abord négatives qui deviennent huit jours plus tard partiellement positives.

A propos de ce cas ils rapportent deux observations plus anciennes, l'une concernant un cas de pseudo-réinfection (gomme chancriforme), l'autre un cas probable de super-infection.

Accidents méningés chez un plongeur. — M. R. DUVERGER rapporte l'observation d'un jeune homme qui, pendant six jours, présenta de l'hyperthermie avec un syndrome méningé rappelant une méningite cérébro-spinale. Le liquide céphalo-rachidien était clair, sans réaction cellulaire ni hyperalbuminose. Une hémoculture fut stérile. Tous les accidents disparurent en quelques jours. Trois jours auparavant ce jeune homme, au cours d'un bain prolongé, avait fait trente ou quarante plongeons. Ils sont, pour Duverger, la cause des accidents méningés observés.

Les Ictères infectieux, étude clinique et étiologique, par J. TROISIER, médecin de l'hôpital Bichat, et R. CLÉMENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 de 152 pages avec graphiques. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Les délirants [Collection des Actualités médicales] (1), par le docteur Raymond MALLET.

Voici un sujet qui, de plus en plus, tend à sortir du cadre étroit de la psychiatrie pour s'orienter vers la pathologie générale. Comment le comprendre aujourd'hui?

En envisageant successivement les questions suivantes.

Qu'est-ce que le délire? Impossible aujourd'hui de se borner à le considérer comme une erreur de jugement. Il faut de toute nécessité comprendre ce qu'est l'idée délirante, que caractérisent : 1° son *irréductibilité*, laquelle finit toujours, d'ailleurs, par entraîner la conviction du malade, tandis que l'idée obsédante, irréductible aussi, n'est pas acceptée par lui; 2° l'*interprétation morbide dont elle est l'objet.*

Ainsi défini, le délire est dû au trouble qu'apportent, dans l'élaboration de la pensée, deux éléments étroitement unis : l'un, c'est la mise en jeu des phénomènes d'automatisme si bien étudiés par M. de Clérambault; l'autre consiste dans l'affaiblissement ou dans la déviation de l'auto-conduction. Ce trouble est lui-même sous la dépendance de lésions organiques de l'encéphale. Il explique que le malade, se comportant devant l'idée irréductible comme devant un objet étranger à son moi, l'objective, l'extériorise et qu'ainsi l'hallucination soit créée.

Quels sont les matériaux du délire? Ce sont : 1° parmi les *idées délirantes*: les idées de persécution, à laquelle se relient celles de jalousie, de revendication, des idées de grandeur, d'enrichissement, hypocondriaques, de négation, mystiques, érotiques, etc.; 2° l'*hallucination*, elle peut être hypnogogique, psychique, auditive, psycho-motrice, lilliputienne, etc.; 3° l'*interprétation*; 4° l'*illusion*, l'*intuition délirante*. Suivant la manière dont se combinent ces divers éléments, le délire est dit incohérent, systématisé ou polymorphe.

Comment s'effectue la construction délirante? Deux grands groupes de faits selon que le délire est primitif ou secondaire.

Dans le délire primitif, prennent place les délires primitifs chroniques hallucinatoires, d'interprétation, d'imagination et certains délires primitifs aigus.

Quant au délire secondaire, délire-symptôme que l'on peut opposer au délire-maladie, il se développe souvent sur le syndrome confusion mentale, et comporte, lui aussi, plusieurs variétés : délire anxieux; délire mélancolique; délires infectieux et toxiques, etc., délire symptomatique d'une affection organique du système nerveux.

Au lecteur de conclure, en faisant la part belle aux lésions organiques, d'une part, à l'apparition du phénomène d'automatisme et au trouble de l'auto-conduction dans la production du délire. L'auteur lui en a procuré tous les éléments. Et il aura su les grouper avec son art coutumier. Quelle joie pour le critique, dont le rôle est souvent si ingrat, de féliciter M. Raymond Mallet de son petit livre, si passionnant, si neuf, si bien présenté! Quelle occasion de lui dire que son effort sincère et persévérant, qu'aide heureusement un joli talent de lettré, est suivi avec intérêt par ceux qui, à notre époque, ont su garder le goût des idées générales !

L. BABONNEIX.

(1) Un vol. in-18, 97 p. — Paris, 1930, G. Doin et Cie.



Eléments d'interprétation radioscopique et radiographique du poumon (1), par L. SCHEKTER (Boulogne-sur-Mer).

M. L. Schekter, dont nos lecteurs n'ont pas oublié les ouvrages précédents : *Comment consulter? Comment se soigner après avoir consulté*, se propose aujourd'hui de rappeler les notions que tout médecin doit avoir présentes à l'esprit pour pouvoir interpréter des radioscopies et des radiographies pulmonaires. Il passe successivement en revue le squelette, le diaphragme, le médiastin, le parenchyme pulmonaire normal et pathologique, les bronches, le radio-diagnostic pulmonaire chez les enfants. Livre utile aussi bien au praticien qu'au spécialiste, et dont il faut louer la parfaite ordonnance, comme la clarté.

L. BABONNEIX.

INFORMATIONS

(SUITE)

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — La Session-Congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest se tiendra à la Faculté de médecine les 25, 26 et 27 avril 1930.

Deux rapports seront présentés sur :

1° « La pathogénie de l'insuffisance hépatique. » Rapporteur : M. de Grailly, médecin des hôpitaux.

2° « Traitement hydro-minéral de l'insuffisance hépatique. » Rapporteur : M. Petiteau, préparateur de physiologie à la Faculté.

Les communications devront être annoncées avant le 5 avril, dernier délai, au secrétaire général, le docteur J. Vergely, 4, rue d'Enghien, Bordeaux.

Ves JOURNÉES THERMALES DU CENTRE. — Organisées par le *Centre médical*, sous la présidence du professeur Castaigne, avec le concours de la Compagnie des chemins de fer d'Orléans et la collaboration de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, ces Journées auront lieu les dimanche et lundi de Pentecôte, 8 et 9 juin 1930.

Programme scientifique : Traitement du diabète à Vichy et La Bourboule.

Itinéraire. Dimanche : arrivée à Vichy, visite, conférence, déjeuner. Départ en auto-cars pour Clermont, séance de travail; 18 h., départ pour La Bourboule par auto-cars, dîner, coucher. Lundi : visite de la Bourboule, conférence, déjeuner. Excursion comprenant arrêt au Mont-Dore. Dislocation.

Conditions : 100 fr., voyage, logement, repas compris. — 150 places.

Pour les adhésions, s'adresser au *Centre médical*, place Bréchimbault, 21-23, à Moulins-sur-Allier.

XIe SALON DES MÉDECINS. — Pour la onzième fois il s'ouvrira du dimanche 15 au 24 juin prochain inclus, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Nabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

CROISIÈRES DE LA « REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES ». — La *Revue générale des sciences*, suivant la tradition inaugurée par le regretté Louis Olivier qui organisa 53 croisières du plus haut intérêt, annonce pour le 19 avril deux croisières : l'une à l'occasion des fêtes de Delphes, l'autre à Athènes, le Mont Athos, Constantinople et Brousse.

La croisière de Delphes partira de Marseille le 19 avril pour y revenir le 7 mai. Prix de la croisière : 6.200 fr. tout compris.

Le nombre des places étant limité, s'adresser sans retard pour tous renseignements à M. Frédéric Olivier, croisières de la *Revue générale des sciences*, 67, avenue Niel, Paris (17e). Tél. Wagram 76-87.

(1) Un volume in-8 de 85 p. — Paris, 1930, Doin.

DANS LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — Notre confrère *Le Scalpel*, dont il y a peu de jours l'imprimerie avait été détruite par un incendie, vient de reparaître sous sa forme habituelle avec quelques jours seulement de retard. Nous le prions de recevoir, avec toute notre sympathie, l'expression de nos félicitations pour le tour de force qu'il a accompli.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Reboul (de Lyon), Hovinne (de Bruxelles), Félix Paliard (de Lyon), père des docteurs Frédéric Paliard (de Lyon) et Pierre Paliard (de Marseille); Henri Bannelier (de Marseille), Raymond Bourguedieu, médecin des Messageries Maritimes; Rect (de Paris), Bourdin (de Besançon); M. Gérard Becuwe, interne à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, décédé victime du devoir professionnel à l'âge de 22 ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — Cours de Pâques. — *Clinique et thérapeutique dérivées de l'examen du sang.* — Ce cours aura lieu du 28 mars au 11 avril 1930. Il comprendra 28 démonstrations avec présentations de malades et techniques de laboratoire.

Prix du cours : 300 fr.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 25 février. — Jury : MM. J. Faure, président; Claude, Jeannin et Lereboullet. — M. ROBERT. Anastomoses aseptiques sur le tractus digestif. — M. HOULLIER. Etude de la grossesse ectopique péritonéale. — M. COURTOIS. Le traitement des nourrissons porteurs de germes diphtériques. — Mme ROBERT. Le chlorure de calcium (ses propriétés curatives, etc.).

Mercredi 26 février. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Ombrédanne et Chevassu. — M. ARMAND. Etude des hématocèles vaginales, kystes, etc. — M. BUREAU. Les indications de l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose. — M. DUPLENNE. Anatomie macroscopique du côlon ascendant. — M. SEBILEAU. Le cancer primitif de l'angle duodéno-jéjunal.

Jeudi 27 février. — Jury : MM. Teissier, président; Bernard, Brumpt et Joannon. — M. MENILLET. Etude des dextrocardies par traction dans les lésions pleuro-pulmonaires. — M. KARMANN. Aperçu des bilharzioses égyptiennes. — M. WILLEMIN. L'emploi des protéines végétales en diététique du nourrisson.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tiffeneau, président; Moussu et Robin. — M. COCHERIE. Hématuries toxiques chez les bovins.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 17 — MERCREDI 26 FÉVRIER 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 26 FÉVRIER 1930. — N° 17.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Duvoir, M.-P. Weill, Halbron, Courtois-Suffit, Laignel-Lavastine, May, Comte, Besançon, Lé[illegible], [illegible]lian, Weissenbach, Paisseau.

Admissibilité. — MM. les docteurs Azerad, Bariéty, Basch, Bascouret, Benda, Bocage, Boltanski, Bourgeois, Brun du Bois Noir (de), Cayla, Célice, Chabrun, Christophe, Clément, Darquier, Decourt, Deron, Deschamps, Dreyfus-Sée (Mlle), Escalier, Froment, Garcin, George, Gutmann, Hamburger, Hillemand, Isaac (Georges), Kourilsky, Lambling, Lamy, Laporte, Layani, Lemaire, Lenormand, Lévy (Maur.), Lévy (Rob.), Lichtwitz, Marie, Martin, Meyer, Morlaas, Moussoir, Olivier (Henri), Ollivier (Jean), Pellissier, Périsson, Péron, Pichon, Pollet, Prieur, Rachet, Schmite, Thévenard, Thurel, Weissmann.

— Sont dispensés des épreuves d'admissibilité du présent concours aux termes de l'article 223 du règlement sur le Service de santé les six candidats dont les noms suivent, titulaires de deux admissibilités :

MM. les docteurs Bith, Chevallier, Mme Fontaine, née Bertrand, MM. Lelong, Ravina, Schulmann.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. David, Regnier, Grut, Fabre, Aurousseau.

Hôpitaux de province. — Fontainebleau. — La Commission administrative de l'hôpital mixte de Fontainebleau donne avis que le 21 mars 1930, à l'hôpital, à 9 h., il sera ouvert un concours public pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie.

Conditions de l'internat. — La durée de l'internat est fixée à deux ans au moins et à trois ans au plus.

Les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés. Les internes reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 fr. la première année, 4.500 fr. la deuxième année et 5.000 fr. la troisième année.

Le stage est reconnu par la Faculté de médecine.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires à l'économat de l'hôpital, tous les jours non fériés, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

Hôpitaux coloniaux. — Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de « médecin des hôpitaux coloniaux », « chirurgien des hôpitaux coloniaux » et de « pharmacien chimiste du Service de santé colonial » s'ouvriront le 10 juin 1930, à 8 h., à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, dans les conditions et suivant les programmes fixés par l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Les épreuves complémentaires du concours prescrites par les articles 3 et 4 du décret précité, pour l'obtention du titre de « spécialiste des hôpitaux coloniaux » auront lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

1° Les médecins et pharmaciens capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade au 1er janvier 1930 et les médecins et pharmaciens commandants ;

2° Les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels présents en France ou en Algérie-Tunisie et rentrés des colonies depuis le 1er janvier 1929. (*J. O.*, 22 fév. 1930.)

UNION MÉDICALE LATINE UMFIA. — La Réunion annuelle de l'Union médicale latine vient de se tenir en l'Hôtel des Sociétés Savantes. Parmi les nombreux assistants, on remarquait avec les membres du bureau les docteurs Dartigues, président; Bandelac de Pariente, vice-président; Moliméry, secrétaire général; Cambiès, trésorier général; Berty Maurel, trésorier adjoint; Michaux, bâtonnier de l'Ordre des avocats de Boulogne-sur-Mer, membre des Amis de l'Umfia, venu tout exprès pour développer devant l'assemblée la question du latin : langue scientifique universelle. Prirent également part à la réunion les docteurs Noir, Foveau de Courmelles, de Parrel, Rivière, Diriart, Vitoux, Gardette, d'Ayrenx, Faulong, Cheynel, Baqué, Bruder, Debidour, Valette, Grimberg, Girard (d'Ax-les-Thermes), Aubertot, Delater, Chabrol, Layani, Giscar, Hahn, Zarzicki, Zapata, délegué de l'Umfia en Colombie, et à leurs côtés tout le bureau des Jeunes de l'Umfia.

Après que le secrétaire général, docteur Moliméry, eut lu la correspondance excusant un grand nombre d'umfistes, et rendu hommage « aux disparus » de l'année, que M. Cambiès eut fait approuver les comptes de trésorerie; que Mlle Roule eut montré la progression des Jeunes, qui actuellement sont bien près de 200 dans leur beau groupement, le docteur Dartigues rappelle dans quelles circonstances déjà lointaines l'Umfia mit à l'ordre du jour la question du latin, langue universelle; les articles publiés dans la *Presse médicale*, le *Concours médical*, *La Médecine internationale*, *Physis* du docteur Ruffier.

Me Michaux, qui depuis de longues années s'occupe d'un latin simplifié « Le Romanal », langue scientifique universelle, est venu développer avec une science, une dialectique, un entrain vraiment admirables la manière de concevoir cette langue qui, dit-il, demande à peine quelques heures de travail pour être parlée, donc entendue. Me Michaux multiplie les exemples et sans nous donner la peine de songer, de nous reprendre, de respirer oserai-je dire, il nous conquiert. Aussi l'assemblée générale annuelle de l'Umfia, applaudissant le magnifique exposé de Me Michaux, émet le vœu que dans le sein de l'Union médicale latine la question d'un latin, langue scientifique universelle, demeure à l'ordre du jour et que soit nommée une commission afin qu'un rapport soit présenté à la prochaine assemblée.

On parle beaucoup des prix de l'Umfia; il y a plus de 30.000 fr. de prix. Pour le libellé exact des prix et les conditions générales, il faut s'adresser au secrétariat général de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.

HOMMAGE AU DOCTEUR DELAGÉNIÈRE. — Le Comité constitué pour offrir une médaille au docteur Henry Delagénière annonce que la remise de cette médaille aura lieu au Mans le 9 mars 1930, à 2 h. 1/2, à la clinique de la rue de Ballon (32, rue de Ballon) et sera suivie de l'inauguration des nouveaux bâtiments de cette clinique.

Rappelons que le Comité est composé de : Mme Lucas-Championnière, MM. Abadie, Marcel Baudouin, Beauchef, le professeur Bérard; Collin, Couder Dartigues, les professeurs J.-L. Faure, Forgue et Hartmann; Langevin, Lefournier, le professeur Mauclaire; Meyer, Témoin, Papin et le professeur Vaquez.

Un banquet par souscription (50 fr.) auquel les dames seront admises, aura lieu le même jour à l'Hôtel de Paris, à 12 h. 30. Prière de s'inscrire auprès du docteur Langevin, 2, rue Pierre-Belon, Le Mans.

PSITTACOSE. — A la suite de l'apparition de la psittacose en Belgique, l'administrateur, comme l'a déjà fait la France, vient d'interdire l'importation de perroquets de l'Amérique du Sud.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le très profond regret d'apprendre la mort de notre collègue et ami Henri Brin, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, décédé dans sa 59e année, après une courte maladie.

Brin avait été interne des hôpitaux de Paris en 1895, dans la promotion de Cunéo, Imbert (de Marseille), Ombrédanne et Dujarier.

Elève de Guyon, de Panas, de Bergèr et de Quénu, Brin a créé à Angers un véritable centre de chirurgie générale et de chirurgie urinaire.

Par sa grande valeur chirurgicale, par ses travaux, plus encore par l'aménité de son caractère et par ses grandes qualités de cœur il s'était assuré l'estime et la sincère affection de tous ceux qui l'ont connu.

Nous adressons à tous les siens l'expression de nos condoléances très émues.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE L'ÉLECTION DE M. ALEXANDRE GUÉNIOT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie célébrera au mois de mars le cinquantenaire de l'élection de son vénéré doyen, M. Alexandre Guéniot. C'est, en effet, le 2 mars 1880 que M. Guéniot a été élu membre titulaire dans la section d'accouchement.

La liste de présentation comprenait :

En première ligne, M. Guéniot; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Chantreuil et Charpentier; en troisième ligne, M. Pinard.

Le résultat de l'élection fut le suivant :

Nombre de votants : 65; majorité : 33.

MM. Guéniot, 54 voix, élu; Charpentier, 6; Chantreuil, 1; Martineau, 1; Archambault, 1; bulletin nul, 1.

Les membres de l'Académie qui ont siégé cinquante ans sont rares. On peut citer parmi eux : Louis-Charles Roche, ancien médecin de la grande armée; Andral, Kergaradec, Piorry, enfin Chevreul.

En fêtant le 50e anniversaire de l'élection de M. Guéniot, l'Académie rendra hommage à une vie tout entière consacrée au travail.

M. Guéniot, né le 8 novembre 1832 à Tignécourt dans les Vosges, a été nommé interne des hôpitaux en 1857 dans la promotion de Descroizilles, Dujardin-Beaumetz, Tillaux, Armand Desprès, Hardy, M. Raynaud et Lancereaux. Il est licencié ès sciences naturelles et a passé sa thèse de doctorat en 1862 sur la *Scarlatinoïde puerpérale*.

Chirurgien des hôpitaux le 27 juillet 1865, il devint accoucheur des hôpitaux lorsque furent créées ces fonctions. Il est agrégé de la Faculté de médecine depuis 1869. Au cours de sa longue carrière hospitalière, M. Gueniot a été chirurgien des Enfants-Assistés et de la Maternité. Il a été président de la Société de chirurgie en 1883, de la Société obstétricale et gynécologique de Paris en 1888, de la Société obstétricale de France en 1895, de l'Académie de médecine en 1906.

Les travaux de M. Guéniot en obstétrique et en chirurgie sont extrêmement nombreux. Dans sa verte vieillesse son labeur ne s'est pas ralenti. Chaque année il apporte à l'Académie sa part de travail avec une conscience, une dignité et une courtoisie qui lui valent l'affectueuse admiration et la très respectueuse vénération de ses collègues et des représentants de la presse auxquels il témoigne tant d'amicale bienveillance.

F. L. S.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

EXPERTISE

M. H... prétendait qu'il avait été victime d'une faute commise au cours d'un traitement médical chez le docteur L..., et à la suite d'une piqûre d'huile camphrée, ordonnée par le docteur M... et exécutée par la Dlle P..., infirmière.

M. H... avait demandé au président des Référés de désigner un expert médical; ce qui fut fait par ordonnance du 20 juin 1929. Le médecin désigné procéda à sa mission et déposa son rapport dans lequel il concluait, par exclusion et sans en avoir la preuve absolue et matérielle, à une faute médicale de la préposée du docteur L..., comme étant la cause du phlegmon de la cuisse droite présenté par M. H....

S'appuyant sur ce rapport, M. H... est revenu en référé, demandant l'extension de la mission de l'expert, à l'effet de « procéder à un nouvel examen, d'évaluer le pretium doloris, fixer la durée d'incapacité de travail, de préciser et d'indiquer les réserves pour l'avenir, fixer la date de la consolidation et dire s'il y a lieu ou non de faire des réserves pour l'avenir... »

M. le président des Référés, par une deuxième ordonnance en date du 19 juillet 1929, fit droit à la demande d'extension de la mission, telle qu'elle était demandée. Par contre, il repoussa, dans la même ordonnance, la demande du docteur L... qui réclamait la nomination de trois experts.

Le docteur L... interjeta appel de cette ordonnance, parce que l'assignation, délivrée à la requête de M. H..., avait sous une forme déguisée pour but d'étendre la mission de l'expert, en supposant établie la responsabilité du docteur L... et la faute de l'infirmière, comme si le Tribunal avait statué définitivement sur le rapport de l'expert. En effet, demander au juge des référés de faire évaluer le préjudice causé, c'était admettre à priori que le préjudice et la faute génératrice étaient définitivement établis.

L'appel était fondé. Après plaidoirie de Me Louis Mercier, avocat à la Cour, plaidant pour le docteur L..., la Cour d'appel (Chambre des référés) a infirmé l'ordonnance du mois de juillet 1929 dans les termes suivants :

« Considérant qu'à la suite du dépôt du rapport du docteur O... concluant à la responsabilité de la préposée du docteur L...,

Que H... s'est pourvu en référé pour obtenir l'extension de la mission de l'expert, au calcul du préjudice;

Considérant que L... fait grief au premier juge d'avoir accueilli cette demande, alors qu'il a contesté formellement le travail du docteur O...;

Considérant qu'en donnant, dans ces circonstances, mission à cet expert de déterminer les conséquences du mal, le premier juge paraît avoir admis que la faute génératrice du dommage était établie définitivement à la charge de L...

Qu'il a ainsi porté préjudice au principal. Que la décision sur ce point doit être réformée. »

Sur la question de la nomination des trois experts demandée par le docteur L..., la Cour a dit qu'il appartenait aux juges du fond, c'est-à-dire au Tribunal de statuer. On sait, en effet, que les ordonnances de référé ne doivent résoudre les questions soumises que d'une manière provisoire, et si l'urgence est établie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CORRESPONDANCE

UN DIPLÔME SECONDAIRE ÉTRANGER NE DOIT PAS PERMETTRE LA PRÉPARATION D'UN DOCTORAT D'ÉTAT

Le 30 janvier dernier, lors de la séance du Sénat pendant laquelle les épreuves du baccalauréat furent soumises à une juste critique, notre confrère le docteur Armbruster, sénateur de l'Aube, a demandé à M. le ministre de l'Instruction publique s'il existait une convention franco-roumaine accordant l'équivalence des baccalauréats français et roumain.

La question qui préoccupe depuis cinquante ans les milieux médicaux a été ainsi posée devant le Pays, et M. Marraud, le 6 février, après enquête, a répondu *avec une précision et une netteté qui lui attireront la sympathie du Corps médical français en entier*. Il est temps, en effet, d'empêcher l'apparition si fréquente, et en tous points du territoire, de médecins qui pour la plupart n'ont de roumain que le baccalauréat.

M. Marraud a annoncé à la tribune du Sénat qu'il n'avait pas été trouvé trace d'une convention diplomatique entre la France et la Roumanie, mais qu'il existait un décret de Duruy datant de 1866 et intervenu à la suite de correspondance diplomatique entre la France et les Principautés moldaves. Ce décret qui admet l'équivalence du diplôme roumain avec le baccalauréat français pour l'accès des Facultés de médecine a été maintenu par une circulaire de 1880 et deux arrêtés de 1912 et 19.3.

Mais ce décret de 1866 autorisait-il les Roumains n'ayant pas le baccalauréat français à exercer la médecine en France, ou leur permettait-il seulement l'accès des Facultés de médecine? Voilà une question à élucider.

Il nous paraît en tout cas que M. le ministre de l'Instruction publique peut revenir sur ce décret puisqu'aucun traité diplomatique n'est à son origine; nous estimons qu'il a parfaitement les mains libres attendu que si son illustre prédécesseur Victor Duruy, pour des raisons de latinité, a voulu ouvrir nos facultés aux descendants des légionnaires de Trajan qui sont depuis toujours amis de la France, il n'a voulu favoriser que ceux-ci uniquement.

Il est urgent de résoudre cette question de l'exercice de la médecine en France par les étrangers : de toutes parts nous recevons des réclamations et des plaintes; *des tribunaux s'adressent à nous pour s'éclairer sur la législation qu'ils doivent appliquer aux multiples médecins étrangers dont les agissements leur sont connus, et dont il est impossible souvent de fixer la nationalité.*

Finalement, au lieu de compliquer le problème par des recherches de nationalité particulièrement délicates, mieux vaut décréter qu'en France seul le Baccalauréat français donne le droit de prétendre aux diplômes d'Etat de doctorat en médecine et de pharmacien.

La Corporative des étudiants en médecine félicite le docteur Armbruster d'avoir provoqué une enquête ministérielle sur une question aussi importante que celle qui nous préoccupe, et, d'accord avec la Confédération nationale des Syndicats médicaux de France, elle espère trouver chez M. le ministre de l'Instruction publique. l'avocat qu'il convient pour défendre les prérogatives du baccalauréat français.

Pour le Comité de l'Association Corporative des étudiants en médecine :

MAURICE MORDAGNE,
Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Membre d'honneur du Comité, délégué.

La Vie propriété physique, par le docteur CHAMBAS (Ermont, S.-et-O.). — Prix : 5 fr. — Paris, Editions médicales N. Maloine.

INCIDENTS ET ACCIDENTS
DE
L'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE

Par Roger PÉTRIGNANI,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le titre même de cet article peut paraître *a priori* paradoxal puisque c'est une notion devenue presque classique aujourd'hui que l'anesthésie épidurale ne provoque pour ainsi dire jamais d'accidents.

Si l'on entend par là ces phénomènes de haute gravité aboutissant généralement à la mort comme on en observe malheureusement de temps à autre dans tous les modes d'anesthésie, nous nous empressons d'affirmer après tant d'autres que l'anesthésie épidurale en est exempte, les seuls cas de mort relatés (et à l'étranger seulement) n'étant pas imputables à la méthode mais à une lourde faute de technique.

Toutefois, à côté de ces faits exceptionnels, il y a place pour toute une série de petits accidents, d'incidents si l'on préfère, sur lesquels les travaux classiques sont singulièrement silencieux ou succincts; de l'enquête à laquelle nous nous sommes livré auprès de ceux qui ont une grande pratique de ce mode d'anesthésie nous avons gardé l'impression que nous ne sommes pas le seul à en avoir observé, tant s'en faut. Et puisqu'il est reconnu de tous que ces incidents sont bénins, ce n'est pas faire du tort à la méthode que d'en parler, bien au contraire; on doit les connaître, savoir les traiter, et, dans une certaine mesure, pouvoir les éviter par une technique absolument rigoureuse.

On pourra voir dans ce qui va suivre que les modalités de ces accidents sont très variables, et variable également leur pathogénie; aussi bien, pour les passer en revue, nous placerons-nous uniquement à un point de vue objectif et clinique, en les étudiant par ordre chronologique.

Nous laissons volontairement de côté les *échecs* de technique proprement dits, d'ailleurs très rares entre des mains entraînées et qui se présentent schématiquement sous trois aspects :

a. On ne pénètre pas dans le canal épidural :

Soit à cause d'un repérage défectueux (un peu délicat chez les femmes grasses);

Soit à cause d'une ossification partielle ou totale de la membrane obturatrice (3 fois sur 172 cas, Suchy);

Soit à cause d'une anomalie osseuse de l'hiatus ou du canal (spina bifida).

b. On croit avoir pénétré dans le canal mais en réalité c'est une fausse route :

Soit en arrière, sous la peau (boule d'œdème);

Soit en avant, à travers l'articulation sacro-coccygienne (on a même pu blesser le rectum!).

c. On pénètre mais on bute :

Soit en raison d'une incurvation exagérée du sacrum;

Soit contre le cap saillant de S_3 ou un disque intervertébral proéminent;

Soit contre une tumeur d'origine osseuse ou simplement domiciliée dans le canal;

Soit à cause d'une fracture ancienne du sacrum.

Supposons donc que la pénétration dans le canal ait été correcte et aisée.

Nous étudierons successivement :

A. **Accidents survenant à l'occasion de la ponction ou pendant l'injection.** — *a.* **Accidents de la ponction.** — 1. Piqure du périoste. — Cela arrive surtout aux débutants, l'aiguille étant trop inclinée en avant ou en arrière et poussée trop vivement. Cet accident est donc le plus souvent évitable par une technique stricte. Mais parfois une saillie exagérée du plancher (chez l'homme de préférence) peut entraîner la piqûre du périoste même par les opérateurs les plus habiles.

Le sujet accuse une vive douleur; en même temps la pointe de l'aiguille perd sa liberté; il ne faut pas insister, retirer l'aiguille pour la diriger dans une autre direction, en avant ou en arrière. Sinon on s'exposerait à injecter la solution anesthésiante dans l'espace sous-périosté; on s'en apercevrait d'ailleurs à deux signes : 1° la douleur très vive accusée par le patient; 2° la difficulté extrême qu'on aurait à pousser l'injection. Normalement en effet le liquide injecté doit pénétrer avec une grande facilité puisque l'espace épidural est fait d'un tissu mollasse cellulovasculaire qui n'oppose aucune résistance à la pénétration d'un fluide (analogue à la graisse périrénale ou périvésicale).

2. Piqure des plexus veineux. — Cet incident est assez fréquent. L'anatomie l'explique : on sait en effet que l'espace épidural est silloné de nombreuses veines (Walther, Bourgery et Breschet) formant deux groupes anastomosés en arcade.

Il n'y a pas là à proprement parler de sinus mais simplement de riches anastomoses. Deux groupes de veinules sortent en outre par l'hiatus.

La blessure d'une quelconque de ces veines se reconnaît à l'issue immédiate de sang. Il est donc capital, l'aiguille ayant été mise en place et le mandrin retiré d'observer durant quelques secondes avant d'injecter la solution; dans le même but l'usage d'une seringue en verre, toujours suffisante pour pousser l'injection, est plus recommandable que celui d'une seringue métallique. L'accident reconnu il suffit le plus souvent de retirer un peu l'aiguille pour voir l'écoulement de sang se tarir. Plus rarement l'issue du sang continue; par tâtonnements on cherchera à l'arrêter; en cas d'échec il faudrait retirer l'aiguille jusque sous la peau et repiquer à côté.

Si l'on a piqué une veine il sera bon une fois l'écoulement arrêté d'aspirer légèrement avant d'injecter pour être sûr qu'un petit caillot n'obstrue pas l'aiguille.

On n'aura pas à craindre en cas de blessure d'un plexus veineux que la solution puisse pénétrer secondairement dans le système veineux par l'orifice accidentel, les veines en question s'affaissant aisément et ne demeurant pas béantes comme les sinus.

3. Piqure d'un nerf. — Le cas est rare. Cela se

produit quand l'aiguille n'est pas exactement médiane, c'est donc une légère faute de technique, sans conséquence d'ailleurs : douleur très vive dans un territoire déterminé, il suffit de rectifier l'orientation de l'aiguille.

4. Piqure du cul-de-sac dural. — Voilà véritablement l'accident le plus grave qui puisse survenir si, méconnu, l'injection est poussée dans le cul-de-sac.

Le fond du cul-de-sac dural est situé, on le sait, à une distance de la membrane obturatrice qui varie entre 4 et 7 centimètres (dissections de Thompson) soit, en moyenne 5cm8. Par conséquent il ne faudra pas enfoncer son aiguille au delà de *5 centimètres au maximum* (4 centimètres chez l'enfant) à partir du moment où l'on aura senti la pénétration transmembraneuse. C'est pourquoi les aiguilles longues du type aiguille à ponction lombaire sont à rejeter. On doit user d'une aiguille de 6 centimètres de long (7/10 de millimètre de lumière) de telle manière qu'avec les 2 centimètres enfoncés sous la peau en dehors de la membrane le cul-de-sac soit sûrement à l'abri ; chez les obèses on l'enfoncera à bloc, chez les maigres un peu moins. De toute façon la pénétration sera suffisante en pratique si elle dépasse 2 centimètres (audessous de ce chiffre au contraire insuccès certain).

Mais il ne faut pas oublier la possibilité d'anomalies diminuant la marge non dangereuse que nous avons supposée.

Aussi la blessure du cul-de-sac ne doit-elle pas être forcément considérée comme résultant d'une faute de technique. L'essentiel est de s'en apercevoir à temps, l'issue de liquide céphalo-rachidien étant d'ailleurs un signe suffisamment révélateur ; cette issue pourrait être gênée il est vrai par un peloton graisseux comme cela arrive parfois au cours d'une ponction lombaire. C'est pourquoi nous insisterons à nouveau :

1° Sur la nécessité d'user d'un mandrin pendant la ponction (ce détail est généralement passé sous silence).

2° Sur l'intérêt qu'il y a, dans tous les cas, à aspirer légèrement avant d'injecter la solution et même, si on veut être tout à fait prudent, à faire tousser préalablement le sujet.

Au demeurant la blessure du cul-de-sac dural ne présente pour ainsi dire aucun inconvénient quand on la constate ; en retirant l'aiguille de 2 centimètres environ l'écoulement de liquide cesse ; contrôler par l'épreuve de la toux et l'aspiration ; on peut alors injecter sans crainte mais avec une extrême lenteur de manière à surveiller le malade et s'arrêter net, le cas échéant. Ainsi se sont comportés de nombreux auteurs en présence de cet incident. D'autres, plus timorés, préfèrent renoncer à l'injection épidurale, tout au moins pour ce jour-là, comme d'ailleurs en cas de blessure veineuse (Cathelin). Qui oserait les blâmer ?

b. **Rupture de l'aiguille.** — Cet accident est très rare (Harris, Dickens, Lynche). Il a été bien étudié par Laporte (Thèse de Paris, 1928). Pour Cathelin on l'observerait 2 fois sur 1.000. Cet auteur en rapporte deux cas : une première fois, l'aiguille fut retirée sur le champ ; une seconde, elle fut laissée en place et retirée à l'autopsie, six mois après, sans avoir entraîné de troubles.

Du point de vue étiologique il faut incriminer soit le manque de flexibilité de l'aiguille, soit un mouvement inopiné du malade.

La conduite à tenir est simple :

Ne rien dire à l'intéressé.

Deux cas sont à considérer : ou bien l'injection a été faite et la rupture a lieu quand on retire l'aiguille ou bien c'est en pénétrant dans le canal que l'aiguille se brise.

Premier cas. — Après le laps de temps voulu, soit vingt minutes environ, on procédera d'emblée à l'ablation de l'aiguille puis on effectuera l'exploration ou l'intervention projetées.

Deuxième cas. — On commence par pratiquer une anesthésie locale sous-cutanée à la novocaïne de manière à pouvoir faire l'épidurale à ciel ouvert puis extraire le corps étranger, l'anesthésie ayant été parachevée.

Dans les deux cas la technique proprement dite sera la suivante : incision longitudinale, découverte des repères, section de la membrane obturatrice ; on voit alors en général le fragment d'aiguille qui est immobilisé par sa pointe fichée dans le périoste, on le saisit avec une pince à mors plats. Si on ne le voyait pas il conviendrait d'agrandir la paroi postérieure du canal sacré à la pince gouge et de chercher l'aiguille dans la graisse épidurale.

Fermeture de la paroi en deux plans.

Enfin, dans le cas où l'on n'aurait pas sous la main le petit matériel nécessaire à cette intervention (épidurale en vue d'une exploration urinaire simple, ainsi que d'ailleurs épidurale thérapeutique) le mieux serait de s'assurer de la situation exacte du corps étranger par radiographie et de l'extraire ensuite soit de visu, soit sous écran.

c. **Troubles subjectifs survenant pendant l'injection.** — 1. Céphalée. — Relativement rare, elle s'observe de préférence lorsque l'injection est faite dans la position genu-pectorale. Elle disparaît, d'ailleurs, dans ce cas dès que le sujet est remis dans le décubitus.

D'autre fois, la céphalée paraît liée à une trop grande rapidité de l'injection. Aussi est-ce une règle formelle de pousser la solution anesthésique *le plus lentement possible*. Le chiffre moyen de dix minutes n'est pas exagéré pour les doses habituelles (50 à 60 centigrammes). Si l'on considère, d'autre part, qu'il faut attendre vingt minutes avant que l'effet anesthésique se fasse sentir pleinement, il en résulte qu'une demi-heure environ est indispensable à une bonne technique. *L'anesthésie épidurale n'est pas l'anesthésie des gens pressés.*

Dans les cas exceptionnels où l'on injecterait des doses plus élevées, il importerait de prolonger beaucoup plus encore la durée de l'injection (vingt minutes pour 150 centimètres cubes). Les travaux expérimentaux ont montré, en effet, que l'espace épidural est très tolérant et que 170 et même 200 centimètres cubes de liquide n'agissent pas directe-

ment sur l'hydrostatique du liquide céphalo-rachidien, à condition cependant d'être injectés très lentement. Il faudrait, d'après Cathelin, 230 centimètres cubes environ pour entraîner des accidents *par compression.*

Notons en passant que l'injection lente suivant la technique de Lörmez a de plus l'intérêt de faire rester plus longtemps le liquide au contact des nerfs sacrés. Dans le même but, cet auteur fait asseoir ses malades après l'injection et les maintient dans cette position pendant dix à vingt minutes.

2. Syncope. — Elle aussi survient surtout en position genu-pectorale, chez des sujets prédisposés. C'est pour obvier à ces deux incidents qu'on a préconisé la position à plat ventre (inconvénient : ne tend pas la membrane) et surtout la position en chien de fusil (inconvénients : déplacement des repères, hémianesthésie possible).

3. Troubles traduisant la diffusion du liquide. — L'ascension de la solution dans l'espace épidural (nous disons : espace épidural et non : canal sacré), facilitée par la position genu-pectorale, ne se traduit subjectivement par aucun symptôme dans la majorité des cas. Il est vrai qu'elle est fonction non seulement de la quantité et du débit de l'injection mais peut-être aussi de dispositions anatomiques plus ou moins favorables (les auteurs sont muets sur ce dernier point). Personnellement, nous pensons que dans les cas ordinaires, la totalité du liquide, soit 50 à 60 centimètres cubes, ne doit pas dépasser la zone sacrée, d'où l'absence de toute sensation spéciale si ce n'est d'une tension, d'une réplétion *in situ* qui permet, d'ailleurs, de prévoir une anesthésie très efficace.

Quand le malade accuse des sensations anormales il s'agit de : boules qui montent, impression de froid, de glou-glou, de secousse électrique, d'engourdissement.

Dans d'autres cas, les troubles prédominent sur les membres inférieurs : flot dans les jambes, décharge, picotements, engourdissement diffus. Ces phénomènes sont parfois tellement marqués qu'ils inquiètent très vivement le sujet et pourraient alarmer un médecin non averti; il est évident que nous sommes ici à la limite de ce qui est physiologique et de ce qui est pathologique.

Nous avons observé un de ces cas très impressionnant :

Observation I. (Service de M. le professeur agrégé Heitz-Boyer, à Saint-Louis). — M. M... (Marcel), trente-six ans, employé de chemin de fer, atteint de maladie du col avec diverticules vésicaux. A déjà subi deux anesthésies épidurales très satisfaisantes et sans aucun incident. En octobre 1929, troisième épidurale : dès l'injection des premiers centimètres cubes, le sujet se plaint d'être électrisé partout, de bourdonnements d'oreilles; il s'agite, se plaint : « Arrêtez, je vais mourir ». On continue l'injection. Celle-ci terminée, on note une vaso-dilatation marquée de la face avec saillie des globes oculaires (?). Le pouls est rapide, mais bien frappé. La dose injectée était de cinquante centigrammes et la solution utilisée exactement la même qu'au cours des deux épidurales précédentes (novocaïne, 0g60; bicarbonate de soude, 0g15; NaCl, 0g10; eau dist., 0g30). D'ailleurs, fait curieux, les accidents se sont déclarées *au début* de l'injection. Une injection sous-cutanée de caféine a procuré une sédation rapide et au bout de dix minutes environ, tout rentre dans l'ordre, si ce n'est que le malade reste pâle. L'anesthésie fut imparfaite. La tension artérielle de ce malade était de 11-6 au Pachon.

Le malade avait gardé un tel mauvais souvenir de cette anesthésie qu'il en refusa une nouvelle. Nous arrivâmes pourtant à le convaincre et, un mois après, nous pratiquâmes une quatrième épidurale, toujours de la même manière, sans observer le moindre incident et avec un résultat parfait.

Doit-on incriminer dans de tels cas la répétition des anesthésies épidurales ? Pas le moins du monde (la quatrième anesthésie chez ce malade en est la preuve). On n'a d'ailleurs jamais signalé d'incident survenant du fait de la répétition des épidurales (Cathelin : 16 fois en 6 mois).

B. **Accidents survenant immédiatement après l'injection.** — 1. **Mort rapide.** — On a publié, en Allemagne, 10 cas de mort sur un total de 4.200 épidurales. Zweifel puis Mocquot ont analysé ces faits. Il ressort de leurs conclusions que sur ces 10 cas, 7 ne sont pas imputables à la méthode. Restent 3 cas :

Premier cas (Zveifel). — Mort très rapide, en dix minutes par paralysie cardio-pulmonaire. Il y avait eu blessure du cul-de-sac suivie d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. L'aiguille avait été retirée mais sans doute pas assez, de sorte que 0g80 de novocaïne pénétrèrent dans le cul-de-sac.

Deuxième cas. — Mort rapide en sept minutes. La blessure du cul-de-sac n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

Troisième cas. — Pas de faute apparente, mais il s'agissait d'un malade présentant un très mauvais état général et qui avait déjà reçu, en sus des 80 centigrammes de novocaïne, des hypnotiques répétés comme cela se pratique couramment en Allemagne.

On voit donc que la mort rapide est toujours à attribuer à une *faute de technique*, soit injection intra-durale, soit dose trop élevée.

Nous ne reviendrons pas sur la blessure du cul-de-sac étudiée plus haut.

Quant à la posologie, on peut admettre que pour l'exploration urinaire et les opérations endoscopiques d'une part, pour la petite chirurgie périnéale et gynécologique d'autre part, une dose approximative de 30 à 40 centigrammes de novocaïne est généralement suffisante. (Chez l'enfant : 20 centigrammes.) Mais on peut aller sans inconvénient jusqu'à 60 centigrammes.

Nous sommes loin, dans ces conditions, des doses couramment employées à l'étranger, notamment en Allemagne : 1 gramme et plus de novocaïne sans préjudice d'hypnotique variés : véronal, scopolamine morphine, pantopon (il ne faut pas confondre cette méthode avec celle de Hannecart, de Bruxelles, qui a recours, pour étendre le champ et l'action de l'anesthésique à de grandes quantités de sérum).

Ces doses de novocaïne, fait capital, sont très toxiques comparativement aux mêmes doses injectées par voie hypodermique ou intramusculaire (les expériences de Läwen et de Von Goya ont établi que la dose de 1 centigramme de novocaïne par kilo-

gramme ne produit aucun effet par voie intra-musculaire et, au contraire, de l'hypotension artérielle rapide et un arrêt respiratoire par voie épidurale. Peut-être l'existence des riches plexus veineux épiduraux facilitant l'absorption rapide des toxiques expliquerait-elle ces résultats surprenants).

2. **Accidents graves neuroparalytiques.** — Ils relèvent également d'une faute de technique : ainsi le cas de Goldenberg (dose totale de l'anesthésique injectée dans le canal) où se produisit une anesthésie complète de la moitié inférieure du corps pendant quarante-huit heures durant.

Ainsi le cas de Kränig (dose totale injectée dans une veine) où fut observée une paralysie respiratoire partielle.

Nous devons faire une exception pour l'observation suivante que nous a communiquée notre collègue Audemar et où il ne semble pas qu'on puisse incriminer une faute de technique :

Obs. II (service de M. Heitz-Boyer à Saint-Louis). — M. D... (Jean-Baptiste), soixante-dix-neuf ans, entre le 5 février 1929 à l'hôpital pour des troubles prostatiques. Le 14 février une cystoscopie est faite après anesthésie épidurale simple et sans incident, suivant la technique habituelle. Aussitôt ramené dans son lit le malade présente des troubles excessivement inquiétants caractérisés par un état de torpeur allant jusqu'au subcoma avec pâleur extrême et respiration du *type Cheyne-Stokes*. Ces phénomènes disparurent en quelques heures. Quelques jours après une nouvelle épidurale est pratiquée, suivie d'un étincelage vésical. Même simplicité (le malade avait absorbé dans la matinée du café noir). Les mêmes accidents se reproduisirent et le malade mourut dans la nuit. L'autopsie ne put être pratiquée.

Malheureusement, en l'absence du bilan des tares organiques (et en particulier du taux de l'azotémie sanguine) et en raison du grand âge du sujet, cette observation, quelque impressionnante qu'elle soit, perd une grande partie de sa valeur.

3. **Accidents de « shock anesthésique ».** — Nous employons à dessein cette expression qui ne préjuge en rien de la pathogénie des troubles observés :

a. Formes légères banales. — C'est la « menue monnaie » de l'épidurale : pâleur, plus rarement cyanose, état nauséeux, malaise général, sueurs, tremblements.

Les vomissements sont au contraire exceptionnels (Cathelin, 1 cas sur 1.000; Schlimpert, sur 570 anesthésies, pas un vomissement).

La tachycardie légère est la règle. De même qu'une discrète hypotension artérielle passagère. A cet égard nous avons repris sur un certain nombre de sujets les expériences de Bernardbeig et nous sommes arrivé aux mêmes conclusions, à savoir : peu de modifications de la tension artérielle, quelquefois pas du tout; en tout cas l'hypotension observée pendant et après l'anesthésie dure fort peu de temps.

b. Formes psychiques. — Elles s'observent plus volontiers chez les femmes, chez les grands « nerveux ». En voici quelques exemples typiques :

Obs. III (service de M. Heitz-Boyer). — M. L... (Lucien), trente-quatre ans, atteint de cystite. Epidurale très facile, 30 centigrammes. Dès l'injection terminée, délire d'imagination avec confabulation et attitude extatique entrecoupée de cris : « Ah! Le progrès! La science! etc. », suivie de prostration. Pas de troubles somatiques concomitants, si ce n'est de la bradycardie avec pâleur, tremblements et frisson généralisé. Disparition spontanée des troubles en une demi-heure.

Obs. IV (Audemar, service du docteur Baumgartner à la Charité). — Homme atteint de fistule anale. Aussitôt après l'injection délire mystique avec attitude contemplative et hallucinations visuelles (Jésus, la Croix, etc.).

Obs. V (service de M. Heitz-Boyer). — Mme R... (Fernande), vingt-quatre ans, atteinte de ptose rénale. Hallucinations visuelles immédiates et déclanchées brutalement : « Voilà mon mari! » suivies de frayeur avec agitation et angoisse. Le tout calmé rapidement.

— A rapprocher de ces cas la *forme psychique retardée* comme dans cette observation de Mocquot où, après une phase silencieuse, vers la fin de l'opération, apparurent des troubles divers : excitation, loquacité, rire, durant quelques minutes seulement.

c. Forme grave. — Nous individualisons cette forme depuis que nous en avons observé un cas d'autant plus intéressant qu'il ne paraît pas lié à une faute de technique :

Obs. VI (service de M. le professeur agrégé Cadenat, Saint-Louis). — Mme T..., atteinte d'hypertrophie du col utérin, subit une anesthésie épidurale en vue d'une opération de Schrœder. Injection très facile, ni sang, ni liquide céphalo-rachidien. Position gynécologique. Au bout de quelques instants, dix minutes environ, apparition de pâleur avec mydriase et tachycardie marquée. Syncope. Relâchement du sphincter anal avec perte des matières. Une injection de caféine sous-cutanée puis d'adrénaline intraveineuse jugulent les accidents. Fait capital, l'anesthésie est *nulle* absolument, ce qui élimine l'hypothèse de l'injection partielle de l'anesthésique dans le cul-de-sac qui aurait donné au contraire une anesthésie trop parfaite. Nous dûmes avoir recours à l'anesthésie générale à l'éther pour mener à bien l'intervention.

La solution employée était la scurocaïne des usines du Rhône en deux ampoules aux doses habituelles dont jusqu'alors nous n'avions eu qu'à nous louer.

4. **Anesthésies trop poussées.** — Le fait arrive surtout avec des doses élevées, mais se produit même avec des doses restreintes en raison du *coefficient personnel anesthésique* imprévisible. On constate suivant les cas :

Soit des troubles des réservoirs : incontinence des matières.

Soit une anesthésie des membres inférieurs marquée seulement par la perte de la sensibilité (cette action est même recherchée en vue d'une intervention sur les membres inférieurs telle qu'une amputation), plus rarement accompagnée d'une paralysie plus ou moins complète.

En hauteur l'anesthésie, débordant largement la zone habituelle « en selle », peut remonter plus ou moins loin sur l'abdomen.

(Physiologiquement on ne devrait observer que la disparition de la sensibilité avec conservation de la motricité, dissociation expliquée par Brachet et Demoor par une action élective de l'anesthésique sur les ganglions spinaux.)

5. **Les ratés.** — La ponction et l'injection ayant été correctes, plusieurs alternatives peuvent se produire :

a. Anesthésie nulle. — Cette éventualité est rare (Kehrer, 7,8 p. 100 ; Mayo, 3,3 p. 100). On a donné pour l'expliquer différentes raisons :

1° Douleur d'origine *sympathique* ? (Mayo).

2° *Qualité* des solutions : les solutions préparées d'avance seraient moins bonnes que celles préparées extemporanément (Mocquot). De même les solutions hypertoniques, les solutions adrénalinées, les solutions sans bicarbonate de soude.

3° *Fuite du liquide anesthésique.* — Cette question, à vrai dire, n'a pas encore été résolue : « L'espace épidural est il suffisamment clos sur les parties latérales, au niveau des trous de conjugaison? Dans quelques cas très rares (échecs réels de la méthode) le liquide ne fuse-t-il pas en grande partie hors du canal par les trous sacrés ? » (Cathelin).

A l'appui de cette hypothèse nous apportons l'observation suivante :

Obs. VII (service de M. Heitz-Boyer). — Mme J..., vingt-neuf ans, atteinte de kyste de la glande de Bartholin. La ponction fut facile, bien médiane, certainement correcte. L'injection fut aisée, trop aisée même. Vers le milieu de l'injection nous vîmes apparaître sur le côté droit du sacrum, au niveau des trous sacrés, une tuméfaction diffuse ressemblant à un œdème profond. Nous vérifiâmes alors la situation de l'aiguille qui fut trouvée en bonne place. Après une demi-heure d'attente, anesthésie nulle. Nous fîmes ultérieurement une radiographie du sacrum qui ne révéla rien d'anormal.

b. Anesthésie insuffisante. — Ces cas sont beaucoup plus fréquents. Dans sa statistique (1905), Kehrer (de Dresde) donne :

Bons résultats	82,2 p. 100
Anesthésie supplémentaire à l'éther..................	10 p. 100
Insuccès..................	7,8 p. 100

Mayo : insuccès, 3,3 p. 100.
Mocquot : 3 sur 44.
Leroy : 2 sur 20.
D'ailleurs il peut s'agir de :

1° *Anesthésie insuffisante* dans le temps, trop brève. Relève d'une dose trop faible.

2° *Anesthésie retardée.* — La position déclive, en Trendelenburg, donne une anesthésie plus étendue mais plus lente à s'établir et moins complète.

3° *Territoire restreint.* — C'est que toutes les racines n'ont pas été atteintes, la quantité de liquide étant insuffisante. Il est recommandé, vers la fin de l'injection, de retirer légèrement l'aiguille pour injecter le dernier tiers dans la partie la plus basse de l'espace épidural (racines inférieures).

4. *Hémianesthésie.* — Elle s'observe surtout quand on emploie la position en chien de fusil. Elle est en général transitoire; parfois au contraire l'anesthésie demeure localisée à un côté du corps (cloisonnement?)

D'une manière générale, enfin, il faut faire intervenir dans le mécanisme de ces échecs partiels le rôle si important du terrain, tout comme pour l'anesthésie générale : les nerveux donnent la plus grande proportion d'insuccès; les alcooliques, en revanche, ne paraissent pas réfractaires.

Chez les enfants l'anesthésie est bonne et sans dangers.

Tout ceci a trait bien entendu à l'anesthésie *épidurale basse,* la seule qui soit pratiquement réalisée en France.

Dans l'*épidurale haute* la proportion des échecs augmente considérablement. C'est ainsi que Suchy, dans 172 cas de chirurgie pelvienne et abdominale, a obtenu seulement 106 succès. Et ces succès, hâtons-nous de le dire, ne sont acquis qu'au prix d'un risque qui n'est pas négligeable et qui, pour élargir le cadre de l'anesthésie épidurale dont le territoire reste forcément très restreint, lui retire sa qualité essentielle d'être sans danger.

C. **Accidents secondaires.** — *a.* **Dans les heures qui suivent.** — 1. Syndromes douloureux. — La *douleur sacrée* persistante s'observe quelquefois, pouvant débuter dès l'injection ou plus tard ; le plus souvent cette douleur ne dure que quelques heures, plus rarement quelques jours; on la traitera par la thérapeutique antinévralgique habituelle, la position latérale est indiquée.

Les *douleurs lombaires* ont été signalées (Martin).

La *céphalée persistante* est rare (un cas de Cathelin pendant deux jours).

2. Syndromes paralytiques. — On peut observer une paralysie passagère des membres inférieurs durant une ou deux heures et empêchant la marche (Cathelin, Phelip).

La paralysie durable des membres inférieurs est exceptionnelle (cas déjà cité de Goldenberg, quarante-huit heures).

3. Troubles urinaires. — La *polyurie* a été signalée.

La *rétention d'urine* également. Mais elle s'observe fréquemment à la suite des interventions portant sur les organes génito-urinaires, le périnée et l'anus en dehors de l'anesthésie épidurale et ne paraît pas plus fréquente à la suite de celle-ci.

b. **Dans les jours qui suivent.** — En dehors de rétention d'urine, céphalée, douleurs sacrococcygiennes, paralysie des membres inférieurs déjà citées, il faut encore mentionner :

1. Les escarres sacrées. — Elles sont rares et il convient dans leur étiologie de faire la part du terrain et des soins plus ou moins minutieux dont le malade est l'objet.

On a recommandé de faire coucher les sujets prédisposés sur le côté dans les jours qui suivent l'épidurale et même dans les jours qui la précèdent.

Nous en avons observé un cas tout à fait typique.

2. Les abcès. — Rarissimes. Dus à une faute grossière d'asepsie.

3. Les troubles oculaires. — Il n'en existe qu'une observation de Gommès. Il s'agissait d'une femme présentant des algies coccygiennes.

Elle subit trois anesthésies épidurales à la stovaïne. C'est deux jours après la troisième injection

qu'apparut une paralysie de la VIe paire qui dura quinze jours. La réaction de Bordet-Wassermann était négative. On a invoqué comme explication plausible de cet accident la diffusion du liquide à travers les trous de Magendie et Luschka jusqu'à l'eminentia teres? Nous donnons cette interprétation pour ce qu'elle vaut. Mais cette unique observation doit être rapprochée des faits analogues plus fréquents constatés à la suite des anesthésies rachidiennes.

4. Herpès facial. — Achard et Laubry ont signalé un cas d'herpès facial consécutif à l'injection sous-arachnoïdienne et épidurale de cocaïne.

5. Epilepsie. — Nous n'avons trouvé cet accident signalé nulle part. Cependant un cas récemment observé nous autorise à poser la question :

Obs. VIII (service de M. Heitz-Boyer). — M. J..., vingt-quatre ans, sujet allemand, entre dans le service le 7 août 1929 pour un priapisme par cavernite posttraumatique. Une anesthésie épidurale est faite pour pratiquer un étincelage de polype du veru.

Injection facile de 50 centigrammes de novocaïne. Anesthésie excellente. Trois jours après, dans la nuit, survient une crise comitiale caractéristique : secousses, morsure de la langue, abrutissement postcritique, puis insomnie et agitation.

L'examen neurologique a révélé en tout et pour tout une hyperréflectivité qui existait déjà avant la crise. Tension artérielle 10-6. Bordet-Wassermann négatif.

Le sujet a refusé une nouvelle épidurale.

De cette étude minutieuse des accidents de l'anesthésie épidurale nous tirerons les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie épidurale sacrée est dans l'immense majorité des cas sans dangers;

2° Elle peut entraîner parfois de légers troubles immédiats ou secondaires plus impressionnants que sérieux et toujours transitoires;

3° Dans certains cas rares elle peut provoquer une alerte analogue aux orages de l'anesthésie rachidienne, mais qui reste bénigne;

4° Enfin, les cas graves qui vont de la paralysie cardio-pulmonaire d'alarme jusqu'au collapsus et à la mort sont toujours dus à une faute de technique évitable :

Injection intradurale;
Injection intraveineuse;
Dose trop élevée.

Mais le double reproche d'être inconstante et dangereuse qu'on a pu autrefois lui adresser (Chevassu et Rathery, rapport à l'Association française de chirurgie) ne paraît reposer sur aucun fondement.

Sous la réserve d'une technique impeccable, ce mode d'anesthésie, que nous utilisons personnellement le plus souvent possible, nous paraît appelé à rendre dans l'avenir, dans le triple domaine de l'urologie, de la gynécologie et de l'obstétrique, beaucoup plus de services qu'on n'a coutume actuellement de lui demander.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Laubry. Herpès de la face consécutif à l'injection intravertébrale de cocaïne, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, n° 95, p. 1128.
Bernardbeig. *Th. de Toulouse*, 1923.
Bour. Contribution à l'étude de l'empoisonnement aigu par la cocaïne, *Th. de Paris*, 1901.
Cathelin. De l'innocuité des injections épidurales chez l'enfant, *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1902, t. XX, p. 167; — *Travaux annuels de l'hôpital d'urologie*, 1924-1925, 6e série.
Gommès. *Journ. de méd. de Paris*, 17 déc. 1923, p. 959.
Hannecart. *Arch. franco-belges de chir.*, juin 1923, n° 6, p. 540.
Laporte. *Th. de Paris*, 1928.
Läwen. *Centralbl. f. Chir.*, 1910, n° 20.
Mocquot. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 12 juin 1923, p. 854.
Schlimpert et Schneider. Résultats des anesthésies sacrées, *Münch. med. Woch.*, 8 déc. 1910, n° 49, p. 2561.
Scholl. *Journ. of urol.*, vol. VI, n° 2, p. 149.
Wiemann. Recherches cliniques sur les modifications du pouls et la pression sanguine pendant et après l'anesthésie à la novocaïne adrénalinée, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipsig, 1922, t. CLXX, f. 1-4.
Zweifel. Les cas de mort dans l'anesthésie sacrée, *Centralbl. f. Gyn.*, fév. 1920, t. XLIV, n° 6, p. 140.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 14 février 1930)

L'achondroplasie chez l'enfant. — M. Comby signale que l'achondroplasie est moins rare chez l'enfant que chez l'adulte. Elle se distingue du rachitisme; et les stigmates soi-disant hérédo-syphilitiques sont discutables et tiennent aux troubles de développement du squelette. L'hérédo-syphilis n'est pas à l'origine de l'achondroplasie.

Un cas de kératodermie palmo-plantaire symétrique, congénitale et héréditaire. — M. Debray et Mlle Sainton présentent une femme de vingt-six ans atteinte de cette dermatose. Ces lésions n'entraînent aucune gêne fonctionnelle mais s'accompagnent d'une hyperhydrose légère; 13 membres de la famille sont porteurs de lésions semblables sur 18 connus de la malade; 5 de ses cousins germains, issus d'une mère indemne, sont atteints et présentent en outre des malformations unguéales.

Un cas de rhumatisme tuberculeux à forme arthralgique avec poussées fluxionnaires périostées. — MM. G. Laroche et Poumeau-Delille rapportent l'observation d'un malade qui eut pendant plus de trois ans des poussées de rhumatisme ayant affecté au début un caractère aigu, puis subaigu. En même temps évoluait par poussées une bacillose pleuro-pulmonaire avec broncho-pneumonie terminale. Les auteurs insistent sur l'existence de fluxions périostées qui disparaissaient en quelques jours sans laisser de traces et sur l'impossibilité de mettre en évidence des bacilles de Koch dans les crachats par examen direct ou par inoculation. Cette difficulté de la mise en évidence du bacille contrastait avec l'intensité de lésions pulmonaires et l'abondance de bacilles de Koch décelés sur les coupes.

MM. Rist et Dufour n'ont jamais constaté de rhumatisme tuberculeux ayant fait de preuve. Il s'agit dans tous les cas d'arthropathies tuberculeuses.

Deux nouveaux cas d'intoxication massive par dérivés barbituriques avec formation de dérivés cyanhydriques dans le sang. — MM. E. Kohn-Abrest, L. Capus, Henri Desoille et Mlle Villard. En l'absence de commémoratifs

précis l'intoxication par les barbituriques ne peut être reconnue que par l'analyse chimique. Cette dernière doit être pratiquée sur le sang frais. Une analyse tardive, alors que le sang est putréfié, risque de ne plus mettre en évidence les dérivés barbituriques, mais des dérivés cyanhydriques, ce qui pourrait être le point de départ de graves erreurs judiciaires.

Syndrome hypophysaire et cirrhose du foie avec splénomégalie. — MM. Paisseau et Oumansky rapportent l'observation d'un homme de trente-quatre ans présentant un état d'acromégalo-gigantisme associé à une cirrhose du foie avec splénomégalie. Il existait, en outre, des déformations des tibias et des ulcérations des membres inférieurs.

En l'absence des signes directs d'une tumeur hypophysaire, l'origine hypophysaire de ces accidents, en l'absence d'autopsie ne put être démontrée mais apparaît très vraisemblable en raison de l'association aux déformations du squelette d'un diabète insipide.

La cirrhose ne se manifestait cliniquement que par une énorme tumeur splénique. Cependant l'état du foie put être vérifié au cours de l'intervention qui permit d'extraire sans incident une rate pesant plus de 3 kilogrammes. Le foie était légèrement atrophique et sa surface criblée de volumineuses granulations.

L'association de ces déformations autorise à rapprocher cette observation de la maladie de Wilson et des autres dégénérations hépato-striées où la cirrhose présente des caractères anatomiques et cliniques comparables.

Le traitement des polyarthrites chroniques par les sels d'or. — M. Jacques Forestier fait part des résultats obtenus par les injections intramusculaires d'aurothiopropanol (allochrysine) dans 48 cas de polyarthrites chroniques à évolution déformante évoluant depuis un an jusqu'à dix, quinze ans et plus.

Il apporte le résultat de 48 cas traités par cette méthode et observés pendant une période de six à vingt mois avec 16 améliorations très nettes et 18 résultats excellents. Il pense que l'action de ce composé dans les polyarthrites est liée à la présence de l'or et du soufre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1930)

Les rapports entre le glycogène du foie et du muscle et la glycémie artérielle chez le chien inanitié et phloriziné, MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle Y. Laurent. L'inanition suivie d'injection de phlorizine amène un effondrement du glycogène hépatique et musculaire.

Malgré l'absence presque complète des glycogènes hépatique et musculaire, la glycémie artérielle peut se maintenir normale alors même qu'il existe une très forte glycosurie. Le glycogène hépatique, pas plus que le glycogène musculaire, ne paraissent donc être nécessaires au maintien d'une glycémie normale.

Les variations précoces du glycogène du foie et du muscle chez le chien normal phloriziné sous l'influence de l'insuline. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et S. Gibert. Sous l'influence des injections d'insuline, le glycogène hépatique se relève très rapidement, le glycogène du muscle, au contraire, s'abaisse encore. La variation du glycogène hépatique est notable car elle peut atteindre 41 à 250 p. 100 du taux initial. Les modifications du glycogène musculaire sont beaucoup moins marquées.

Influence du B. C. G. sur la lèpre murine. — MM. J. Valtis et J. Markianos, ayant traité avec du B. C. G. des rats blancs infectés avec du bacille de Stephanski, ont observé que les animaux supportent sans aucun inconvénient des injections de forte dose de B. C. G.

Ils ont en outre remarqué que le B. C. G. a une influence heureuse sur l'évolution de la lèpre murine en favorisant la cicatrisation des lésions cutanées ulcérées et en retardant la généralisation de la maladie.

Résultats des inoculations au lapin de fragments d'encéphale prélevés par ponction à des paralytiques généraux. — MM. C. Levaditi, A. Marie et P. Lépine ont entrepris des recherches de transmission à l'animal du virus syphilitique en se servant de fragments d'encéphale retirés par des trépano-ponctions pratiquées dans un but thérapeutique.

Les malades, au nombre de six, soumis à la ponction cérébrale, étaient tous des paralytiques généraux au début de l'évolution de la maladie. Cinq d'entre eux n'avaient subi aucune espèce de traitement.

La ponction était pratiquée à la partie antérieure de l'hémisphère droit et le fragment recueilli émulsionné par broyage dans 4 à 9 centimètres cube de liquide céphalo-rachidien du même malade. L'inoculation à l'animal était faite immédiatement, par voie intra-testiculaire. Bien qu'une suspension analogue de tissus syphilitiques virulents soit largement suffisante pour contaminer l'animal, tous les lapins, observés pendant une longue période, qui, pour certains, a dépassé un an, sont restés entièrement indemnes de toutes lésions.

Alors qu'on retrouve le tréponème dans les lobes antérieurs des hémisphères de paralytiques généraux avec une fréquence qui, pour certains auteurs, atteint ou même dépasse 70 p. 100, il est intéressant d'attirer l'attention sur les résultats négatifs enregistrés dans ces tentatives d'inoculation.

L'ensemble de ces constatations conduisent les auteurs à formuler l'hypothèse suivante : de même que le virus de la fièvre récurrente, habituellement à l'état ultramicroscopique dans le cerveau d'animaux immuns, peut, dans certaines conditions, revêtir la forme spirillaire, de même il est possible que la forme spirochétienne ne soit que le terme ultime du cycle évolutif du virus syphilitique dans le cerveau de paralytiques généraux, et qu'à ce stade, il ait cessé d'être virulent pour le lapin.

La myocardite dans le rhumatisme polyarticulaire de la souris provoqué par le Streptobacillus moniliformis. — MM. C. Levaditi, F. R. Selbie et R. Schœn ont décrit les caractères cliniques du rhumatisme polyarticulaire des souris provoqué par le *Streptobacillus moniliformis* et insisté sur les analogies qu'il offre avec certains rhumatismes infectieux humains. Parmi ces analogies, la fréquence des myocardites est à signaler au même titre que celle des lésions articulaires.

Les myocardites streptobacillaires sont d'une fréquence extrême. Elles peuvent être précoces ou tardives. Dans tous les cas, l'examen bactériologique met en évidence la présence du *Streptobacillus moniliformis* dans le sang, le pus articulaire et la plupart des organes.

Les nodules ont, pour siège, l'apex, le cœur gauche et surtout des piliers valvulaires. Rarement on a rencontré au niveau des oreillettes. Du point de vue cytologique, la myocardite streptobacillaire évolue en deux phases : une première phase aiguë exsudative et diapédétique, accompagnée de dégénérescence hyaline et vitreuse des fibres myocardiques, et une seconde phase réactionnelle, éminemment monocytaire et proliférative. Parfois ces deux phases se rencontrent simultanément dans le même myocarde.

Il s'agit, en somme, d'une myocardite aiguë ou subaiguë provoquée par le *Streptobacillus moniliformis*. Cette myocardite est à rapprocher des myocardites infectieuses de l'homme, en particulier des myocardites typhique et rhumatismale aiguë. La ressemblance avec ces types d'altérations myocardiques humaines, réside d'abord, dans le mécanisme de leur genèse. Ensuite, la même ressemblance apparaît, si l'on

compare certains des foyers myocardiques, aux nodules rhumatismaux d'Aschoff-Tawara : même disposition par îlots, même topographie périvasculaire, même structure cytologique, surtout lorsqu'il s'agit de foyers ayant évolué d'une manière subaiguë chez la souris.

Expériences pour déterminer l'action des rayons de Roentgen sur le système neuro-végétatif du chien. — MM. A. Zimmern, P. Chailley-Bert et R. Hickel ont repris leurs expériences concernant l'action des rayons de Roentgen sur le sympathique du chien en modifiant toutefois leur technique de façon à éliminer les causes d'erreur possibles.

Le résultat des expériences a été le suivant :

L'irradiation du pneumo-gastrique du chien provoque : 1° une diminution de l'amplitude des oscillations du pouls; 2° une diminution sensible ou même l'abolition du réflexe oculo-cardiaque.

L'irradiation du ganglion sympathique cervical du chien provoque une diminution du tonus du sympathique. (Le pneumo-gastrique étant paralysé par une injection d'atropine.)

Election. — M. H. Bénard est élu membre titulaire par 31 voix.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences de sympathologie clinique (1), par M. Laignel-Lavastine. Première série 1926-1929.

Du temps de Charcot, on ne connaissait que le système sensorio-moteur, et on n'attribuait que peu d'importance au grand sympathique et au pneumogastrique. Ce mépris dans lequel étaient tenus les nerfs appartenant au système sympathique tenait aux difficultés de l'examen : difficultés anatomiques : quoi de plus malaisé que de suivre, jusque dans leurs dernières divisions, les rameaux du nerf décrit pour la première fois par Winslow. Difficultés histologiques : ne s'agit-il pas de fibres amyéliniques, dont l'anatomie pathologique est encore à faire. Difficultés d'examen clinique, bien compréhensibles à une époque où l'on n'avait pas, pour explorer ce système, les « tests » pharmacodynamiques dont nous disposons aujourd'hui.

Actuellement, grâce surtout aux travaux des physiologistes, nous savons toute l'importance que possèdent, en clinique, les réactions sympathiques, et nous commençons à les étudier méthodiquement. Parmi les auteurs qui ont attaché leur nom à ce passionnant sujet, il faut citer, en première ligne, M. Laignel-Lavastine. Ne leur a-t-il pas, il y a près de trente ans, consacré sa thèse inaugurale? N'a-t-il pas continué, chaque année, à fouiller la question, à l'enrichir de ses découvertes, à faire progresser la science? Nul n'était donc plus qualifié pour enseigner la sympathologie. Dans le volume qu'il publie aujourd'hui, et que la maison Chahine a édité avec son luxe habituel, il passe en revue, après une intéressante introduction, les divers réflexes sympathiques : cutanés, viscéraux, tégumentaires, circulatoires, digestifs, respiratoires, génito-urinaires, nerveux et mentaux, endocriniens, pour s'occuper ensuite des rapports du sympathique avec les psychoses et les névroses, et pour finir par quelques pages de thérapeutique, relatives, l'une aux médicaments du sympathique, l'autre au traitement des sympathoses. Beau livre, bien écrit, riche de faits, plus riche encore d'idées, et qui fait le plus grand honneur à l'érudit et au lettré qu'est M. Laignel-Lavastine. L. BABONNEIX.

(1) In-4 de 342 pages. — Paris 1930, Ed. Chahine.

Pelades et alopécies en aires (1), par le docteur R. SABOURAUD, directeur du Laboratoire municipal de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis. Tome V : **Les Syndromes alopéciques.**

Ce livre est le dernier de la série sur « Les maladies du cuir chevelu » ; il est consacré aux alopécies et avant tout à l'*Area Celsi*, la pelade française.

Dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur résume le sujet tel qu'il se présente à l'œil nu au clinicien, au praticien. Ce résumé comprend l'étude clinique des lésions locales, leur ordre de succession, l'énumération et la description de leurs principales variétés, et le diagnostic différentiel de la maladie, ce qui permet de passer en revue toutes les affections de symptômes analogues.

Le reste du volume est consacré à la recherche des causes et des mécanismes qui peuvent produire cette affection : étiologie et pathogénie.

1° Etude microscopique, anatomique et bactériologique du sujet.

2° Enumération des affections dont l'évolution est analogue à celle des pelades ou qui paraissent reliées aux alopécies en aires par des liens cliniques évidents.

3° Etude des hérédités des malades : hérédité peladique, syphilis congénitale et tuberculose.

4° Recherche de ce que valent les causes le plus souvent invoquées par le malade lui-même : la contagion, les traumatismes, les chocs émotifs.

5° L'âge au début de la pelade indiquant l'importance étiologique de la ménopause dans la pelade féminine; l'auteur étudie les troubles génitaux qui peuvent s'observer dans les deux sexes avant l'apparition des aires glabres ainsi que les troubles thyroïdiens, dont certains ont sur la pelade une influence très certaine.

6° Ainsi l'auteur est-il amené à l'étude du rôle du grand sympathique, seul lien direct entre les glandes endocrines... et à la théorie étiologique de Jacquet de la pelade réflexe... et aux études en cours auxquelles la théorie de Jacquet a donné lieu.

7° Il termine par un court résumé et par un aperçu des divers traitements généraux auxquels la théorie étiologique de l'alopécie en aires a donné lieu. L. G.

(1) Un volume de 378 pages avec 179 figures originales. — Prix : 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le liquide céphalo-rachidien. Physiologie et exploration du système ventriculo-méningé (1), par le docteur RISER, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

La base de ce travail est constituée essentiellement par 582 expériences sur l'animal et plus de 3.000 observations chez l'homme, cliniques et humorales, histologiques, radio-

(1) Un volume de 250 pages avec 24 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

RAPIDE DE NUIT. PARIS. SAINT-GERVAIS. CHAMONIX. EVIAN. — Dans le but de faciliter l'accès des régions d'Evian-les-Bains et de Saint-Gervais-les-Bains, le rapide circulant pendant la période des sports d'hiver entre Bellegarde et Saint-Gervais-les-Bains, en correspondance à Bellegarde avec le rapide de nuit Paris-Genève, est maintenu jusqu'au 14 mai inclus. Il comporte des places de lits-salons, de couchettes, de 1re et 2e classes, pour Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, et du 1er mars au 14 mai une voiture pour Evian-les-Bains (lits-salons, 1re et 2e classes).

Départ de Paris : 22 h. Arrivée à Sallanches-Combloux-Mégève : 9 h. 53; à Saint-Gervais-les-Bains-le-Fayet: 10 h. 07; à Chamonix-Mont-Blanc, 11 h. 22; à Thonon-les-Bains : 9 h. 17; à Evian-les-Bains : 9 h. 31.

Au retour : départ de Chamonix-Mont-Blanc : 17 h. 38; de Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, 19 h. 08; de Sallanches-Combloux-Mégève, 19 h. 20; d'Evian-les-Bains, 19 h. 14; de Thonon-les-Bains, 19 h. 38. Arrivée à Paris : 7 h. 02.

graphiques, chirurgicales. C'est une monographie sur le liquide céphalo-rachidien, la physiopathologie des espaces sous-arachnoïdiens et des ventricules cérébraux et principalement un exposé critique des procédés d'exploration nouveaux par l'air, les solutions colorées et le lipiodol.

L. G.

Le secret de la vie (1), par Georges LAKHOVSKY. — Préface du professeur D'ARSONVAL, de l'Institut.

Cet ouvrage explique l'origine des maladies, comment on peut les éviter et les guérir. Il explique également tous les phénomènes biologiques, et notamment la migration des oiseaux. Se lit comme le plus passionnant des romans.

Table des matières. — Préface de M. d'Arsonval. — Introductions.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATIONS TRAUMATIQUES DE LA HANCHE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (2)

COMPLICATIONS

Dans tous les cas l'on ne manquera pas de rechercher les *complications propres à chaque variété* :

I. **Lésions osseuses.** — *Fracture du sourcil cotyloïdien*, reproduction facile de la luxation.

Enfoncement du cotyle avec luxation centrale de la tête que l'on sent dans le bassin par le toucher rectal.

Fracture du fémur au niveau du col ou dans la région sous-trochantérienne.

II. **Lésions vasculaires** dans les luxations pubiennes. Compression ou déchirure de l'*artère ou la veine fémorale.*

III. **Lésions nerveuses.** — *Sciatique* dans les luxations postérieures.

Obturateur et crural dans les luxations antérieures

Citons encore :

La rétention d'urine réflexe.

L'irréductibilité primitive d'ailleurs exceptionnelle.

ÉVOLUTION

1. Réduite *après deux à trois semaines* d'immobilisation, la récupération fonctionnelle est généralement complète.

2. Non réduite, la luxation devient bien irréductible, il s'agit alors d'une **luxation ancienne**, qui entraîne toujours une infirmité très grave.

DIAGNOSTIC

1. **Les luxations basses** sont d'un diagnostic évident tant est caractéristique la déformation.

2. **Les luxations hautes** seules prêtent à discussion.

A. Dans les variétés avec abduction rotation externe, éliminer.

Fracture du col du fémur engrenée.

La douleur est plus vive, et il y a *adduction*.

L'on ne sent pas la tête en dehors de la cavité cotyloïde.

Fracture du bassin.

L'articulation de la hanche est libre, mais ascension de l'épine dorsale.

Luxation centrale de la tête avec enfoncement du cotyle, diagnostic facile par toucher rectal.

Contusion de la hanche, d'ailleurs discutée.

B. Dans les variétés avec abduction rotation interne, penser à

Luxation congénitale.

Ostéomyélite ancienne avec luxation.

Coxalgie ancienne avec luxation.

Dans tous les cas il est bon de faire :

Une radiographie : pour vérifier la variété de luxation et préciser les *lésions osseuses qui peuvent être associées.*

TRAITEMENT

1° **Luxations récentes.** — Anesthésie générale ou rachianesthésie.

Le malade couché par terre, un aide maintenant le bassin.

Toute luxation haute en extension doit être transformée en luxation basse en flexion.

a. Dans les luxations iliaques la flexion de la cuisse sur le bassin transforme automatiquement une luxation haute en luxation basse.

b. Dans les luxations pubiennes, IL NE FAUT PAS FLÉCHIR mais *exagérer d'abord l'abduction.*

Jusqu'à ce que la tête quittant le rebord pubien tombe dans le trou obturateur la cuisse se met alors immédiatement en flexion.

Sa réduction comporte alors les deux temps suivants :

PREMIER TEMPS : *flexion de la cuisse à angle droit* sur le bassin, puis *traction verticale*, comme pour soulever le bassin.

DEUXIÈME TEMPS : varie avec le type de luxation.

1. *Dans les postérieurs*, la jambe fléchie sur la cuisse tout en continuant la traction il faut *porter la cuisse en abduction* et *porter le pied en dedans* (pour faire de la rotation de la cuisse en dehors).

Il se produit un claquement, le membre peut alors être remis en extension.

2. *Dans les antérieurs*, la jambe fléchie sur la cuisse tout en continuant la traction.

Porter la cuisse en adduction.

Porter le pied en dehors.

Puis immobiliser le malade au lit sans appareil trois semaines environ.

2° **Luxations anciennes.** — 1. Essayer la réduction non sanglante, au besoin avec le trépied de Bigelow.

2. En cas d'échec, ou si luxation très ancienne on a proposé :

La reposition sanglante de la tête.

Sa résection de la tête.

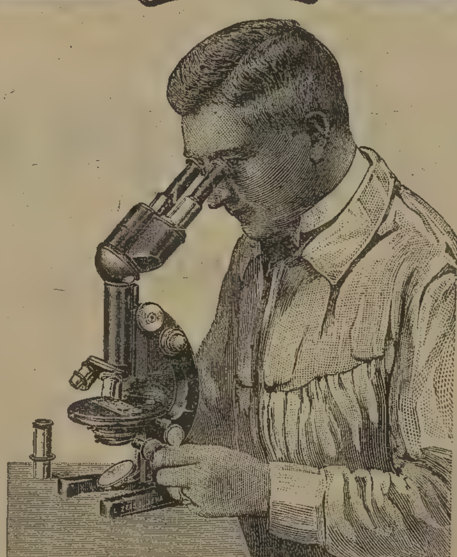
Plus rarement *ostéotomie pour redressement.*

(1) Deuxième édition, revue et augmentée de l'*Origine de la vie.* Un volume in-8 (8 × 14) de 278 pages : 1929. — Prix : 25 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 15, p. 269.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 18. — SAMEDI 1er MARS 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1930. — N° 18.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite anonyme.* — Séance du 24 février. — Question tirée par les candidats de la série A : « Pneumonie caséeuse. »

Question tirée par les candidats de la série B : « Calculs du cholédoque. »

Questions restées dans l'urne : Série A. « Anémie pernicieuse. » — « Formes cliniques et traitement du goitre exophtalmique. »

Série B : « Coma diabétique. » — « Formes cliniques et traitement de l'angine de poitrine. »

Composition du jury d'admissibilité. — Série A. Jury : MM. Courtois-Suffit, Bezançon, Laignel-Lavastine, Lian, May, Weissenbach.

Censeurs : MM. Nicaud, Cathala, Hagueneau, Léon Kindberg.

Hôpitaux consignés : Pitié, Saint-Antoine, Beaujon.

Les premières séances ont eu lieu les 26 et 27 février.

Deuxième semaine : mercredi matin 5 mars; jeudi matin 6 mars; vendredi après-midi 7 mars; samedi matin 8 mars et dimanche matin 9 mars.

Troisième semaine : mardi après-midi 10 mars; mercredi 12; jeudi 13 et dimanche 16 mars.

Quatrième semaine : mercredi 19; jeudi 20 et mercredi 21 mars.

Lecteurs : MM. Boudin, Salomon, Uhry et Lelourdy.

Série B. — *Jury* : MM. Comte, Halbron, Léry, Paisseau, Duvoir, P.-E. Weil.

Censeurs : MM. Carrié, Paraf, Levesque, Roulin.

Hôpitaux consignés : Hôtel-Dieu, Necker, Laennec, Saint-Antoine.

Première séance : le jeudi 27 février, à 9 h., à l'Hôtel-Dieu.

Séances suivante : samedi 1er mars, à 9 h., à Necker; lundi 3 mars, à Laennec; mardi 4 mars, à 16 h., jeudi 5 mars, à l'Hôtel-Dieu, samedi 6 mars, à Necker.

Lecteurs : Mlle Bizon, MM. Bonnard, Arondel, Mourrut.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est définitivement composé de MM. David, Regnier, Grut, Fabre, Aurousseau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — L'article 41 de l'arrêté du 6 avril 1929 déterminant la composition des jurys des concours du second degré est modifié ainsi qu'il suit :

Chirurgie générale (9 membres du jury).

Faculté de Paris. — 4 membres choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de clinique chirurgicale thérapeutique, de clinique gynécologique, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils

Facultés des départements. — 5 professeurs de clinique chirurgicale, de clinique gynécologique, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

— PARIS. — *Examens de chirurgien-dentiste.* — La session d'avril 1930 (pour les étudiants démobilisés bénéficiant de décisions ministérielles individuelles) s'ouvrira le lundi 28 avril 1930.

L'affichage des séries aura lieu le 9 avril 1930.

Les consignations pour ces examens seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h., les lundi 24 et mardi 25 mars 1930.

Les consignations pour les examens probatoires (session ordinaire 1929-1930) seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h., aux jours suivants :

Premier examen : le lundi 17 mars 1930; deuxième examen : le mardi 18 mars 1930; troisième examen : le mercredi 19 mars 1930.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un concours s'ouvrira le lundi

20 octobre 1930, à 9 h., à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ».

Le nombre des emplois mis au concours est de :

Un emploi de « professeur agrégé de chirurgie » (chaire de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale, un emploi de spécialité ophtalmo-oto-rhino-laryngologie).

Deux emplois de « professeur agrégé de médecine » (chaire de neuropsychiatrie et médecine légale, un emploi), (chaire de clinique médicale et de pathologie exotique, un emploi).

En exécution de l'article 10 du décret du 22 août 1928, les médecins commandants et capitaines des troupes coloniales présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie sont seuls admis à se présenter à ce concours. (*J. O.*, 22 fév. 1930.)

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — Un concours sera ouvert à l'Ecole d'Alfort le mardi 3 juin 1930 pour la nomination à cette Ecole d'un chef de travaux plus spécialement attaché au 5e enseignement : pathologie générale et anatomie pathologique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aumont (de Caen), Bonnet (d'Avignon), Brugère (de Bordeaux), Cep (de Salies-du-Salat), Dancourt (de Cambrai), Demurger (de Balbigny), Dijonneau (de Bordeaux), Dubois (de Denain), Fournier (d'Angoulême), Francq (d'Amiens), Gabelle (du Mans), Jamin (de Creully), Jude (de Beyrouth), Larrieu (de Lévignac), Loup (de Bonneval), Marsan (de Paris), Mathevet (de Longeville), Meslet (de Cherbourg), Maurice Mordagne (de Paris), Motheau (de Saint-Maixent), Pélicand (de Bourg), Pellizza-Duboué (de Pau).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Artaud (de Cormeilles-en-Parisis), Barandon (d'Eguzon), Bernard (de Tanger), Bocca (de Lyon), Bonnet-Roy et Borianne (de Paris), Bret (de Bouchoux), Capart et Carrez (de Saint-Quentin), Copin (de Lourches), Debauge (de Saint-Genix-sur-Guiers), Dubois (du Havre), Durand (de Littry), Ezano (de Saint-Maur-du-Désert), Gevry (d'Amplepuis), Ginestet, de l'armée du Levant; Guichard (de Saint-Domineuc), Hervouet (de Paris), Kerbrat et Loyer (de Brest), Mir (d'Auch), Pernet (de Clamart), Petit (d'Hirson), Pradal (de Sète), Rivière (de Roubaix), Robert (de Gennevilliers), Rondet (de Toulon), Rouch (de Malbuisson), Savouret (de Chaumont), Ségaux (de Paris), Seigneur (de Saumur), Szolechowski (d'Auch), Thomas (de Toulon), Timal (de Cambrai), Toitot-Brenet (de Besançon), Vailhé (de Tarascon), Vallette (de Marseille), Vendiesse (de Gravelines), Verney (de Littry), Weil (de Chaumont).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Casalis (de la Garenne), Dorel (de Brioude), le professeur Marcel Labbé (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Fombeurre (de Paris), Moris (de Bourg-Saint-Maurice).

Médaille de bronze. — M. le docteur Mathieu (de Joinville).

PRIX LYAUTEY. — Le prix de 3.000 fr., fondé par le maréchal Lyautey pour récompenser le meilleur travail sur la pathologie de ce pays, a été partagé entre M. le docteur Barneoud (de Marrakech) pour son travail sur la bilharziose, et MM. Remlinger et Bailly (de Tanger) pour leur travail sur la fièvre récurrente au Maroc.

Le prix Steeg, de 2.000 fr., a été décerné au docteur Armani (de Souk-el-Arba-du-Ghard). Une mention très honorable a été décernée au docteur Pauty (de Mécha-Bel-Ksiri).

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 326.*)

Louis BARD (de Lyon)

(1857-1930)

Il y a quinze jours encore, M. le professeur Bard était à l'Académie de médecine. Arrivé le premier, comme de coutume, il s'installait à la bibliothèque et nous le trouvions au travail bien avant l'heure de la séance, accueillant ses collègues et ses amis avec son sourire toujours aimable et sa poignée de main pleine de cordialité.

Une courte maladie vient de l'enlever après une vie de travail particulièrement bien remplie.

Louis-J.-M. Bard était né à Mens (Isère), le 10 mai 1857. Il fit ses études en médecine à Lyon. Externe, puis interne des hôpitaux en 1875 il fut préparateur d'anatomie générale à la Faculté de médecine de 1877 à 1879 et passa son doctorat en juillet 1879, avec une thèse sur la *Phtisie fibreuse chronique et ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur.*

Médecin des hôpitaux de Lyon en 1882, agrégé en 1883 il occupe les fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique de 1883 à 1895 à la Faculté de Lyon. A cette époque il est nommé professeur d'hygiène. Quatre ans plus tard, en 1899 il est désigné pour la chaire de clinique médicale à la même Faculté. Il n'occupe cette chaire que pendant un an.

Sur la demande de l'Université de Genève M. Bard est, en effet, mis en congé et chargé de mission en 1900. Il passe alors dix-neuf ans à Genève comme professeur de clinique médicale. Son enseignement tant à Lyon qu'à Genève eut tant d'éclat, que lorsque en 1919 on procéda à la réorganisation de l'Université de Strasbourg, le gouvernement fit appel à M. Bard pour occuper la chaire de clinique médicale, tandis que l'Université de Genève lui conférait le titre de professeur honoraire.

En 1921 l'Académie de médecine le nomma membre associé national.

La même année il avait présidé à Strasbourg avec une autorité et une courtoisie dont nous gardons le souvenir, le XVe Congrès français de médecine. Il prononça à cette occasion un remarquable discours sur les *réformes universitaires.*

L'œuvre de Bard est considérable il n'est guère de sujet que n'ait abordé cet homme à la vaste intelligence, qui possédait en outre une remarquable puissance de travail.

Les travaux publiés par Bard en hygiène, en anatomie pathologique, en pathologie interne sont innombrables. Tous sont marqués par un remarquable sens clinique, une profonde érudition, des idées générales particulièrement étendues et une conscience scientifique devant laquelle on doit s'incliner avec respect.

M. le professeur Bard a grandement honoré l'Ecole lyonnaise. Les regrets qu'il laisse à Genève, à Strasbourg et à Paris ne sont pas moins vifs que ceux qu'éprouvent ses anciens élèves de Lyon.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

**

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS DU FOIE D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par M. CLAUDE HURIEZ,
Interne des hôpitaux de Lille,
Aide d'anatomie à la Faculté.

(Travail du service de M. le Professeur CARRIÈRE, *Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur, Lille.)*

Historique. — Le développement d'une hépatite suppurée à la suite d'une appendicite est depuis longtemps signalé : chaque cas a été l'objet d'une étude approfondie, a suscité une thèse ou une revue générale pourrait-on dire sans exagération.

La bibliographie est donc abondante et facile, mais dans un court historique nous ne ferons que rappeler les travaux qui ont « marqué » nettement dans la connaissance de cette grave complication.

Ménétrier a pu écrire que « l'histoire des abcès hépatiques appendiculaires est plus ancienne que celle de l'appendicite elle-même ». En effet, les observations d'Hillairet (1849), Buhl (1854) d'hépatites suppurées causées par la présence d'un corps étranger dans l'appendice, avec ou sans perforation de celui-ci, sont antérieures à la classification de cette affection par Talamon.

Ce n'est que depuis trente-cinq ans qu'on connaît les rapports de cause à effet existant entre l'appendicite et ces suppurations du foie.

Nous rappellerons que c'est Achard qui, le premier en 1894 à la Société médicale des hôpitaux, étudia un cas au double point de vue clinique et pathogénique. Sous son impulsion, Piart et Berthelin y consacrèrent leurs thèses inaugurales.

Dieulafoy, de 1898 à 1902, rénova complètement l'étude des complications hépatiques de l'appendicite et sépara dans le « foie appendiculaire » l'hépatite infectieuse et l'hépatite toxique.

Il nous faut citer parmi ceux qui développèrent ses idées : Loison (1900), Abbadie (Th. de Bordeaux, 1903), Boivin (Th. de Paris, 1905) et surtout Aubertin qui, en 1905, dans une revue générale de ce Journal, groupa tous les documents concernant le foie appendiculaire. En 1906, parut la thèse de Lapouble (Bordeaux) qui est la meilleure monographie des abcès hépatiques appendiculaires. Cependant à l'étranger le sujet était repris par des auteurs que nous ne ferons que citer : Reginald Fitz, Laugheldt, Einhorn, Wolner, etc. Mais le sujet restait jusqu'alors exclusivement du domaine médical et anatomo-pathologique : les conclusions de tous ces travaux étant d'un pessimisme extrême.

« Grâce à la chirurgie, les méfaits de l'appendicite sont limités : les microbes appendiculaires parvenus dans le foie ne règnent plus en maîtres dans leur terre promise. » (Lapouble.)

A côté du foie spongieux, aréolaire, apparaît l'abcès solitaire, plus justiciable de la thérapeutique chirurgicale, au pronostic moins sévère.

Et, en effet, Körte, en Allemagne, attira l'attention dans son *Traité de chirurgie du foie et des voies biliaires* sur 3 cas traités chirurgicalement, dont 2 avec succès. Quénu et Mathieu en 1911, à la *Revue de chirurgie*, publiaient 11 cas de guérison chirurgicale, dont 2 de Loison, Delagenière, Souligoux, Jalaguier, Bureau, Kirmisson et 1 personnel.

En 1912, à la Société de chirurgie, Faure et Tuffier tâchent de préciser l'intervention en cas d'hépatite suppurée diffuse.

En 1914, Walter Sallis, dans la *Revue de chirurgie*, traita du « foie appendiculaire » en conciliant les données anatomo-pathologiques nouvelles et ces conclusions chirurgicales.

Cette même conception se retrouve dans l'article « complications hépatiques » du *Traité* de Bérard et Vignard. Depuis lors, on a publié encore une trentaine de cas dont dix avec guérison, mais il n'y eut plus d'étude d'ensemble de langue française.

En Suède, Silas Lindgvist reprit en 1928, à l'occasion de 4 cas personnels, les travaux de Petreen (1914), d'Heineman, de Langebuch, d'Eliason (1926). Nous devons à son article dans *Acta chirurgica Scandinavia* la bibliographie récente des auteurs de langue allemande.

Nous n'avons point voulu allonger cet historique, ce qui eût été sans intérêt, d'autant que la bibliographie construite chronologiquement contient près de deux cents documents que nous avons recueillis.

Etiologie. — Les hépatites suppurées au cours de l'appendicite sont assez rares; mais leur fréquence est surtout très difficile à évaluer.

Evidemment le nombre des cas publiés est restreint par rapport au chiffre considérable d'appendicites opérées journellement; mais il faut considérer qu'il existe un grand nombre de cas non publiés; et qu'il en est aussi de nombreux méconnus.

Nous avons pu, dans près de deux cents publications, recueillir en tout un peu moins de cent cas pour une période de quatre-vingts ans.

Ce nombre est sûrement de beaucoup inférieur au nombre réel de cas, pour les raisons exposées ci-dessus. On ne peut attacher qu'une importance toute relative aux statistiques généralement trop anciennes et trop rares surtout.

Mais il ne faut pas perdre de vue non plus que si le dépistage de ces cas devient plus serré à notre époque, la suppression du foyer infectant, l'appendicectomie est pratiquée de plus en plus à temps, coupant le mal dans sa racine et diminuant sa fréquence.

Nous avons résumé dans un tableau les principales statistiques fournies par les auteurs.

1° Proportion d'hépatites suppurées par rapport à un nombre conséquent d'appendicites :

Reg. Fitz	527 appendicites,	11 abcès hépatiques,	soit 1	p. 100.
Langheldt	112	—	3	—	soit 2,8 p. 100.
Caley	200	—	2	—	soit 1 p. 100.
Mgaloblischwili	1.925	—	6	—	soit 0,4 p. 100.

Einhorn, sur 100 autopsies d'appendicites, trouve 6 abcès hépatiques, mais il s'agit de cas particulièrement graves. Les statistiques de Nordman et de Vautrin ne sont pas assez précises pour notre étude, car elles donnent le nombre de complications hépatiques, non seulement suppuratives, mais toxiques.

Nordmann.........	1.791 appendicites,	11 abcès intra et péri-hépatiques.
Vautrin............	425 —	15 complications hépatiques.

2° Proportion d'hépatites suppurées d'origine appendiculaire par rapport à l'ensemble des hépatites suppurées de causes diverses :

Maurin..............		136 abcès du foie,	0 d'origine appendiculaire.
Leblond..............		45 —	1 — —
Quénu...............		100 —	10 — —
Barensprung.........	7.326 autopsies,	108 —	8 — —
Dodley..............	28.034 —		12 — —
Kobler..............	17.204 —	79 —	3 — —

Nous ne ferons que citer, sans la détailler, faute de précisions, la statistique de Hellstrom (155 cas) et les 14 cas personnels d'Eliason.

Le chirurgien américain Graham pense que 4 p. 100 des morts par appendicite sont dues à des complications hépatiques.

Par ailleurs il est impossible d'affirmer dès à présent la fréquence relative de ces diverses complications hépatiques ; mais de celles-ci l'ictère est sûrement la plus fréquente, puis l'abcès intrahépatique qui nous intéresse, et enfin les suppurations périhépatiques et sous-phréniques.

Age. Sexe. — Ces deux facteurs n'ont pas d'influence sur l'apparition des complications hépatiques, dit Walter Sallis. Nous avons complété le tableau de la thèse de Lapouble en l'étendant de 44 à 66 cas sur lesquels l'âge et le sexe étaient précisés.

Le cas le plus jeune est une petite fille de sept ans, et le sujet le plus âgé est un malade de Kartullis qui avait soixante ans.

Nous avons noté :

De 5 à 15 ans...........	15 cas
De 15 à 25 ans...........	25 cas
De 25 à 35 ans...........	14 cas
De 35 à 45 ans...........	7 cas
De 45 à 55 ans...........	3 cas
Au-dessus de 55 ans..........	2 cas

Le seul fait sur lequel nous croyons devoir insister c'est que sur les 22 cas nouveaux que nous avons ajoutés au tableau de Lapouble 8 seulement avaient moins de vingt-cinq ans et 15 plus de vingt-cinq ans.

De celà nous pensons que l'opinion d'Aubertin, que la plupart des cas d'appendicites s'accompagnant de complications hépatiques suppurées survenaient chez l'enfant, nous pensons que cette opinion doit être légèrement modifiée : les abcès du foie d'origine appendiculaire s'observent surtout de vingt à trente-cinq ans. Il existe enfin un rapport de 4 contre 1 dans la proportion d'abcès du foie survenus chez l'homme ou la femme; dans nos cas : 11 femmes et 59 hommes.

Causes prédisposantes. — Nous devons maintenant rechercher pourquoi l'abcès du foie complique si rarement l'appendicite et aussi quelles conditions doit présenter le parenchyme hépatique pour être un milieu de culture favorable aux germes qui l'envahissent.

a. Quel est le rôle des lésions antérieures du foie dans la production des accidents d'origine appendiculaire? En pratique, dit Aubertin, il est peu important. La plupart des cas bien nets d'abcès du foie appendiculaire ont trait à des sujets chez qui une lésion antérieure de la glande hépatique ne peut être incriminée et ces sujets sont souvent jeunes. On ne trouve chez eux, cliniquement et histologiquement, aucun stigmate d'alcoolisme, ni de cholémie.

Mais si cet antécédent hépatique influe peu en pratique sur la localisation, il est des cas irréfutables où ce facteur a joué.

L'observation II de Jalaguier est particulièrement typique à ce sujet : une femme de trente-six ans, syphilitique depuis dix-neuf ans, est opérée d'appendicite en mars 1901 ; elle éprouvait dès lors des douleurs hépatiques qui persistèrent en s'aggravant peu à peu dans les mois qui suivirent l'appendicectomie. Plus d'un an après la malade fut opérée d'un abcès du foie qui laissa écouler un pus jaunâtre, mêlé de gros amas gélatineux, translucides, dont la nature syphilitique fut jugée indéniable.

La malade guérit grâce à l'intervention et au traitement antispécifique, et Jalaguier de conclure, à raison que la crise aiguë d'appendicite a été l'origine d'une infection secondaire du foie déjà atteint de gommes syphilitiques.

Par contre, si les observations de Bühl, de Gendron, de de Gennes et de Kartulis insistent sur les antécédents alcooliques des malades, ces cas sont trop peu nombreux pour qu'il soit permis d'attacher une réelle importance à l'alcoolisme dans la production de ces suppurations hépatiques. Les lésions histologiques du foie appendiculaire diffèrent sensiblement des lésions trouvées chez les alcooliques. Pas plus le rôle de la cholémie simple ou familiale ne joue en clinique comme créant au niveau du foie un point d'appel favorisant l'éclosion des complications hépatiques.

Lapouble estimait lui « qu'il fallait admettre une diminution des moyens de défense du foie, sans quoi il serait fort difficile d'expliquer la rareté de l'hépatite suppurée, étant donné que l'appendicite est si commune et encore trop souvent traitée tardivement ». Nous croyons qu'on ne peut, sauf à de

très rares exceptions, attribuer à des lésions hépatiques antérieures le facteur de localisation de l'infection à distance, mais que c'est, comme nous allons le voir, à l'action même du foyer appendiculaire sur le foie en certains cas.

b. Quel est le rôle de la gravité apparente de l'attaque appendiculaire dans l'étiologie des suppurations hépatiques?

« Nous ne voyons pas, dit Berthelin, qu'il y ait de relation manifeste entre la gravité de l'infection appendiculaire et la fréquence de l'infection du foie. » Pour Dieulafoy; ce ne sont pas les lésions extraappendiculaires qui créent le danger, tout le danger est dans la lésion intraappendiculaire, dans la cavité close où s'exalte la toxi-infection.

L'infection hépatique peut en effet survenir quelle que soit la variété de l'appendicite, que l'appendice soit ou non perforé, qu'il y ait ou non de lésions péritonéales ou péri-appendiculaires.

« C'est, insiste Dieulafoy, l'exaltation de la virulence et la force d'expansion acquise, en cavité close, qui facilitent aux microbes leur migration à travers les vaisseaux sanguins et qui leur permettent de porter au loin la désolation et la mort sous le nom d'infection à distance. »

Aubertin arrive aux mêmes conclusions : que l'attaque appendiculaire soit grave ou bénigne, latente ou à grands fracas, l'appendicite peut donner naissance à l'infection hépatique.

Cependant les accidents hépatiques accompagnent plus particulièrement les appendicites aiguës et plus spécialement celles à streptocoques.

Enfin, ce sont surtout les appendicites aiguës avec abcès qu'on laisse refroidir qui se compliquent de suppurations hépatiques (nous l'avons observé dans un cas), et ce fait a une certaine importance en ce qui concerne l'époque à choisir pour intervenir.

De ces quelques points, il ressort que c'est le foyer appendiculaire seul qui provoque les complications hépatiques. La situation du foie recevant directement le sang venant du tube digestif, et en particulier de l'appendice, explique suffisamment qu'il soit touché par les germes qui nécessairement doivent le traverser dès que le foyer appendiculaire tend à provoquer des infections à distance.

Et nous adoptons volontiers l'opinion de Rocher : « Deux organes, appendice et foie, sont en présence. L'un est infecté, l'autre est sain. Si le premier met en liberté un certain nombre de microbes virulents, si le second est prédisposé, soit (ce qui est rare) congénitalement ou par une maladie antérieure, ou surtout par le retentissement néfaste de l'infection actuelle appendiculaire, l'infection du parenchyme hépatique sera de ce fait créée, de par la grande loi qui régit tous les processus inflammatoires. »

Anatomie pathologique. — Nous décrirons les lésions d'après leur filiation pathologique : nous insisterons d'abord sur les caractères particuliers des lésions appendiculaires, puis nous verrons les modifications portales, ensuite les abcès du foie à proprement parler, enfin les diverses lésions viscérales concomitantes.

Lésions appendiculaires. — Leur étude fournit à la pathogénie des éléments de grande valeur pour établir quelles sont les appendicites qui se compliquent d'abcès du foie.

Une forme d'appendicite domine cette question : on rencontre en effet dans plus de la moitié des cas l'appendicite avec abcès péri-appendiculaire.

Il faut citer, en second lieu, l'appendicite gangréneuse.

L'abcès péri-appendiculaire peut être très volumineux, en général rétro-cæcal, remontant plus ou moins vers le foie : dans notre cas, il existait une poche d'une contenance de près de 200 centimètres cubes, formée au voisinage du rachis, sur son flanc droit, par agglutination du côlon sigmoïde, du cæcum, de l'annexe droite et de l'iléon. Mais le plus souvent l'abcès est petit, du volume d'une noisette et ces petits abcès sont loin d'être négligeables dans la production des accidents hépatiques.

Gerster, dans un cas, a pu voir les lésions de thrombose portale partir des veines des parois de l'abcès, alors que les veines péri-appendiculaires étaient indemnes.

Les appendicites gangréneuses sont très importantes aussi; mais on les rencontre plus rarement (Jacob); le plus souvent il n'y a pas de perforation et la thrombose se voit surtout avec une appendicite gangréneuse pure sans abcès ni perforation.

En dehors de ces deux notions capitales, on peut encore noter des lésions plus banales : des ulcérations muqueuses, une simple congestion.

Le plus souvent l'appendice est adhérent, mais dans quelques cas on l'a trouvé absolument libre. La cavité appendiculaire est perméable le plus souvent et ceci est un gros argument contre la théorie de Dieulafoy de la cavité close. Enfin les anciens auteurs ont fréquemment noté l'existence de corps étrangers.

Mais il ne faut pas omettre de signaler que bien souvent les lésions de l'appendice sont très peu marquées, tout au moins à l'examen macroscopique; l'histologie montre cependant de la phlébite des veines de la celluleuse appendiculaire.

Rabé avait déjà attiré l'attention sur cette opposition entre la diffusion et l'intensité des lésions hépatiques et les caractères très discrets de l'atteinte appendiculaire.

Il faut noter enfin la présence fréquente d'adénopathies mésentériques, au voisinage de l'appendice, comme dans beaucoup d'appendicites, non compliquées même de lésions hépatiques; et cela ne peut être versé en faveur de la théorie lymphatique de la propagation. Dans une observation de Bureau, il n'y avait pas de collection péri-appendiculaire, mais une hyperthrophie des ganglions iléo-cæcaux, et l'un d'eux, suppuré, était transformé en abcès du volume d'une grosse noix, en contact avec des ramifications thrombosées des veines mésentériques. Souques, Rendu, Koch ont observé des cas analogues : la suppuration des ganglions n'est alors que le point de départ de la pyléphlébite suppurative.

Lésions du système porte. — Aubertin schématise

ainsi les divers états que peut présenter la veine porte :

1. Intégrité complète des radicules et du tronc;
2. Phlébite oblitérante localisée aux veinules péri-appendiculaires, sans participation du reste du système porte;
3. Pyléphlébite oblitérante totale;
4. Pyléphlébite suppurée et étendue des origines appendiculaires, aux abcès hépatiques.

1. L'intégrité complète est rare, cependant dans notre cas nous avons recherché très minutieusement cette atteinte, insaisissable aussi bien à l'œil qu'au microscope.

2. Gerster et Berthelin ont parfaitement étudié ces lésions et ont particulièrement insisté sur la phlébite des radicules appendiculaires : « les veines sont dilatées et turgescentes, sans suppuration le plus souvent; on se rend compte de leur atteinte par examen du repli péritonéal par transparence; cependant si celui-ci est épaissi, enflammé, il faut le sectionner et les veines apparaissent, en coupe, dilatées et remplies de caillots noirâtres. »

Généralement le thrombus se termine à 10-15 centimètres de l'appendice et il n'y a pas d'autres lésions du système porte.

3. La pyléphlébite totale oblitérante est également très fréquente : on peut suivre le caillot des veines appendiculaires jusque dans le foie.

A la section du tronc porte, des caillots rouges s'échappent et la paroi est épaissie, ulcérée par endroits.

4. Mais, tout au moins par places, cette phlébite suppure souvent : la suppuration commence dans les caillots, qui contiennent en grande quantité des microbes très virulents.

Finalement le caillot disparaît presque complètement, du pus remplit la cavité veineuse, et parfois il existe de la périphlébite suppurée. Dans un cas de Gerster, il y avait un abcès de l'épiploon secondaire à cette périphlébite et Rabé aussi a observé une infiltration purulente de l'épiploon.

Cependant il est rare de voir une suppuration étendue de l'appendice du foie : par places, persistent des débris de caillots, isolant les foyers purulents.

5. Enfin on peut se demander s'il existe, au cours de l'appendicite, des pyléphlébites sans abcès du foie? Le fait est très rare, mais Gerster a rapporté un cas, avec mort précoce, où il existait des lésions infectieuses, sans abcès, du parenchyme hépatique dans une appendicite, compliquée de pyléphlébite. Graham, Hillairet, Gendron ont cité des cas de phlébite extra et intra-hépatiques sans abcès véritable du foie.

Suppurations hépatiques. — Les abcès du foie revêtent deux types bien différents, ou bien il s'agit d'abcès uniques, ou bien d'abcès multiples.

Abcès uniques. — Les abcès uniques, les gros abcès du foie ont été jusque vers 1907 considérés comme extrêmement rares. Loison en rapportait 12 cas, sans aucune tentative chirurgicale d'ailleurs.

Payne, Shoemaker, Bezançon, Netter, Church, de Gennes avaient observé des abcès uniques situés près de la surface du lobe droit, sur laquelle ils saillaient, mais nettement creusés au milieu du parenchyme qui en formait la paroi.

Mac Clelland, Souques, Lelong, et Rabé rapportèrent des cas d'abcès du volume d'une mandarine, entourés d'une couronne de petits abcès. Enfin Ashby avait trouvé deux abcès dont un dans le lobe de Spiegel et l'autre dans le lobe droit, et Bernhard un seul abcès du lobe gauche. Dans nombre de revues ces cas furent rappelés et sans qu'on y attachât beaucoup d'intérêt. Mais il semble au contraire, que les gros abcès sont beaucoup plus nombreux, puisque nous avons pu réunir 23 autres cas : leur importance est excessivement grande, du fait que seuls ils sont justiciables de l'intervention chirurgicale, souvent avec succès, et d'autre part la proportion de 35 cas d'abcès uniques sur une centaine de cas connus est suffisamment éloquente.

Le premier gros abcès opéré et guéri en France fut le cas de Loison, en 1901, découvert par l'examen radioscopique.

En 1903, Delagénière opéra un abcès plus gros que le poing, faisant saillie à la face inférieure du foie : il était d'une consistance ferme sauf au centre où l'on provoquait de la fluctuation et il adhérait au côlon. Kartullis rapporta deux autres cas en 1904 et 1905, Maasland un autre en 1904, Rocher et Sieur chacun un succès opératoire en 1905, enfin Mgaloblischwili un autre cas en 1906.

Le mémoire le plus important sur les abcès uniques du foie, opérés et guéris dans 90 p. 100 des cas, est celui de Quénu et Mathieu dans la *Revue de chirurgie* en 1911. 13 cas sont rapportés, 3 cas de Koërte, les observations de Heyman, Mokroski, Herzog, Thyne, Kirmisson, Bureau, Souligoux, deux opérations de Jalaguier et enfin un cas personnel.

Nous citerons enfin 3 cas plus récents : ceux de Weidner en 1913, de Bruggeman en 1917 et de Legry-Bigot en 1922.

Nous n'insisterons pas ici sur la fréquence de la localisation de ces abcès du lobe droit; nous ajouterons qu'assez souvent l'abcès est superficiel par rapport à la face convexe de l'organe, ce qui explique sa tendance à donner naissance à un abcès sous-phrénique ou à une complication pleuro-pulmonaire.

La dimension de ces abcès est très variable : il semble cependant que les très gros abcès (Netter 1l500, Souques et Kartullis 1 litre, Rocher 500 centimètres cubes) soient peu fréquents et que bien plus souvent il s'agit d'abcès du volume d'une mandarine. Les parois de ces abcès sont généralement anfractueuses, irrégulières, témoignant de ce fait que le gros abcès est souvent le résultat de la fusion d'abcès voisins. « L'appendicite de même que la dysentérie peut produire dans le foie des abcès multiples probablement au début, mais auxquels l'évolution subaiguë de la maladie donne le temps de se réunir en une poche unique à parois irrégulières » (Loison). Il est préférable de les dénommer grands abcès.

Abcès multiples. — Las abcès multiples ont été notés plus de 60 fois. Dans ce cas, le foie est toujours considérablement hypertrophié : le poids de 3 kilogrammes est fréquent, parfois même 4 kilo-

grammes, mais l' « augmentation du poids n'est qu'apparente ». Dès que l'on a donné issue à la collection purulente, il y a alors plutôt atrophie de la substance propre du foie (Schwartz).

La coloration extérieure est verdâtre ou jaunâtre, selon que l'intiltration purulente ou la dégénérescence parenchymateuse domine dans le tissu qui entoure les abcès.

Ces abcès multiples peuvent rester *isolés*, ou revêtir la forme *aérolaire* (Chauffard) et transformer le tissu hépatique en partie ou en totalité, en une véritable éponge purulente.

Abcès isolés. — Le parenchyme est criblé d'une infinité de loges assez régulières, ayant le volume d'une noix, d'un œuf ou d'une orange (bien plus rarement ce sont de véritables abcès miliaires) également répartis dans tout l'organe ce qui prouve bien l'origine métastatique.

Quelquefois, on peut trouver un abcès plus gros que les autres, mais le plus souvent ils sont de même taille, comme les granulations de la tuberculose aiguë.

On a noté aussi, en cas d'abcès multiples, la prédominance dans le lobe droit, mais le lobe gauche n'est jamais indemne. Une localisation plus curieuse a été signalé par Thoinot, dans un cas où les abcès siégeaient seulement près du hile, donnant ainsi une preuve de leur origine portale.

Bien que le fait soit encore plus net dans les abcès aréolaires, les abcès siègent de préférence sur le trajet des ramifications portales, comme on peut s'en assurer en ouvrant au ciseau les plus volumineux de ces vaisseaux, depuis le hile jusqu'aux cavités purulentes.

Cette recherche est d'autant plus facile qu'il y a en même temps phlébite portale intrahépatique supsuppurée et ainsi les abcès ne semblent plus que des renflements volumineux le long des vaisseaux veineux pleins de pus et entourés d'un véritable manchon purulent.

Ceci est confirmé par l'examen histologique montrant de petits abcès miliaires centrés par des ramuscules portes.

Toutes les fois que la topographie des abcès a été recherchée, on a trouvé cette localisation veineuse. Seuls Pilliet et Gosset ont décrit des abcès siégeant sur les voies biliaires.

Mais, en général, les voies biliaires sont saines et il n'y a guère que les cas de Brewer et de Bernheim où les abcès intra-hépatiques coexistaient avec des cholécystites suppurées.

Ces abcès peuvent être excessivement nombreux : 200 dans l'observation II de Dieulafoy, mais à la vérité, leur nombre est le plus souvent impossible à déterminer, en raison de l'existence d'abcès miliaires du volume d'une tête d'épingle.

Le contenu de ces abcès est un pus jaune, vert, souvent très fétide; on ne trouve qu'exceptionnellement la teinte brunâtre si fréquente dans les abcès tropicaux.

Les parois des plus grands de ces abcès sont irrégulières, formées de tissu hépatique dilacéré, sans interposition de poche fibreuse comme dans les abcès dysentériques d'évolution plus lente et de volume plus conséquent.

Abcès aérolaires. — Ils sont bien plus rares, et on ne connaît que les cas de Murchison, de Gendron, de Shœmaker, (obs. II) de Rabé et Filhoulhaud, et de Blakker. Le parenchyme est partiellement ou en totalité transformé en une éponge purulente. Murchison a encore noté la prédominance droite.

Par lavage on débarrasse de son contenu ce foie creusé de logettes, intercommunicantes, à parois fibrineuses quelquefois très épaisses. On ne constate que la structure ramifiée de tous les abcès aréolaires hépatiques, mais ici le développement est périportal et non péribiliaire.

On a pu évaluer une fois à 4 litres le contenu purulent d'un de ces foies aréolaires.

Histologie. — Le structure pariétale de ces abcès est dépourvue d'intérêt : c'est le tissu hépatique lui-même, désagrégé, infiltré de globules de pus, qui constitue les parois; parfois à la périphérie le tissu conjonctif réagit.

Mais bien plus intéressante est l'étude du parenchyme dans les zones dépourvues d'abcès. Les voies biliaires sont en général normales; au plus, présentent-elles des lésions de voisinage.

Les veines centro-lobulaires sont également indemnes. Mais les veines portes présentent des lésions diversement évoluées, qui nous expliquent la genèse et la localisation initiale des abcès.

On peut d'abord trouver de véritables abcès miliaires ayant détruit tout l'espace porte autour duquel ils se sont développés.

Dans des zones moins avancées, la veine porte est remplie de polynucléaires plus ou moins altérés, formant un véritable nodule infectieux, parfois un abcès en miniature quand l'infiltration est plus intense. Mais le plus souvent il y a seulement oblitération par un caillot qui n'est que le prolongement de la pyléphlébite extra-hépatique. Autour de ces veines portes enflammées, on rencontre des microbes très abondants, surtout des colibacilles, parmi les cellules rondes. Dieulafoy en a trouvé dans la paroi veineuse même.

Enfin aux lésions infectieuses s'associent toujours des lésions dégénératives, nécrose ou dégénérescence graisseuse. Ménétrier et Aubertin ont fait une étude magistrale de ces lésions de stéatose périportale, lésions de nature dégénérative mais d'origine infectieuse.

Bactériologie. — On trouve dans l'abcès hépatique les mêmes microbes que dans l'abcès périappendiculaire lui-même. Le pus est souvent très fétide (Veillon et Zuber); aussi y rencontre-t-on surtout le colibacille (Dieulafoy, Achard, Bureau, Koërte, Gerster, Lorrain). Celui-ci peut être à l'état de pureté (Dieulafoy) mais assez souvent il est associé au streptocoque. Gerster et Kartullis ont rencontré des streptocoques purs; Kartulis, Venot et Souques, du staphylocoque doré; Jalaguier, du staphylocoque blanc; Koërte (obs. II) et Chirié, de l'entérocoque. Mais il faut surtout insister sur la présence d'anaérobies qui se sont développés avec

d'autant plus de facilité qu'ils existent à l'état normal dans les voies biliaires (Lipmann) et qu'ils ont pu envahir secondairement des abcès situés à leur voisinage. Mais généralement ces anaérobies viennent du foyer appendiculaire et péri-appendiculaire, contenant particulièrement du perfringens et du ramosus (Lanz).

Enfin il est classique de citer, à titre de curiosité, les cas de Stooke et Watt, et de Kartulis où l'on a trouvé dans le pus de l'abcès hépatique de l'amœba coli à l'état de pureté. Malgré l'existence d'appendicite préalable, on peut encore songer à un cas d'abcès dysentérique et même dans le cas de Kartullis la dysentérie était localisée uniquement à l'appendice, constituant une véritable appendicite amibienne suivie d'abcès du foie également amibien.

Il ne faut donc retenir que la fréquence du coli et des anaérobies, et la virulence du streptocoque.

Lésions de voisinage. — La pleurésie est de beaucoup la plus fréquente : droite, elle est, en général, en rapport avec le développement de la suppuration hépatique et est fréquemment purulente; double ou gauche, c'est une pleurésie qui se rattache aux pyémies appendiculaires. Dans ce cas, on peut observer des abcès de tous les parenchymes : poumon (Netter, Payne, Bureau, Monnier); cerveau (Mac Clelland); rate (Shœmaker, Monnier), même un abcès fessier (Koërte, obs. III).

La psoïtis et l'abcès sous-phrénique peuvent dépendre soit de l'appendicite, soit de la suppuration hépatique.

Lésions viscérales. — Ayant éliminé les lésions pyémiques, il faut insister sur la constance de la splénomégalie et la rareté de lésions rénales dégénératives.

La rate atteint 400, 500 grammes, elle présente souvent de la périsplénite : à la coupe, le parenchyme est rougeâtre, très vite diffluent.

Cette hypertrophie considérable, constatée dans presque tous les cas, n'est pas seulement d'origine infectieuse comme dans la typhoïde, en raison de l'intensité même de cette hypertrophie; et d'autre part, celle-ci est beaucoup mieux explicable par retentissement de la pyléphlébite. Aubertin, d'ailleurs, a constaté que l'hypertrophie splénique était bien plus marquée quand il y avait thrombose porte complète et non suppurée. Dieulafoy, dans son observation I, a trouvé une rate normale et justement il n'y avait dans son cas qu'une phlébite péri-appendiculaire, sans lésion du tronc porte.

Enfin Chirié et Aubertin ont étudié une de ces rates, qui présentait non des lésions de folliculite infectieuse, mais des lésions congestives marquées surtout dans la pulpe rouge. Par contre si la pyléphlébite est suppurée, on peut avoir une extension de la suppuration au tissu splénique et Graham a noté de ces abcès périphlébitiques volumineux.

Les reins sont, au contraire, généralement indemnes de lésions dégénératives et cela est très différent de ce que l'on observe dans les hépatites toxiques appendiculaires.

Monnier, Jorand, de Gennes n'ont noté que quelques lésions congestives.

Enfin, on a trouvé parfois des lésions de myocardite infectieuse (Bureau). Notre malade présentait une atteinte très marquée de son muscle cardiaque, très mou et pâle.

Monnier et Venot ont signalé, en outre, des épanchements péricardiques.

Pathogénie. — Comment les germes appendiculaires et péri-appendiculaires peuvent-ils gagner le foie?

Plusieurs voies s'offrent aux microbes pour aller envahir la glande hépatique : les canaux biliaires, l'artère hépatique, les lymphatiques, le tissu cellulaire rétro-colique, le péritoine; enfin et surtout la veine porte. Cette voie portale est surtout admise, mais elle n'est pas suffisante pour expliquer tous les faits, aussi allons-nous envisager les différentes voies suivies par les microbes appendiculaires.

1. **Les voies biliaires.** — Leur rôle semble bien exceptionnel.

Dieulafoy a nié complètement ce mode de propagation : « Si on a trouvé du pus dans les canaux biliaires, c'est surtout dans les conduits extérieurs; et alors il s'agit d'une infection secondaire... Les canaux biliaires sont généralement englobés dans l'abcès sans participer au processus ».

Cependant Pilliet et Gosset ont cité un cas d'infection purulente du foie, dans lequel les premiers amas de leucocytes furent rencontrés autour des canaux biliaires.

Dans les cas de Bernheim et de Brewer, la vésicule contenait du pus.

Il est donc prouvé, bien que le fait soit rare, que l'infection appendiculaire peut se propager aux voies biliaires.

2. **Artère hépatique.** — Parfois les microbes amenés à la glande hépatique par la veine porte, traversent cet organe sans produire le moindre désordre, gagnant le cœur gauche, sont pris dans le courant artériel et reviennent au foie où ils occasionnent des abcès multiples. Mais dans ce cas, remarque justement Loison, la suppuration hépatique n'est qu'une manifestation locale de la pyémie générale.

Elle s'accompagne d'abcès de la rate (Monnier) du poumon (Netter, Payne), des reins (Waller), ou du cerveau (Mac Clelland).

3. **Voie lymphatique.** — Les lymphatiques de l'appendice se rendent au ganglion juxta-appendiculaire de Clado, à la base du méso-appendice, puis ils suivent une double voie : les uns montent le long du carré des lombes et du psoas, atteignent finalement ceux de la plèvre droite au-dessus du diaphragme; les autres parcourent le feuillet externe du mésocôlon ascendant et se dirigent vers la face convexe du foie, où ils s'anastomosent avec les lymphatiques du ligament coronaire et du ligament falciforme. Les lymphatiques du ligament suspenseur forment des troncs de moins en moins nombreux, mais de plus en plus gros, qui avant de perforer le centre phrénique s'anastomosent avec

les ganglions du hile du foie. Grâce à ces anastomoses lymphatiques, les microbes peuvent selon Grandsire et Piard, migrer de l'appendice au foie, produisant des suppurations intrahépatiques, par le même mécanisme invoqué pour les abcès sous-phréniques, les pleurésies purulentes d'origine appendiculaire.

Deux observations sont particulièrement probantes : François et Moure ont constaté dans une autopsie l'absence complète de lésions veineuses, mais l'existence de ganglions hypertrophiés dans le mésentère et au hile hépatique, formant une chaîne étendue de l'angle iléo cæcal au foie. Très souvent, même dans les cas où l'infection s'est manifestement propagée par voie veineuse, les ganglions sont énormes et enflammés, rouges, renfermant en leur centre une collection purulente.

Ricard a cité un malade ayant présenté des accidents de subictère, après appendicectomie : les accidents s'aggravant, il intervint de nouveau et trouva une chaîne ganglionnaire hypertrophiée et suppurée qu'il enleva. Les signes alarmants s'amendèrent rapidement et la guérison fut sans rechutes.

4. **Voie cellulaire rétro-colique.** — Koërte, à la suite de deux cas typiques, se fit le défenseur de la théorie cellulaire de Shoemaker. Shoemaker admettait comme nécessaire l'adhérence préalable de l'appendice au péritoine postérieur; Koërte la juge inutile et donne comme confirmation de sa théorie, les faits expérimentaux suivants : il introduit, par injection, dans l'intervalle des feuillets du méso-appendice un liquide coloré et voit ce liquide monter derrière le côlon ascendant, atteignant finalement le bord postérieur du foie. Mais cette théorie n'explique guère que la pathogénie des suppurations péri-hépatiques à début rétropéritonéal. Pour comprendre par ce mécanisme la formation d'abcès intrahépatiques, il faudrait supposer la perforation de la capsule de Glisson par un foyer sous-hépatique et l'invasion secondaire du parenchyme.

Comment reconnaître, en pareil cas, si on a affaire à une collection péri-hépatique ayant infecté par voisinage le parenchyme, ou s'il s'agit d'abcès intrahépatique superficiel venu s'ouvrir dans la région sous-hépatique?

5. **Voie péritonéale.** — Les mêmes reproches s'adressent à la théorie de Robinson qui prétend que le pus provenant du foyer péri-appendiculaire, gagne l'espace sous-hépatique par le sinus pariéto-colique.

On ne peut avoir ainsi que des péri-hépatites suppurées et non des abcès intrahépatiques.

6. **Voie veineuse.** — C'est le mode d'infection le plus fréquent.

A la base de l'appendice, les veines forment un véritable réseau, s'épanouissant sur le cæcum, constituant des troncs d'origine de la grande mesaraïque. Lapouble a dit fort justement « c'est la vena porta malorum, qui puise à l'appendice les germes infectieux que ses ramuscules intrahépatiques fixeront ensuite dans les espaces portes ». Le rôle fréquent et néfaste du système porte est facile a prouver.

Dans 63 observations, nous avons relevé soit une pyléphlébite thrombosante (totale ou partielle) soit une pyléphlébite suppurée.

Et même l'intégrité absolue du tronc de la veine porte, mentionnée dans les autres cas, ne prouve rien contre la théorie de la voie veineuse, car « les microbes peuvent parcourir la veine porte, de même que les autres vaisseaux de l'économie, sans laisser dans le canal vasculaire aucune trace apparente de leur passage et donner naissance à des abcès au voisinage des capillaires terminaux; c'est même là un des modes fréquents de production de la pyémie portale » (Loison).

Une preuve chirurgicale, qui a la valeur de l'expérimentation, nous est fournie par une intervention de Wilms. Il incise un abcès appendiculaire très fétide; les jours suivants le malade a de nombreux frissons, sa température atteint 40 degrés; il a du subictère. Wilms réopéra et lia toutes les veines radiculaires. Les frissons ne se reproduirent plus et la guérison fut rapide.

L'examen histologique confirme cette théorie veineuse : sur les coupes, les abcès intrahépatiques correspondent généralement aux ramuscules portes.

L'observation classique de Dieulafoy est toujours rappelée : il a pu « suivre le colibacille dans ses pérégrinations depuis l'appendice jusqu'au foie : il l'a vu s'engager dans les veines appendiculaires, gagner la mésaraïque, tout en semant sur son chemin thrombose et phlébite, et finalement atteindre le tronc porte » et dans le foie, d'après le même auteur « les microbes suivent la disposition des veines portes, c'est-à-dire qu'ils occupent la périphérie des lobules hépatiques. Les microbes y pullulent et des cellules embryonnaires engaînent les veines portes comme d'un manchon ».

L'absorption de pus péri-appendiculaire par les veines radiculaires est évidente, mais il est des cas, où le pus péri-appendiculaire n'est pas encore constitué : Quénu a montré que les veines appendiculaires peuvent être thrombosées dès les premiers jours; les thrombus se ramollissant immédiatement, l'infection est dispersée.

Ces petites embolies peuvent être très septiques, très abondantes et il est facile de comprendre que dans ces conditions on observe, le plus souvent, une infection généralisée de la glande : « les embolies microbiennes venant s'immobiliser simultanément dans un grand nombre de ramuscules portes » (Quénu) c'est là l'explication de l'hépatite suppurée diffuse avec abcès miliaires.

Mais les embolies ne peuvent-elles être moins abondantes, moins septiques ou même non septiques? On peut l'admettre facilement, d'après ce que nous apprend l'étude des abcès du foie dysentérique. Le thrombus détaché d'un ramuscule de la mésaraïque peut être isolé et lancé dans une branche hépatique de la veine porte, il peut donner naissance à un abcès du foie unique. La présence de microbes dans le thrombus n'est même, peut-être, pas nécessaire d'emblée pour provoquer ultérieurement la formation d'un foyer de suppuration hépatique.

Il est très possible que tout se passe comme pour certains abcès tropicaux : une embolie aseptique

produit un foyer de nécrose, susceptible d'être infecté par voie sanguine au cours d'une bacillémie si fréquente; celle-ci étant justement d'origine appendiculaire. L'observation de Jalaguier que nous avons déjà citée, vient à l'appui de cette manière de voir : une gomme syphilitique a joué le rôle d'un foyer de nécrose hépatique, infecté secondairement à la suite d'une appendicite.

Ainsi peut s'expliquer la production de ces abcès uniques, mieux appelés grands abcès.

La localisation dans le lobe droit du foie est la plus fréquente, et même s'il y a plusieurs abcès ils sont souvent groupés dans ce lobe.

Pour Glénard et Sérégé, le foie serait divisé en deux portions au point de vue anatomique et fonctionnel : lobe droit et lobe de Spiégel tributaires, de la grande mesaraïque, et, lobe gauche et lobe carré tributaires du tronc commun de la petite mesaraïque et de la veine splénique.

Sérégé suppose qu'il existe dans la veine porte un double courant sanguin, produit par la réunion des sangs mésentérique et gastro-splénique, qui obéissant aux lois de l'hydraulique, s'accolent sans se mélanger dans le parcours commun de la veine porte, pour se distribuer l'un dans le foie droit, l'autre dans le foie gauche. Cet auteur se basait sur des vérifications expérimentales par injection d'encre de Chine dans les différents territoires portaux.

Silvestri confirma cette hypothèse élégante, mais Bauer reprenant les travaux de Brissaud, Gilbert et Villaret, Devé et de Looten réfuta la plupart des arguments de Sérégé. Il a eu des résultats expérimentaux très différents de ceux de Sérégé, mais ici l'expérimentation n'a pas la même valeur qu'habituellement car elle introduit forcément des perturbations dans la circulation. Pour Bauer, si les embolies portales de toutes natures, se localisent de préférence dans le lobe droit, c'est surtout parce que ce dernier est beaucoup plus volumineux que le gauche. Enfin la direction et le calibre de la branche droite de la veine porte sont autant de facteurs suffisants. Mais c'était précisément sur une série de 55 observations d'abcès du foie appendiculaires que Sérégé avait voulu confirmer « l'existence de rapports fonctionnels entre l'intestin moyen et le foie droit, et l'existence de deux courants portaux. Il avait retenu 31 cas, dont 11 d'abcès uniques et 20 d'abcès multiples, pour les premiers, il avait trouvé 10 localisations droites et 1 seule gauche, et sur les 20 cas d'abcès multiples : 7 localisés uniquement à droite, 8 à prédominance droite très marquée, 5 à dissémination totale. Bauer fit dans le *Progrès médical* de 1909 une critique très serrée de ces cas, dont les comptes rendus nécropsiques étaient souvent trop imprécis, et ne put retenir, en faveur de cette localisation droite, que 3 cas indiscutables pour les abcès uniques, et 3 autres pour les abcès multiples.

Mais à son tour, il insista sur des cas non moins indiscutables d'abcès du lobe gauche, ceux de Bernheim, de Buhl, de Lelong, de Legg, de Souques, de Tolot, et sur l'observation d'Hillairet de pyléphlébite uniquement localisée à la branche gauche hépatique. Le cas qu'il nous a été permis d'observer ne nous apporte rien de probant : il existait un volumineux abcès dans le lobe gauche, mais il était possible que la propagation veineuse se soit effectuée par la mésentérique inférieure aussi bien que par la grande mésaraïque car l'abcès péri-appendiculaire causal avait agglutiné iléon, cæcum et sigmoïde. On peut donc conclure seulement, que les lésions du lobe droit sont plus fréquentes que celles du lobe gauche, mais elles ne démontrent pas l'existence d'un double courant sanguin dans la veine porte, ni l'indépendance vasculaire des lobes du foie.

Mais si le mode de propagation de l'infection appendiculaire au foie est bien connu, si le mécanisme est facile à établir cette suppuration ne se produit que dans un certain nombre de cas et dans des conditions qui nous échappent encore en grande partie. Nous avons déjà vu, à l'étiologie, que c'est dans l'appendicite seule qu'il faut rechercher les causes de cette grave complication.

Nous avons déjà signalé le rôle de l'appendicite gangréneuse et de l'abcès péri-appendiculaire : c'est à lui qu'il faut attribuer dans plus de la moitié des cas la production de la lésion hépatique. Ménétrier, Bloch et Aubertin, en ont donné une preuve fort démonstrative, en rapportant le cas d'un abcès abdominal non appendiculaire (il s'agissait d'une salpingite avec gros abcès) qui avait produit la même lésion hépatique et le même tableau clinique que l'appendicite suppurée.

On a dû abandonner la théorie de la cavité close puisque la plupart du temps, l'appendice est trouvé perméable.

Quand il y a abcès péri-appendiculaire, la production des complications hépatiques est facilement compréhensible, mais lorsqu'il s'agit d'appendicite gangréneuse, on est réduit à invoquer, comme Dieulafoy, la « toxicité » de l'appendicite. Mais quelles sont ces appendicites? Nous n'en savons rien; l'anatomie pathologique ne nous a rien apporté de concluant; il semble que seule la bactériologie puisse éclairer la question. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1930)

Le système sympathique comme agent de la stabilité de l'organisme. — M. CANNON expose des recherches expérimentales qui lui permettent de conclure que « c'est la partie sympathique du système autonome qui agit directement et rapidement pour protéger contre toute funeste modification du milieu intérieur. En mobilisant les réserves de l'organisme et en modifiant la vitesse des processus métaboliques, elle fait en sorte que le milieu intérieur reste constant. Le système sympathique peut donc être considéré comme l'agent spécial et immédiat de la stabilité de l'organisme. »

La recharge glycémique du foie. — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle YVONNE LAURENT. La recharge glycémique du foie se retrouve constamment chez le chien normal, le chien dépancréaté, le chien inanitié et phloriziné. Cette fonction de recharge glycémique du foie persiste quel que

soit le taux du glycogène hépatique que celui-ci reste élevé (chien normal), qu'il soit légèrement (chien inanitié) ou fortement abaissé (chien dépancréaté) ou qu'il ne subsiste qu'à l'état de traces (chien inanitié et phloriziné), toujours le foie fabrique du sucre et le déverse dans la veine sus-hépatique.

La fonction glycogénique du foie ne joue donc qu'un rôle accessoire dans la production du phénomène.

Sur la loi d'excitation neuro-musculaire par décharges électriques brèves chez l'homme. — M. Philippe Fabre.

Sur la localisation de l'adrénaline virtuelle. — MM. A. Leulier et L. Revol.

Sur l'arrêt de l'intoxication diphtérique par le placenta. — MM. G. Mouriquand, A. Leulier et P. Sédallian. Des faits exposés par les auteurs il semble résulter que le placenta arrête la toxine diphtérique, ou tout au moins les phénomènes d'intoxication auxquels elle donne naissance, et en particulier en ce qui concerne les surrénales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 25 février 1930)

Valeur et durée de l'immunité conférée par l'anatoxine diphtérique (dosage de l'antitoxine dans le sérum des enfants vaccinés). — MM. G. Ramon et Robert Debré, avec la collaboration de MM. M. et G. Mozer et de Mlle G. Pichot, se sont proposé de doser, suivant une technique rigoureuse, la teneur en antitoxine diphtérique du sérum de nombreux enfants (105) vaccinés contre la diphtérie par l'anatoxine, depuis un temps variant entre cinq ans et un an.

La richesse en antitoxine du sérum de ces enfants est bien mise en évidence car on constate que 90,1 p. 100 ont un pouvoir antitoxique supérieur à 1/10 d'unité et 96 p. 100 un pouvoir supérieur à 1/30 d'unité.

Des comparaisons que l'on peut faire avec les enfants vaccinés à l'étranger, il résulte que les enfants vaccinés par d'autres méthodes n'ont, en règle presque absolue, dans leur sérum que des quantités d'antitoxine très inférieures à celles trouvées chez les enfants vaccinés par l'anatoxine, et, d'autre part, que le nombre des enfants qui n'ont pas été immunisés est nettement supérieur à celui que l'on observe après la vaccination par l'anatoxine.

Par ailleurs, cette étude montre que le pourcentage des sérums riches en antitoxine est d'autant plus élevé que les enfants ont été vaccinés à un âge plus avancé.

Si l'on considère les sujets qui ont un sérum très riche en antitoxine (pouvoir antitoxique supérieur à 1/10 d'unité), on voit que ceux-ci sont dans la proportion de 95 p. 100 chez les enfants vaccinés depuis plus de quatre ans, de 95 p. 100 chez les enfants vaccinés depuis plus de trois ans, de 89 p. 100 chez les enfants vaccinés depuis plus de deux ans, et de 82 p. 100 chez les enfants vaccinés depuis plus d'un an. Ce pourcentage montre de la façon la plus nette que la richesse en antitoxine est bien loin de diminuer avec les années et est un argument solide en faveur d'un fait capital : la persistance prolongée sans affaiblissement de l'immunité obtenue à l'aide de la vaccination contre la diphtérie par l'anatoxine.

Cortico-surrénale et cancer expérimental. — MM. F. Arloing, A. Josserand et J. Charachon (de Lyon) exposent l'état actuel de leurs recherches sur les relations qui peuvent exister entre les sécrétions endocrines des diverses glandes et l'évolution du cancer expérimental. Elles les ont conduits aux intéressantes constatations suivantes.

L'injection sous-cutanée de fragments broyés d'épithélioma expérimental de la souris entraîne chez le lapin qui la reçoit des modifications dans la surrénale qui devient, soit par greffe, soit en extrait glycériné, capable à une certaine période de sa surexcitation par les injections de tumeurs de ralentir et même d'arrêter l'évolution de ces néoplasmes chez la souris.

Les surrénales de lapins non préparés sont inactives. Chez les animaux préparés, on observe au niveau de la cortico-surrénale, au début, une suractivité mitonchondriale pendant laquelle la glande exerce au maximum son action frénatrice, puis à la longue de l'hyperplasie spongiocytaire et de la dégénérescence cellulaire qui coïncident avec une action favorisante sur le cancer expérimental.

Semblables constatations histologiques et modificatrices de l'évolution du cancer ont été faites par Sokolof dont les travaux confirment les expériences des auteurs lyonnais.

Ceux-ci tentent actuellement d'adapter à la clinique humaine ces données de laboratoire et ont observé que, sous l'influence de fragments d'épithélioma pharyngé ou mammaire, les surrénales des lapins réagissent encore plus rapidement qu'avec l'épithélioma de la souris blanche.

Ce serait la première démonstration d'une endocrino-réaction antinéoplasique susceptible de devenir une méthode nouvelle précieuse dans l'arsenal thérapeutique anticancéreux.

La protection animale contre les moustiques au Sénégal et en Haute-Volta. — M. Legendre rappelle que certains animaux, sur lesquels se portent de préférence les moustiques, peuvent, par leur voisinage, détourner les moustiques de l'homme. A la suite de ses observations en Afrique, il estime qu'on pourrait étendre les recherches dans nos autres colonies.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie), en remplacement de M. Tuffier.

Les candidats sont ainsi classés : en première ligne, M. Morax; en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Baumgartner, Cunéo, Marion, Ombrédanne et Félix Terrien.

Au premier tour de scrutin, M. Morax est élu par 79 voix. M. Terrien obtient 2 voix, MM. Baumgartner et Marion obtiennent 1 voix chacun.

— M. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, est le gendre de M. le professeur Pinard et le beau-frère de M. le professeur Couvelaire, tous deux membres de l'Académie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 21 février 1930)

Thorax en entonnoir et doigt rentré. — MM. J. Troisier et Monnerot-Dumaine relatent deux tableaux généalogiques de deux déformations osseuses : thorax en entonnoir et doigt rentré, toutes deux transmises par hérédité directe et paraissant de caractère dominant au sens mendélien.

Leucémie aiguë avec tumeur mère médiastine. — M. P.-Emile Weil, Isch-Wall et Bertrand rapportent l'observation d'un malade de dix-neuf ans présentant tous les signes d'une péricardite avec épanchement, diagnostic confirmé radiologiquement. Un examen du sang pratiqué montra une formule typique de leucémie aiguë. A l'autopsie, on trouva une tumeur médiastine à point de départ ganglionnaire ayant envahi le péricarde fibreux. Les auteurs montrent les difficultés du diagnostic dans ce cas et l'importance que peut avoir un examen hématologique.

Etude comparative de 4 cas de tumeurs de la région rolandique de natures histologiques différentes au point de vue des résultats éloignés de leur ablation chirurgicale. — MM. Th. Alajouanine, D. Petit-Dutaillis, I. Bertrand, et Schmite présentent 4 cas de tumeurs cérébrales de la région rolandique opérés avec succès, dont l'histoire clinique était

sensiblement identique : crises d'épilepsie bravais-jacksonnienne ou généralisée, précèdent, à plus ou moins longue échéance, des phénomènes paralytiques ou parétiques. Dans ces 4 cas, il s'agissait de quatre variétés différentes de tumeurs : un méningiome, un gliome périphérique de la dure-mère, un gliome pédiculé du lobule para-central, un gliome cortico-sous-cortical, à type d'astrocytome. Les auteurs comparent ces 4 cas de tumeurs, de sièges identiques, d'histoires cliniques sensiblement analogues, mais de natures diverses, montrent que la différence des résultats éloignés tient avant tout, au moment de l'intervention. Alors qu'une tumeur énucléable, telle que le méningiome, opéré avec une grosse hémiplégie, n'a été que très incomplètement amélioré, les résultats les meilleurs concernent les 3 cas où les troubles moteurs n'étaient encore qu'ébauchés.

Varicelle et zona. — M. Masselot (de Tunis) rapporte l'observation d'une femme de trente-huit ans, qui fit un zona thoracique très douloureux en avril ; ce zona n'était pas encore cicatrisé quand apparut, à la fin de mai, une forte éruption de varicelle ; un mois après, nouveau zona, à localisation abdominale, peu douloureux ; en juillet, éruption zostériforme du membre inférieur gauche, dont les éléments suppurent ; puis la malade se cachectise et meurt de granulie pulmonaire.

Poussées paroxystiques au cours d'une hypertension permanente. Comparaison avec l'hypertension adrénalinique. — MM. E. May et Kaplan insistent sur le silence des poussées hypertensives et sur les renseignements fournis par l'étude de l'index oscillométrique et du rapport oscillométrique. Ils montrent l'intérêt de ce dernier qui leur a permis de constater une dilatation vasculaire au moment des crises, ce qui est l'inverse à ce qu'on observe dans l'hypertension adrénalinique.

Eruption cutanée et endocardite infectieuse prolongée. — M. Eschbach.

Hernie diaphragmatique de l'estomac, forme médicale sans traumatisme antérieur. — MM. Luton et Gach.

Syndrome radiculaire après la rachianesthésie. — MM. Urechia et Dugomier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1930)

Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. — M. Roux-Berger fait un rapport sur cette observation de M. Moiroud (de Marseille). L'intervention consista à refaire les traits de fracture, abraser les ostéophytes et à pratiquer l'immobilisation simple. Résultat satisfaisant au bout de sept ans.

M. Dujarier considère que l'ostéotomie sus-malléolaire est une bonne intervention dans ces cals vicieux.

Perforation typhique opérée. Guérison. — M. Roux-Berger rapporte cette observation de M. Moiroud qui intervint chez un jeune typhique de onze ans qui présentait une perforation intestinale. Extériorisation de l'anse. Nouvelle perforation sur l'anse extériorisée. Guérison après quelques incidents.

M. Moure pense qu'il serait intéressant et inoffensif de faire suivre la suture des perforations typhiques d'une fistule cæcale. Cette fistule cæcale discrètement faite à la locale pourrait également être employée dans les hémorragies intestinales, voire même dans certaines typhoïdes graves de l'adulte avec ballonnement persistant.

M. Mondor rappelle que les signes vésicaux dans les perforations typhiques ont été décrits depuis longtemps.

M. Mocquot rappelle que les techniques les plus diverses sont arrivées à guérir de temps à autre une perforation typhique et qu'il est difficile de déterminer le meilleur traitement.

M. Mauclaire a pratiqué des greffes épiploïques.

M. Cadenat a guéri une malade par extériorisation. Il préférerait une fistule cæcale au lieu d'une fistule de la fin du grêle.

Iléus biliaire. — M. Auvray rapporte quatre cas d'iléus biliaire de M. Duboucher. Les deux premières malades opérées sous anesthésie générale sont mortes. Un des cas avait été diagnostiqué à la radiographie. La troisième malade mourut durant l'intervention (entérostomie). La quatrième malade fut opérée à l'anesthésie locale après injection intraveineuse de sérum hypertonique.

M. Sauvé est très favorable aux injections de sérum hypertonique intraveineux, même dans les cas de péritonite.

M. Hartmann a vu trois cas d'iléus biliaire. La première malade après une crise de subocclusion a guéri spontanément. La seconde malade, opérée pour occlusion aiguë, mourut. La troisième guérit.

M. Picot a guéri avec du sérum salé hypertonique une malade qui cependant urinait très peu, et l'action de l'injection hypertonique n'a pas déterminé d'anurie grave.

M. de Martel est partisan des injections de sérum hypertonique quand le taux des chlorures du sang est abaissé.

M. Alglave guérit une malade opérée précocement d'iléus biliaire ; une autre opérée tardivement mourut.

M. Proust est partisan des injections de sérum hypertonique, même chez les sujets présentant des lésions rénales.

Perforation gastrique. — M. Guibal rapporte quatre cas de perforations gastriques opérés par pylorectomie ; trois guérisons. Une mort le dix-huitième jour d'hémorragie.

M. Basset pense toujours que la précocité de l'intervention domine le pronostic avant les autres facteurs et que les repas ordinaires ou barytés pris avant les perforations ne sont pas un facteur dominant de gravité.

Perforation silencieuse des ulcères. — M. Grégoire se demande depuis 1922 si le moment de la perforation correspond à la phase douloureuse des ulcères gastriques. Cette perforation ne fut décelée que sous l'écran radiographique. L'existence de gaz dans l'abdomen est encore à noter ici : elle peut survenir d'ailleurs dans toute perforation d'un segment digestif. La recherche de l'épanchement gazeux pourrait permettre de déceler précocement des perforations silencieuses.

M. Jean-Louis Faure pense que, même dans l'appendicite perforée, c'est souvent le début de la péritonite qui détermine la première douleur violente.

M. Mondor croit à la simultanéité, du moins presque toujours, de la douleur et de la perforation. L'examen radiologique pourrait rendre d'utiles services en montrant le pneumopéritoine, fidèle dans les perforations perforées non bouchées.

M. Guibal croit à la simultanéité de la perforation et de la douleur.

M. Rouhier est du même avis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1930)

Hyperglycémie insulinique immédiate chez le chien normal. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle Y. Laurent. L'insuline déclanche rapidement chez l'animal normal une poussée d'hyperglycémie transitoire à laquelle fait suite la chute de la glycémie et qui paraît indépendante de la variété d'insuline employée, de la dose et de la voie utilisée.



L'hyperglycémie insulinique immédiate dans les divers territoires vasculaires chez le chien normal. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle Y. Laurent. La poussée hyperglycémique insulinique immédiate se fait sentir dans les divers territoires sanguins étudiés, mais d'une façon inégale; elle paraît surtout marquée dans le circuit hépatique.

On constate une décharge marquée du sucre dans la veine sus-hépatique et une hausse notable de la glycémie porte qui, contrairement à ce qui existe dans la majorité des cas, chez le chien non insuliné, cesse d'être la plus basse de toutes les glycémies, la glycémie veineuse lui étant inférieure.

Action réciproque de l'adrénaline et de l'acétylcholine sur l'artère rétinienne. — M. M. Villaret, Mme Schiff-Wertheimer, MM. L. Justin-Besançon, René Cachera et Bénech injectent, simultanément ou successivement, dans la veine, de l'acétylcholine et de l'adrénaline, à doses telles que l'action hypertensive de cette dernière l'emporte. Dans ces conditions, on observe une dilatation de l'artère rétinienne en pleine hypertension adrénalinique. Les artères du système nerveux central peuvent donc être dilatées par l'acétylcholine dans le moment même où tous les autres vaisseaux sont contractés par l'adrénaline.

On est donc autorisé, en cas d'ictus hémiplégique ou d'amaurose consécutifs à une hypotension brutale (par saignée par exemple), à injecter simultanément l'adrénaline pour relever la pression artérielle et l'acétylcholine pour lever le spasme des artères cérébrales.

Effets cardio-vasculaires de certains dérivés de la choline administrés par voie digestive. — MM. M. Villaret, Justin-Bezançon et René Cachera étudient deux nouveaux corps de la série cholinique qui déterminent, par voie digestive, une hypotension rapide, puissante et surtout extrêmement prolongée.

Le premier de ces corps est l'éther acétylique de l'α-méthylcholine. Aussitôt porté au contact de l'épithélium intestinal, il provoque une chute rapide de la pression artérielle due à une dilatation des artères, sans aucun effet cardiaque. Fait capital, cette hypotension persiste des heures sans aucun signe d'intoxication, en particulier sans bradycardie.

Le bromure de bromocholine détermine aussi une hypotension intense, mais de façon un peu moins rapide. A fortes doses on obtient, après une demi-heure environ, tous les effets cardiaques et respiratoires caractéristiques des éthers-sels de la choline.

L'encéphalite récurrentielle du lapin et du singe. — MM. C. Levaditi, T. Anderson, F. R. Selbie et Mlle Schoen ont relaté des expériences concernant la conservation du virus de la fièvre récurrente dans le névraxe des animaux ayant acquis l'immunité. L'envahissement du cerveau par le virus ne s'effectue pas sans que, tôt ou tard, le tissu nerveux réagisse par des réactions cytologiques particulières. Il se produit, en effet, chez la plupart des animaux, une véritable encéphalopathie : l'encéphalite récurrentielle.

S'il est permis de conclure du singe à l'homme, on doit envisager l'antagonisme entre l'infection récurrentielle et la paralysie générale, non seulement comme l'effet du virus lui-même, mais aussi comme l'effet des lésions qui caractérisent l'encéphalopathie récurrentielle.

Virus récurrentiel et altérations encéphaliques coexistent le plus souvent, mais parfois il peut y avoir encéphalite sans infectiosité du névraxe, auquel cas le processus morbide revêt l'allure d'une neuro-infection autostérilisable.

Le diagnostic de la tuberculose par l'hématologie du cobaye inoculé. — M. R. TRICOIRE. L'inoculation de produits bacillifères amène chez le cobaye une diminution du nombre des globules rouges et blancs, diminution marquée d'un tiers à un demi du chiffre normal; cette modification spécifique, constante, durable et précoce, permet de donner le résultat de l'inoculation après quinze à vingt jours d'observation.

Parallèlement à la diminution du nombre des globules on note une augmentation de la mononucléose normale du cobaye, portant uniquement sur les mononucléaires non granuleux.

Modifications de la virulence des virus encéphalitogènes. Essais d'activation de ces virus. — M. P. LÉPINE et Mlle R. SCHOEN ont continué l'étude des modifications de la virulence de la souche encéphalitique C de Levaditi. Ces modifications se traduisent en dernier ressort par la perte de l'affinité dermotrope et cornéotrope de cette souche pour le lapin, en même temps que par l'affaiblissement de son affinité neurotrope.

L'étude comparative de la souche C avec sa branche CA, qui a conservé la majeure partie de sa virulence, montre que cette mutation lente dépend du nombre des passages effectués ainsi que de la résistance organique des lapins servant aux passages. Des tentatives pour restaurer la virulence de la souche C en plaçant les animaux en état de moindre résistance par des moyens divers n'ont pas donné de résultats probants.

Sur la dispersion des bacilles tuberculeux vivants et des bacilles tuberculeux morts inoculés au cobaye par la voie sous-cutanée. — MM. A. SAENZ et F. VAN DENISE. L'infection consécutive à l'inoculation sous-cutanée de bacilles vivants ou de bacilles morts comporte une phase initiale de dispersion lymphatique et sanguine de durée et d'importance presque égales. Dans la suite, l'infection produite par les bacilles morts se trouve bloquée, bien qu'ils persistent plusieurs semaines au lieu même de l'inoculation et dans les ganglions régionaux. Inversement les foyers primaires et secondaires créés par les bacilles vivants restent perméables à ces germes qui essaiment en permanence dans la circulation.

Essai de vaccination de la souris blanche contre l'infection charbonneuse. — MM. A. BOQUET et A. SAENZ. Le premier vaccin charbonneux, inoculé à la souris dans le tissu dense de l'extrémité de la queue, se montre inoffensif dans plus de la moitié des cas. L'infection ménagée et occulte qu'il provoque peut conférer une résistance manifeste contre des doses plus fortes du même virus, et qui augmente lorsqu'on répète les inoculations au même point, puis dans le tissu lâche sous-cutané; un certain nombre d'animaux parviennent à tolérer le deuxième vaccin charbonneux et même parfois des doses élevées de bactéridies virulentes.

Le blocage du système réticulo-endothélial et l'immunité antituberculeuse du cobaye. — M. Jean PARAF a étudié les effets des injections répétées d'encre de Chine sur l'immunité antituberculeuse du cobaye.

Chez des cobayes tuberculeux dont le système réticulo-endothélial est ainsi bloqué, la réinjection massive de bacilles de Koch ne produit plus le phénomène classique de Koch, mais une ulcération suppurante et guérissant d'ailleurs rapidement.

INFORMATIONS

(SUITE)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est alloué aux magistrats qui font partie des commissions instituées en exécution des articles 13, 14 et 15 de la loi du 26 avril 1924 et qui sont appelés à se déplacer en cette qualité des indemnités pour frais de déplacement.

Le tarif des indemnités prévues à l'article 1er est le tarif fixé par le décret du 17 juillet 1926 pour les frais de mission des magistrats.

Il est alloué aux médecins faisant partie des commissions instituées en exécution des articles 13, 14 et 15 de la loi du 26 avril 1924, des indemnités de vacation pour leur participation aux séances desdites commissions.

Le taux des indemnités de vacations prévues à l'article est fixé :

1° A 5 fr. par candidat examiné pour les médecins membres des commissions prévues à l'article 13 de la loi du 26 avril 1924, précitée sans que le montant total de la vacation soit inférieur à 15 fr. par séance de la commission.

2° A 15 fr. par séance pour les commissions instituées en exécution des articles 14 et 15.

JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Association professionnelle des journalistes médicaux français, au cours de sa récente assemblée générale, a constitué comme suit son bureau pour 1930 :

Président : docteur Henri Bouquet; vice-présidents : docteurs O'Followell et de Fourmestraux (de Chartres); secrétaire : docteur A. Garrigues; secrétaire adjoint : docteur Molinéry; trésorier : docteur Mathé.

La caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français aura, en 1930, son bureau composé ainsi :

Président : docteur Duchesne; vice-président : docteur Paul-Manceau; secrétaire : docteur Bouland; secrétaire adjoint : docteur P. Mabille; trésorier : docteur A. Garrigues.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin général Ecot, du cadre de réserve, et de MM. les docteurs Camille Ronflette (à Belœil, Belgique); Joseph Drousie (à Gand); Yernaux (de Montigny-sur-Sambre); Emile Gautier (de la Demi-Lune, Rhône); Boquin (d'Autun); Frédéric Giraud ('Angoulême); le professeur Benoit Dybowski (de Lwow), Frederic Zbinden (de Lugano), Theodor Walter Kürsteiner (de Berne).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 5 mars. — Jury : MM. Hartmann, président; Couvelaire, Ombrédanne et Baudouin. — M. BALMELLE. Etude des réactions méningées aiguës aseptiques. — M. BLASART. Traitement de la syphilis à l'hôpital Lariboisière. — M. DEBRAY. La cholécystectomie sous-séreuse. — M. ROZIER. Etude des rapports de l'appendicite avec des vomissements acétonémiques de la première enfance.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre et Moussu. — M. TAQUET. La race bovine bleue du Nord.

Jeudi 6 mars. — Jury : MM. Sergent, président; Gougerot, Sézary et Gastinel. — M. DESCHAMPS. Traitement des syphilis anciennes. — M. LOWINSOHN. Etude du traitement de l'actinomycose cervico-faciale. — M. MOUREAU. Les formes fétides et non fétides de la dilatation des bronches.

Samedi 8 mars. — Jury : MM. Bezançon, président; J. Faure, Chevallier et Vaudescal. — M. BEAUGEARD. L'hydarthrose périodique. — M. LOUDEL. Etude du volvulus du cæcum.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le 28 avril 1930 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à occuper à partir du 16 mai 1930, à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation des candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, à partir de la même date, à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à cinq et sera augmenté s'il y a lieu du nombre des vacances qui se produiront dans cet emploi à partir du jour du présent arrêté jusqu'au jour du concours. Il sera donné connaissance de cette augmentation aux candidats par le président du jury avant les épreuves.

Les candidats ayant à accomplir le service militaire devront en faire la déclaration au moment de leur inscription.

Les internes titulaires pourront être appelés à prendre leurs fonctions avant leur incorporation. Dans le cas où ils seraient incorporés avant leur entrée en fonctions, leur nomination aura lieu à la première vacance qui se produira après leur libération dont ils devront faire connaître la date, en temps utile, à l'administration.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (service du personnel), il sera clos le 28 mars à 16 heures.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le ministère de la santé publique, qui avait souvent été demandé depuis la guerre, vient d'être réalisé par M. André Tardieu. Il a pour titulaire M. Désiré Ferry.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — CRÉATION D'UN INSTITUT DE BIOLOGIE CLINIQUE. — Un décret approuve la délibération susvisée du Conseil de l'Université de Paris portant création d'un institut de biologie clinique de cette Université, dans les conditions fixées par le décret du 31 juillet 1920. (*J. O.*, 28 fév. 1930.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) [2e liste] :

Première division. — Biologie. — CATÉGORIE H. — PHYSIQUE. — Académie de Montpellier : M. Imbert, 18 + 16 = 34.

Académie de Toulouse : M. Bugnard, 17 + 13 = 30.

Quatrième division. — Pharmacie. — CATÉGORIE M. — PHARMACIE. — Académie de Bordeaux : M. Vitte, 14 + 16 = 30.

CATÉGORIE N. — CHIMIE GÉNÉRALE PHARMACEUTIQUE ET TOXICOLOGIE. — Académie de Bordeaux : M. Vitte, 17 + 18 = 35.

Académie de Toulouse : MM. Brustier, 13 + 17 = 30; Caujolle, 18 + 15 = 33.

Nota. — Les résultats pour les autres catégories seront publiés ultérieurement. (*J. O.*, 28 fév. 1930.)

— ALGER. — Il est créé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger :

1° Une chaire de thérapeutique;

2° Une chaire de parasitologie et zoologie médicale.

— Sont créés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger deux emplois d'agrégé.

— La chaire de microbiologie et parasitologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger

est transformée en chaire de microbiologie et cryptogamie.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille en bronze est décernée à M. le docteur Dolisi (de Strasbourg-Robertsau).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIIIe Congrès à la Faculté de médecine de Paris le lundi 12 mai et les jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par MM. Duverger et Velter : *Biomicroscopie du cristallin à l'état normal et pathologique.*

Une promenade à Chantilly et à Royaumont sera organisée le mardi 13 mai et suivie du banquet traditionnel.

Pendant la durée du Congrès, visites dans les hôpitaux et laboratoires et exposition d'instruments d'optique et de chirurgie oculaire et de produits thérapeutiques à la Faculté.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris (VIIe).

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — Il est rappelé que la séance générale de 193o de la Réunion pathologique et climatologique de Montpellier aura lieu le samedi 29 mars 193o, à 17 h., à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'ordre du jour de cette Réunion comporte l'Etude des prurits et de leur traitement hydro-minéral.

Deux rapports seront présentés sur ce sujet, l'un par le professeur J. Margarot sur les *Bases physiopathologiques du traitement hydro-minéral des prurits*, l'autre par le docteur Jean Anglada (de La Bourboule) sur *Le traitement hydro-minéral des prurits.*

La Réunion accueillera toutes les communications relatives aux sujets rapportés, sous la réserve habituelle de l'assentiment du bureau. Elle admettra la collaboration et la participation de médecins étrangers à la Réunion.

Un dîner par souscription aura lieu dans la soirée du 29 mars, à l'hôtel de la Métropole; la souscription afférente à ce dîner est de 85 fr.

M. le professeur agrégé Puech, 32, rue de l'Aiguillerie, à Montpellier, reçoit actuellement les titres de communications, les demandes d'intervention, ainsi que les inscriptions au dîner du 29 mars.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — La session-Congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest se tiendra à la Faculté de médecine de Bordeaux les 25, 26 et 27 avril 193o.

Rapports :

1° *La pathogénie de l'insuffisance hépatique.* — Rapporteur : M. le docteur de Grailly, médecin des hôpitaux.

2° *Traitement hydro-minéral de l'insuffisance hépatique.* — Rapporteur : M. le docteur Petiteau, préparateur de physiologie à la Faculté.

SERVICE QUARANTENAIRE D'ÉGYPTE. — Le *Journal officiel* du 23 février 193o publie, p. 2034, l'avis d'un concours pour un poste de médecin dans le service quarantenaire.

Les candidats doivent être âgés de 25 ans au moins, de 40 ans au plus, savoir deux langues, dont l'une doit être le français ou l'anglais.

Les appointements mensuels sont de 40 à 50 livres égyptiennes, avec augmentation de 5 livres jusqu'au maximum de 60 livres égyptiennes.

Pour les conditions du concours se reporter au *Journal officiel.*

UNE RUE VARIOT. — Le Conseil municipal a été saisi d'une proposition tendant à donner à une rue de Paris le nom du regretté docteur Variot.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubert, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille; Barois, directeur honoraire du Service de santé de la 9e région; Belin (de Briec-de-l'Odet), Billon (de Paris), Casabianca (de Poggio-di-Nazza), Cérac (de Reims), Darin (de Chaville), Fragne (de Chalons-sur-Marne), Le Coz (de Pleylen), Naudet et Poupinel (de Paris), Pujol (de Tarascon-sur-Ariège), de Puyberneau et Recht (de Paris), Richard, médecin général, décédé à Besançon; Tremblay (de Paris), Vayssette (de Marseille); Hofgaard, étudiant en médecine, à Alger.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Fernando Magalhaes, de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, a fait en français avec un grand succès les conférences suivantes :

Le jeudi 27 février, il a traité « des maîtres de l'obstétrique française et de leur influence au Brésil ».

A la clinique Tarnier, dans le service de M. le professeur Brindeau il a exposé le vendredi 28 février « la bonne doctrine obstétricale opératoire : documents personnels ».

Il exposera le jeudi 13 mars, à la clinique Tarnier, à 10 h. 1/2 « les nouvelles orientations : la physiopathologie obstétricale ».

Il fera en outre les conférences suivantes : Clinique Baudelocque, à 11 h. (service de M. le professeur Couvelaire) : lundi 3 mars : « l'orientation obstétricale au Brésil : enseignements et recherches »; — lundi 10 mars : « considérations personnelles sur les infections puerpérales ».— Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, à 10 h. (service de M. le professeur J.-L. Faure) : vendredi 7 mars : « tradition et routine dans la conception actuelle de l'obstétrique ».

— COURS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE.— M. le professeur Rouvière commencera son cours le mercredi 5 mars 193o, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Anatomie de la tête, du cou et du thorax. »

— CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. H. ROGER.) — M. Léon Binet, agrégé de physiologie, commencera ses conférences de physiologie le vendredi 7 mars 193o, à 16 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. Verne, agrégé, commencera ses conférences le mardi 10 mars 193o, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « Histologie des organes. »

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. P. Moulonguet, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le mardi 11 mars 193o, à 17 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : « Tête. Cou. Rachis. »


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites, Abcès, etc.
aux Névralgies faciales
Intercostales, Sciatiques
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

UN CAS D'ANEVRISME ARTÉRIO-VEINEUX

Par le Professeur Henri HARTMANN.

Le malade, que je vous présente, est un homme âgé de quarante-six ans, qui est entré dans la clinique pour des contusions multiples consécutives à un accident de taxi. Je ne vous le montre pas pour les lésions qui l'ont fait transporter à l'hôpital, elles sont banales mais pour une lésion qu'a découverte, en l'examinant, un des internes du service.

En palpant la cuisse, il a été frappé de ce fait qu'il sentait au niveau de la partie moyenne de sa face antéro-interne, une sorte de bruissement particulier, comparable au bourdonnement d'une abeille, au bruit d'un rouet, au ronronnement d'un chat. Il y avait en ce point un *frémissement vibratoire*, comme l'on dit en France, un *thrill* pour employer le mot expressif que lui donnent les Anglais.

Lorsqu'on applique sur ce point un sthétoscope et qu'on l'ausculte, on entend un bruit de *souffle*, comparable au ronflement d'une toupie. *Le frémissement et le souffle sont continus, avec un renforcement au moment de la systole ventriculaire.*

La constatation de ces signes permet d'affirmer l'existence d'une *communication artério-veineuse*, dont le malade ignorait jusqu'ici l'existence.

Si le thrill, comme y a très justement insisté mon collègue Walther, peut être observé, sans que cette communication existe, sur des artères légèrement comprimées ou soulevées par une tumeur, il n'en est pas de même du souffle continu à renforcement systolique qui ne se rencontre que lorsqu'il existe une communication artério-veineuse.

Chez notre malade, et c'est un fait qui s'observe fréquemment, frémissement et souffle se retrouvent sur une grande étendue de l'artère, jusqu'au pli de l'aine en haut, jusqu'au creux poplité en bas, s'atténuant progressivement à mesure qu'on s'éloigne de la partie moyenne de la cuisse. La compression de la fémorale, au niveau du pli de l'aine, les fait disparaître, la compression en amont, au contraire, les augmente. De plus, fait intéressant, il existe un point très limité, dont la compression fait cesser souffle et frémissement. C'est le point qui correspond à la communication artério-veineuse.

Un autre fait intéressant à noter, c'est que les changements d'attitude du membre amènent des modifications dans l'intensité de ces symptômes. Lorsque le malade est couché sur le dos, le membre reposant à plat sur sa face postérieure, on ne les trouve qu'avec quelques difficultés; lorsque, au contraire, la cuisse est en légère abduction, ils prennent une intensité considérable. Ces modifications suivant l'attitude du membre ont été notés par d'autres observateurs.

On a attribué ces bruits au passage du sang artériel, dont la force d'impulsion est plus considérable que celle du sang veineux, à travers l'orifice de communication, ce passage s'accompagnant de la vibration des molécules de la veine liquide suivant les uns, de la vibration des parois membraneuses limitant la perforation pour les autres.

Bruits et vibrations augmentent tout naturellement au moment où le passage est plus considérable, au moment de la systole ventriculaire.

Depuis qu'il y a près de deux siècles, William Hunter et quelques années après lui, un Italien, Guattani, ont fait connaître cette maladie, de nombreuses observations ont été publiées. Dans certains cas, il existe simplement une communication entre l'artère et la veine, c'est la *phlébartérie simple*, la varice anévrismale; d'autres fois, il y a un véritable sac anévrismal qui, suivant les cas, se trouve entre les deux vaisseaux, sur l'artère ou sur la veine, d'où les noms d'*anévrismes artério-veineux intermédiaires*, *artériels* ou *veineux*. Jamais on ne voit de caillots dans le sac, contrairement à ce qui arrive habituellement dans les anévrismes artériels, ce qu'on a attribué à ce fait que la circulation très active empêche la stagnation du sang et aussi à cet autre fait, indiqué par Lecène, que la face interne du sac ne présente jamais d'endovascularite, contrairement à ce qu'on constate ordinairement dans les anévrismes purement artériels.

En général, l'artère se dilate, devient flexueuse au-dessus pour reprendre un calibre normal presque immédiatement au-dessous. On a même vu les artères dilatées décrire des circonvolutions multiples, donnant l'aspect des anévrismes dits cirsoïdes. Michon l'avait, il y a longtemps indiqué, Terrier l'a précisé. La veine, de son côté se dilate, sa tunique musculaire s'épaissit; à la coupe elle reste béante; elle s'artérialise comme l'avait dit autrefois Richet.

Dans quelques cas exceptionnels on a vu ces communications artério-veineuses s'établir à la suite de l'ouverture spontanée d'un anévrisme artériel dans la veine qui lui était accolé. A l'ordinaire, l'anévrisme artério-veineux succède à une lésion traumatique. Aussi, à l'époque où la saignée était très en faveur, les observait-on surtout au niveau du pli du coude.

Au cours de la grande guerre, de 1914 à 1918, on a vu de nombreux anévrismes artério-veineux, rarement à la suite de plaies par éclats d'obus, le plus souvent à la suite de plaies par balle. C'est le cas de notre malade. Au point où thrill et souffle ont leur maximum d'intensité, on voit sur la peau une petite cicatrice, de la grandeur d'une lentille. Il a eu la cuisse traversée par une balle qui a fait un trajet en séton, dont on voit un peu plus bas, sur la face postérieure, l'autre orifice.

La fréquence des anévrismes artério-veineux, au cours de la guerre, a fait qu'on les a étudiés d'une manière plus complète qu'antérieurement. On avait bien décrit des œdèmes durs, diffus, avec parfois un état éléphantiasique du membre, des sensations de pesanteur anormale, d'engourdissement pouvant aller jusqu'à amener une impotence fonctionnelle grave, des troubles trophiques, des modifications de la température locale, le plus souvent élévation, quelquefois abaissement, une faiblesse du membre, de l'atrophie musculaire, troubles en rapport surtout avec la gêne de la circulation veineuse, pouvant

aussi dépendre partiellement de la réduction de la circulation artérielle. On n'avait pas signalé le retentissement que peuvent avoir sur le cœur les anévrismes artério-veineux.

Ces accidents du côté du cœur ne sont cependant pas exceptionnels. Jacob et Sencert les ont notés 45 fois sur 313 observations recueillies pendant la guerre.

Dans quelques cas on a vu la surcharge cardiaque et la stase organique être telles qu'il existe une véritable asystolie. A cet égard, Leriche a publié une très intéressante observation. Son malade qui, comme le nôtre, ignorait la lésion dont il était porteur, vint demander une pension pour de l'éléphantiasis d'une jambe. Il avait de la dyspnée, de l'œdème des jambes, une forte albuminurie, un foie énorme, une grande dilatation du cœur avec des signes marqués d'insuffisance mitrotricuspidienne, La blessure datait de moins d'un mois. L'ablation du sac fit cesser tous les accidents; chez notre malade, bien que la blessure date de 1914 (quatorze ans) il n'y a aucun trouble fonctionnel du côté du cœur.

L'exploration minutieuse de la région malade ne nous a pas permis de constater l'existence d'une poche anévrismale, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas, car, dans les anévrismes artério-veineux, la poche, lorsqu'elle existe, est, en général petite.

Quelle ligne de conduite faut-il tenir?

La ligature artérielle en amont ne guérit pas l'anévrisme artério-veineux et fait courir de grands dangers de gangrène. Elle ne reconnaît, comme indications exceptionnelles que certains anévrismes siégeant sur des segments vasculaires privés de collatérales, ainsi que l'ont précisé Forgue et Makins.

La double ligature artérielle est, de même vouée à l'échec si la moindre collatérale débouche dans le sac.

L'indication est la *suppression de la communication artério-veineuse*. La quadruple ligature, l'extirpation avec ou sans réparation vasculaire, la séparation artério-veineuse suivie d'angioraphie, l'endo-anévrismorraphie avec suture de l'orifice artériel par voie endo-veineuse de Matas ont été conseillées. Leriche, après un exposé général de la question, regarde, comme le procédé de choix, la méthode de Matas.

Chez notre malade, étant donnée l'absence de tout accident après quatorze ans écoulés, nous croyons devoir nous abstenir de toute intervention.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des vésicules séminales, par Georges Luys, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien assistant du service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine. — *Vésiculectomie par voie périnéale et par voie inguino-périnéale combinée*, par Victor Pauchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel. Un beau volume in-8 de 300 pages avec 113 figures dans le texte et 2 planches en couleurs hors texte. — Prix : 50 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

LES

BASES BACTÉRIOLOGIQUES DE LA COQUELUCHE

LEUR APPLICATION AU DIAGNOSTIC ET A LA PROPHYLAXIE

Par Paul FOUCAUD,
Ancien interne des hôpitaux de Nantes,
Diplômé de l'Institut supérieur d'hygiène de la Faculté de Paris.

Le diagnostic précoce et le dépistage de la coqueluche présentent un intérêt thérapeutique et prophylactique indiscutable; cette redoutable maladie tuant surtout par ses complications plus de 3.000 enfants chaque année en France, il importe d'enrayer au plus vite l'extension de ses épidémies. Or, le diagnostic clinique est posé généralement chez l'enfant par la constatation des quintes, symptôme caractéristique à la période d'état; mais si elles ne sont pas nettes le médecin hésite et demande quelques jours pour affirmer la maladie. Or, depuis une semaine au moins l'enfant traverse une période catarrale éminemment contagieuse au cours de laquelle il n'est pas isolé, et dissémine la maladie. D'autre part, les coqueluches frustes, atypiques, sont fréquentes : chez le nourrisson où elles sont graves; chez l'adulte et le vieillard où elles prennent le masque d'une laryngite chronique, d'une toux nerveuse, même de tuberculose pulmonaire, formes atténuées dont Duverger a précisé les éléments de diagnostic (1). Ces affections longues et rebelles sont souvent des récidives prenant une forme ambulatoire; le diagnostic clinique est très difficile et les sujets disséminent autour d'eux la maladie.

La découverte du bacille spécifique par Bordet et Gengou en 1906 devait orienter les recherches pour permettre de faire par la bactériologie un diagnostic précoce et certain de la coqueluche.

***

1. Bactériologie de la coqueluche. — La difficulté à pousser sur les milieux usuels a été longtemps un obstacle à la découverte du germe spécifique. Nombreux furent les germes décrits comme l'agent causal; en 1906, Bordet et Gengou purent, grâce aux résultats de l'agglutination et de la déviation du complément, prouver l'authenticité du cocco-bacille déjà rencontré par eux en 1900; ils purent le cultiver sur milieu spécial (dit de Bordet) à l'extrait glycériné de pommes de terre et sang de lapin. Les travaux des années suivantes confirmèrent tous la spécificité de ce bacille; on a pu le retrouver chez des coquelucheux dans la trachée (Seiffert, Mallory) et surtout dans l'exsudat pharyngé de la période catarrale, rejeté au moment des quintes en fines gouttelettes. L'idée d'utiliser ces connaissances bactériologiques pour le diagnostic a été émise en 1916 par les médecins danois Meyer et Mme Chievitz; Mauritzen préconisa la méthode d'ensemencement

(1) Duverger. Formes atténuées et prophylaxie de la coqueluche, *Gaz. méd. de Nantes*, 15 fév. 1928.

de la toux. En France, ces travaux ne furent connus qu'après la guerre (thèses de Deflou, 1922; Dansac, 1924) puis repris, expérimentés et divulgués par MM. Debré (1), Pretet et Julien Marie dans l'excellente thèse de qui nous avons puisé pour élaborer cet article (2).

*
* *

II. **Pratique du diagnostic.** — Nous en résumerons les différentes phases, exposées en détail par Debré et ses collaborateurs, c'est-à-dire l'obtention d'une culture de bacille de Bordet-Gengou.

1. Choix du milieu de culture. — On emploie le milieu de Bordet légèrement modifié par Meyer qui substitue du sang défibriné de cheval au sang de lapin. Olga Povitzky, dans le but d'entraver le développement des saprophytes, acidifie le milieu par l'acide acétique. MM. Debré et J. Marie ont expérimenté ces deux milieux et préfèrent le premier sur lequel les colonies de Bordet-Gengou sont très nettes et qui ne noircit pas à l'étuve comme le milieu acidifié. De couleur rouge on lui ajoute 3 p. 100 de gélose et on le coule en de larges boîtes de Pétri de préférence en aluminium (pour l'envoi à distance) et doublées intérieurement de papier (pour éviter l'eau de condensation); il peut se conserver deux semaines.

2. Méthode d'ensemencement. — On peut obtenir une culture en étalant sur le milieu une parcelle de l'exsudat visqueux qui s'écoule après la quinte après délayage dans du sérum physiologique; mais cette méthode n'est pas pratique; il faut attendre une quinte, se servir d'une spatule et d'instruments stériles; d'autre part, elle est superflue, car à ce moment les quintes suffisent au diagnostic; de plus on ne peut dépister la maladie ni à la période catarrale, ni dans ses formes frustes. Le seul procédé à employer, tant à cause de sa simplicité que de sa précision, est celui de l'*ensemencement des gouttes projetées par la toux* imaginé par Mauritzen. Il suffit au moment d'un accès de toux (quinte typique ou toux de la période catarrale) d'ouvrir une boîte de Pétri préparée et de la maintenir à 10 centimètres de la bouche de l'enfant pendant quinze à vingt secondes. Il faut cependant prendre quelques précautions : n'ensemencer que lorsque se produit la « bonne toux », c'est-à-dire ne pas demander au patient de tousser, ne pas déclencher une toux artificielle par l'abaissement de la langue, comme cependant le conseillent Meyer et Chievitz, ce qui provoque l'hostilité de l'enfant, parfois un vomissement, et n'ensemence souvent que des saprophytes. Plus souvent que le médecin ce sera la mère qui, après explications suffisantes, pratiquera cet ensemencement au cours d'un accès naturel de toux. Le nombre de boîtes ensemencées (au moins trois) augmente les chances de cultiver le bacille. Immédiatement ou plus tard (le bacille de Bordet-Gengou peut résister plusieurs jours), les milieux sont mis à l'étuve à 37 degrés.

3. Identification. — Le troisième jour d'étuve, entre des colonies de saprophytes précocement apparues, se développent de fines colonies rondes, surélevées, blanchâtres, qui rapidement grandissent et prennent un aspect caractéristique : rondes, surélevées, à surface luisante, rappelant des gouttes de mercure, et, si le milieu est mince, entourées d'un halo d'hémolyse. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un cocco-bacille, immobile, gram négatif, se colorant en navette, le bacille de Bordet-Gengou. L'aspect macroscopique des colonies suffit à un bactériologue exercé pour différencier ce germe du bacille de Pfeiffer (qui se développe en vingt-quatre heures, donne des colonies plates et transparentes) du micrococcus catarralis (aux colonies fines et transparentes, fuyant devant le fil de platine et s'émulsionnant mal). Le repiquage sur milieux sans hémoglobine, où il pousse, et sur milieu de Bordet où il abonde, enfin l'agglutination, vérifient l'identité du bacille de la coqueluche. Debré et J. Marie ont noté que la culture est riche en Bordet-Gengou et pauvre en saprophytes, surtout à la période catarrale.

*
* *

III. **Résultats.** — Les résultats des auteurs français qui ont dépisté la coqueluche par la bactériologie concordent avec ceux des Danois. Voici la statistique de Meyer et Chievitz (1) : à la période catarrale, 80 p. 100 d'ensemencements positifs; à la première semaine des quintes : 57 p. 100; à la deuxième : 61 p. 100; à la troisième : 45 p. 100; à la quatrième : 40 p. 100; après la cinquième : 9 p. 100. C'est montrer clairement que la contagion atteint son maximum à la période catarrale préclinique, qu'elle diminue pendant les quintes pour être nulle après cinq semaines (nous reviendrons sur ce point). Ces chiffres portant sur 1.665 examens permettent d'affirmer qu'il n'y a pas de bacilles de Bordet-Gengou en dehors de la coqueluche; M. Debré ne pense pas qu'il existe des porteurs sains de germes. Des coqueluches frustes, des récidives, qui se produisent inévitablement au cours et parfois en dehors des épidémies, peuvent être bactériologiquement dépistées, comme l'ont fait Lawson et Muller pour 30 cas sur 259 résultats positifs, et Meyer et Chievitz pour un médecin et un instituteur responsables d'épidémies en raison de leur coqueluche fruste jusque-là ignorée.

*
* *

IV. **Prophylaxie de la coqueluche.** — Laissant de côté la question de dépistage de la coqueluche par les réactions d'agglutination ou de déviation du complément, de même la protection des sujets par les vaccins ou sérums (de Bordet ou de convalescent), nous exposerons les mesures prophylactiques

(1) Debré, Julien Marie et Pretet. Le diagnostic bactériologique de la coqueluche, *Presse méd.*, 5 janv. 1929.
(2) Julien Marie. Recherches bactériologiques et immunologiques sur la coqueluche, *Th. de Paris*, 1928; Jouve, édit.

(1) Rapporté par Madsen. *Soc. de biol.*, 1921, n° 8.

qu'il est logique de prendre d'après les données bactériologiques et leur mise en pratique.

1. ISOLEMENT DU COQUELUCHEUX. — Cette question est entièrement transformée par la bactériologie : l'isolement doit être effectué dès la période catarrale d'une huitaine de jours, époque la plus contagieuse, et se poursuivre les quatre premières semaines des quintes. On devra donc ensemencer la toux de tout enfant suspect de coqueluche et l'isoler jusqu'au résultat de la culture, c'est-à-dire trois jours. Plus l'évolution de la maladie est avancée, plus le nombre d'ensemencements positifs diminue, donc la contagion décroît. Après la quatrième semaine, 9 p. 100 des ensemencements restent positifs; or, à cette période, la contagion n'existe plus. Weill (de Lyon) avait depuis longtemps émis cette opinion, partagée par Comby et J. Renault, que la coqueluche n'est plus contagieuse dès la troisième semaine des quintes (1). Au Danemark, les enfants peuvent réintégrer l'école dès la cinquième semaine et jamais Meyer et Chievitz n'ont observé un seul cas de contagion. Il y a donc à cette période, fait observer Julien Marie, discordance entre la présence du bacille et non la contagiosité de la coqueluche. « Mais, écrit-il (2), il faut se souvenir que si la présence du bacille est la condition nécessaire, l'expérience montre qu'elle n'est pas la condition suffisante pour déterminer la contagion. Peut-être faut-il faire intervenir une question de densité microbienne, de virulence variable ou autre : peu importe car si intéressants que soient ces problèmes, ils font partie du domaine des hypothèses et il nous suffit de connaître la certitude : ce sont les faits qui nous la donnent ». La quarantaine légale de trente jours après la « fin des quintes », moment difficile à préciser est donc trop longue et devrait être ramenée à un isolement pendant un mois de maladie confirmée. Mais l'on sait l'épouvante avec laquelle les mères regardent un enfant qui tousse par quintes, et combien les préjugés sont tenaces même quand des faits scientifiques viennent en prouver la fausseté.

2. ISOLEMENT DES COQUELUCHEUX FRUSTES. — Ceux-ci seront recherchés par l'ensemencement de la toux dans l'entourage jeune et vieux des malades, à l'école, dans les familles, où l'on trouve souvent l'origine d'épidémies rapides et étendues en raison du caractère ambulatoire de ces cas atypiques; ils seront, bien entendu, isolés jusqu'à guérison.

3. ISOLEMENT ET VACCINATION DES SUSPECTS. — La contagion s'opérant le plus souvent à partir d'un malade (comme le témoignent les statistiques de la Whoping cough clinic), il est nécessaire d'isoler les personnes ayant été en contact avec un coquelucheux de faire des ensemencements en série. La période d'incubation variant entre six à quinze jours, on ne pourra considérer ces sujets indemnes pas avant vingt jours d'observation; s'ils ne sont pas immunisés, la vaccination doit être pratiquée. La prophylaxie vis-à-vis des sujets en contact sera particulièrement sévère dans les crèches et pouponnières dans lesquelles la coqueluche se montre très meurtrière.

4. MISE EN PRATIQUE. — Le diagnostic de la coqueluche est donc simple et d'une grande portée pratique. Pour son plein rendement, il nécessite de la part des médecins une connaissance de son intérêt et de sa facilité; d'autre part, il exige un laboratoire, véritable centre de prophylaxie, comme en existent plusieurs au Danemark, où les milieux de culture sont préparés et tenus à la disposition des médecins. Ces boîtes leur sont envoyées sur demande par lettre ou mieux par téléphone. L'ensemencement effectué, les boîtes de Petri sont renvoyées au laboratoire. Le résultat de l'ensemencement est transmis au médecin par téléphone ou télégramme. Ainsi en cinq jours au maximum l'on peut poser ou écarter avec certitude un diagnostic de coqueluche.

Ainsi qu'il doit en être pour toute méthode simple et efficace, le diagnostic bactériologique de la coqueluche doit entrer dans la pratique médicale pour réduire l'extension et la mortalité trop grande de cette maladie.

(1) *Congrès de méd. de Lyon*, 1894; — *Journ. de méd. de Lyon*, 1921. — WEILL et PÉHU. *Semaine méd.*, 1901, p. 385.

(2) Loc. cit., p. 71.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1930)

M. BABONNEIX cède la présidence de la Société à M. J. LHERMITTE.

M. BABONNEIX dépose sur le bureau de la Société son nouvel ouvrage sur l'*Hérédo-syphilis du système nerveux*.

Résultats de sutures et de greffes nerveuses. — MM. ANDRÉ-THOMAS et G. PETIT-DUTAILLIS présentent une malade qui en tombant sur une vitre cassée, s'était fait une hémi-amputation du bras, avec section de l'artère humérale, de l'humérale profonde, du nerf radial, du médian et du cubital. Une intervention d'urgence, faite la nuit dans de très mauvaises conditions d'outillage et d'éclairage, ne permit pas de faire de suture vasculaire; il fallut se contenter de lier les deux bouts de l'humérale et de l'humérale profonde, de faire une suture grossière du nerf radial au catgut et de tenter une suture de ce qui semblait être le médian.

La plaie opératoire guérit *per primam*, et, au bout d'un mois, il y avait un retour de motilité et de sensibilité très net dans le territoire du radial. Mais aucun signe de restauration n'apparaissait dans le territoire médian et cubital.

Une nouvelle intervention permit de constater que le bout supérieur du médian avait été suturé au bout inférieur du cubital au cours de l'intervention d'urgence. Il y avait, en réalité, après résection du tissu cicatriciel interposé, perte de substance de 7 centimètres sur le médian, de 8 centimètres sur le cubital. Le déplacement de ce dernier nerf au-devant de l'épitrochlée permit de réduire l'intervalle à 5 centimètres. Mais il fallut plusieurs greffons prélevés extemporanément sur un chien vivant, et complété par des fragments du brachial cutané interne de la blessée elle-même, pour réaliser la liaison entre les extrémités des deux nerfs.

La malade souffrit d'abord beaucoup, surtout du pouce et de l'index. Puis l'accalmie se fit, et les mouvements reparurent, non plus seulement dans le territoire radial, mais aussi

dans le domaine du médian (grand palmaire, fléchisseur des doigts, éminence thénar) et du cubital (cubital antérieur). Les troubles trophiques et vaso-moteurs se sont beaucoup atténués. M. André-Thomas étudie les troubles pilo-moteurs, les phénomènes de répercussivité sympathique et les erreurs d'aiguillage sensitifs, que l'on note chez cette malade.

Encéphalomyélite aiguë disséminée du type de la sclérose en plaques, avec syndrome de Parinaud et à signe d'Argyll-Robertson transitoire. — MM. Guillain, Cournand et Rouquès présentent une femme de quarante-cinq ans chez laquelle s'est manifesté très rapidement, il y a dix mois, un syndrome diffus caractérisé par une hémiplégie, par des troubles oculaires et par une atteinte discrète de divers paires craniennes. Des caractères spéciaux de cette hémiplégie, l'abolition bilatérale des réflexes abdominaux, l'existence de modifications du liquide céphalo-rachidien avec réaction du benjoin subpositive et réaction de Wassermann négative, donnent à penser que cette encéphalomyélite aiguë se rapproche bien plus de la sclérose en plaques que de l'encéphalite épidémique.

Les auteurs insistent sur les troubles oculaires spéciaux présentés par le malade : tout d'abord un syndrome de Parinaud; puis des troubles des réactions pupillaires, dont l'évolution a été la suivante : on note successivement un signe d'Argyll-Robertson du côté gauche, puis une diminution bilatérale du réflexe lumineux, avec persistance du réflexe à l'accommodation; actuellement enfin la réaction reste très faible à gauche et est presque normale à droite. Les auteurs rappellent quelques observations analogues, qui ont été publiées principalement dans la littérature étrangère.

Un cas de paralysie ascendante de Landry. — MM. G. Roussy, Huguenin et Mlle Parturier présentent un malade qui a été atteint, il y a huit mois, de polynévrite affectant successivement les membres inférieurs, puis les membres supérieurs. Après un stade quadriplégique, cette malade a guéri complètement. La paralysie est survenue au cours d'un traitement radiothérapique pour cancer des cordes vocales, chez un malade qui présentait des signes d'insuffisance rénale et qui recevaient de petites doses continues d'hypnotique. La pathogénie de la polynévrite peut donc prêter à discussion.

La narcolepsie-cataplexie, symptôme révélateur et unique de l'érythrémie occulte (maladie de Vaquez). — MM. J. Lhermitte et E. Peyre. Le malade présenté est particulièsement intéressant, parce qu'il montre que la narcolepsie la plus typique associée à la cataplexie, c'est-à-dire le syndrome de Gélineau le plus pur peut apparaître comme la seule manifestation extérieure de la polyglobulie primitive ou maladie de Vaquez.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, qui, depuis trois ans, présente quotidiennement des crises de narcolepsie répétée associées à la perte du tonus subite, en rapport avec un état émotionnel.

L'examen neurologique le plus minutieux ne permet de reconnaître aucune modification des fonctions nerveuses non plus que des fonctions endocriniennes. Les réactions végétatives sont normales de même que la pression artétielle; le liquide céphalo-rachidien n'est modifié ni physiquement ni chimiquement. La selle turcique est également normale de tout point.

Malgré l'absence complète de tout symptôme permettant de suspecter une érythrémie, le malade fut soumis à un examen hématologique complet, qui révéla le taux de 8.800.000 globules rouges et de 7.500 globules blancs. Le temps de saignement est raccourci, la coagulation presque nulle.

Une telle observation tend à démontrer qu'il n'y a pas de narcolepsie essentielle ou idiopathique.

Un cas d'alexie consécutive à l'ablation d'une tumeur occipitale. — M. Cl. Vincent, à propos du cas d'alexie rapporté à la dernière séance par MM. J. Lhermitte et J. de Massary, présente l'observation d'une jeune femme, qui présentait des signes d'hypertension cranienne avec hémianopsie homonyme, sans alexie, et chez laquelle il a découvert, à la ponction ventriculaire, une tumeur kystique du bourrelet du corps calleux, avec compression du lobe occipital. Cette malade, qui ne présentait aucun trouble de la lecture avant l'intervention, était devenue alexique pure aussitôt après. Or, la tumeur intéressait les radiations optiques et le faisceau longitudinal inférieur, dont la lésion ne déterminait pas l'alexie. Les conditions dans lesquelles l'opération a été faite conduisent l'auteur à penser que l'alexie a été le fait de la lésion de la substance blanche sous-corticale, au niveau des fibres qui relient le pli courbe au lobe occipital (Dejerine), au voisinage du splenium (Foix).

De tels faits montrent quelle intéressante contribution la chirurgie nerveuse peut apporter à la physiologie.

M. J. Lhermitte pose la question des hallucinations visuelles dans les tumeurs du lobe occipital ou pendant les interventions pratiquées à l'anesthésie locale sur cette région. MM. Cl. Vincent, de Martel ont observé des hallucinations élémentaires par lésion occipitale, mais, d'après trois observations de M. de Martel, les hallucinations complexes sont le fait des tumeurs du lobe temporal.

Le malade de M. Cl. Vincent, comme le malade de MM. J. Lhermitte et de Massary présentaient, outre leur alexie, des troubles de l'orientation spatiale. Selon la remarque de M. Faure-Beaulieu, l'alexie est pure de toute aphasie, mais non de toute agnosie visuelle.

Paralysie transitoire de l'altitude. — MM. Béhague et Garsot ont observé, chez un homme qui avait été amené, dans un caisson, à l'altitude artificielle de 13.800 m., une hémiplégie droite transitoire. Après retour au sol, l'hémiplégie disparut complètement en un quart d'heure, mais les réflexes correspondants, qui étaient abolis, ne reparurent que le lendemain.

Un lot de lapins soumis aux mêmes variations de pression ont montré, chez quelques sujets d'expérience (3 ou 4 sur 200 lapins), des phénomènes analogues, qui ont disparu en quelques jours ou en quelques semaines.

Tumeur cérébelleuse. — MM. L. Babonneix et J. Sigwald présentent une tumeur, du volume d'une grosse noix, qui s'était creusé une fossette dans l'hémisphère cérébelleux gauche. Isolée, facile à énucléer, elle aurait été très accesible à l'intervention chirurgicale. Malheureusement, dans ce cas, aucun signe d'hypertension intracranienne, et, en particulier, aucune strase papillaire. D'autre part, les signes cérébelleux étaient bilatéraux, ce qui expliquait le refoulement de tout le cervelet par la tumeur, que l'examen histologique a permis de ranger parmi les méningiomes. Aucun diagnostic n'était donc possible.

Considérations sur la pathogénie de la neuro-syphilis et sur ses rapports avec la biologie du spirochète pâle. — MM. G. Marinesco, O. Sager et D. Grigoresco.

Syndrome répercussif sympathique régional d'origine auriculaire. — MM. L. Cornil et P. Kissel rapportent l'observation d'une malade qui, à la suite d'opérations répétées pour suppuration continue de l'oreille moyenne et de la mastoïde a présenté un syndrome répercussif sympathique caractérisé par : 1° des phénomènes d'irritation sympathique survenant par crises à l'occasion d'attouchements au niveau de la caisse du tympan (rougeur de la face, du cou, de la poitrine et du bras (douleurs violentes et œdème du bras); 2° des symptômes de même ordre permanents : rougeur de la pommette, mydriase, canitie du côté atteint, diminution de l'indice oscillométrique au bras. L'épreuve du bain chaud décèle un dérèglement vaso-moteur considérable, la pilocarpine une sudation plus marquée du côté atteint.

Ils rattachent ce phénomène de répercussivité régionale, suivant l'expression d'André Thomas, à une origine centrale, et interprètent les voies centripètes et centrifuges suivies par le réflexe.

Macrogénitosomie précoce, hydrocéphalie et tremblement intentionnel. — MM. L. CORNIL, HENNEQUIN, KISSEL et SIMONIN rapportent une observation et présentent les radiographies craniennes, ainsi que les photographies, d'un nouveau cas de puberté précoce observé chez un petit malade qui présente des signes d'hypertension intracranienne à évolution récente. Il existe, en outre, un tremblement statique et cinétique droit, avec parésie du droit externe, ainsi qu'une hydrocéphalie marquée. Ces derniers faits seraient congénitaux d'après les renseignements donnés par l'entourage. La radiographie ne montre dans ce cas qu'une destruction des clinoïdes antérieures et postérieures et aucune modification n'est appréciable au niveau de la pinéale.

Macrogénitosomie précoce. Arriération mongoloïde avec adénomes sébacés du visage. Sclérose tubéreuse probable. — MM. L. CORNIL et P. KISSEL rapportent l'observation et présentent les radiographies craniennes d'un cas de syndrome de puberté précoce observé chez un enfant arriéré mongoloïde présentant en outre des malformations diverses : macroglossie, macrocheilie, adénomes sébacés.

Les auteurs rapprochent ce fait des publications antérieures de Knud Krabbe de sclérose tubéreuse associée à la macrogénitosomie précoce.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1930)

Election du bureau. — M. Terrien, président; Mme Nageotte-Wilbouchewitch, vice-présidente; M. J. Hallé, secrétaire général ; MM. Ribadeau-Dumas et Huc, secrétaires des séances ; M. Huber, trésorier.

Atonie musculaire congénitale avec symptômes anormaux. — MM. BABONNEIX et SIGWALD présentent un enfant de cinq ans, atteint de maladie d'Oppenheim, et chez lequel on constate des rétractions tendineuses étendues et une réaction myasthénique. Le premier de ces deux symptômes est rare, bien que déjà signalé par Oppenheim lui-même; le second autorise à se demander, avec les réserves d'usage, s'il n'y aurait pas lieu d'élargir les cadres de l'atonie musculaire congénitale.

Traitement des hanches luxables. — MM. HUC et N. POULIQUEN présentent deux enfants traités à quatorze et seize mois pour des hanches luxables. Ces malades furent cliniquement et radiologiquement guéris en un an en les mettant quatre à six heures par jour sur un cheval de bois maintenant les cuisses en abduction; un étrier fixait, en outre, les membres en rotation interne. Un coussin permettait de conserver cette position pendant la nuit. Ces malades, suivis pendant trois ans, restent actuellement guéris.

Les auteurs rappellent à ce propos que :

1° Cette méthode est applicable aux seules hanches luxables se réduisant spontanément quand on les met en « première position de Lorenz ». Il vaut mieux dans les autres cas employer l'immobilisation plâtrée.

2° Cette méthode a fait ses preuves, car elle est employée en France depuis 1910 : elle mérite le nom de méthode de Froelich.

Sur la tolérance du nourrisson pour le gardénal. — Mlle G. DREYFUS-SÉE rapporte l'observation d'un nourrisson de deux mois qui prit pendant huit jours, par suite d'une erreur maternelle, une dose de gardénal de près de 2 centigrammes par kilog répartie dans sept biberons. Il n'en est résulté aucun trouble digestif ni nerveux.

L'auteur insiste sur l'absence de troubles pendant la période d'accoutumance au gardénal chez les jeunes enfants et indique la possibilité d'administrer en cas de convulsions graves une dose élevée de gardénal à condition de la fractionner en de nombreuses prises. Le médicament s'élimine rapidement sans aucune accumulation dans l'organisme; il est parfaitement toléré dans le jeune âge, sa posologie restant très au-dessous des doses toxiques expérimentales minima.

M. BABONNEIX a pu donner jusqu'à 6 et 7 centigrammes de gardénal à des nourrissons d'un mois ou deux.

M. MARFAN emploie chez les jeunes enfants des doses initiales de 3 à 4 centigrammes.

M. LEREBOULLET estime qu'il faut augmenter la dose jusqu'à obtention du résultat cherché, quelle que soit la dose atteinte. Il a pu ainsi donner sans aucun phénomène d'intolérance des doses de 12 à 15 centigrammes de gardénal.

Un cas d'acrodynie avec réaction méningée latente. — MM. Marcel LELONG et Jacques ODINET rapportent l'observation d'un nourrisson de huit mois atteint d'acrodynie typique (cris incessants, insomnie, troubles psychiques, œdèmes, érythèmes et crises sudorales prédominant aux extrémités) chez lequel plusieurs ponctions lombaires mirent en évidence l'existence d'une réaction méningée cliniquement latente. Ils insistent, d'autre part, sur la guérison rapide après un traitement par des injections intramusculaires d'acétylcholine. Ce traitement leur paraît une suggestion thérapeutique intéressante.

Angine et laryngite pseudo-membraneuses à pneumocoques. — M. WEILL-HALLÉ et Mlle PAPAIOANNOU rapportent une observation où le diagnostic clinique d'angine pseudomembraneuse et de laryngite suffocante ayant nécessité le tubage n'a pas été suivi, contre toute atteinte, d'une confirmation bactériologique de diphtérie. L'ensemencement d'une fausse membrane retirée avec le tube et celui de l'exsudat pharyngé permirent de conclure à la nature pneumococcique de la maladie.

Ascite hémorragique cryptogénétique chez une fillette de trois ans. — M. WEILL-HALLÉ et Mlle PAPAIOANNOU rapportent l'observation d'une enfant atteinte d'ascite hémorragique de grande abondance. Tous les examens cliniques, bactériologiques, sérologiques et radiologiques ayant été négatifs, ils durent éliminer l'hypothèse de tuberculose, de syphilis ou de néoplasie congénitale. Cet enfant se maintient dans un excellent état malgré l'absence de traitement sérieux.

Un cas de lambliase intestinale. — M. René MATHIEU relate l'observation d'une enfant de sept ans tourmentée depuis sa naissance par un prurigo strophulus chronique; ayant découvert des kystes de lamblia dans les selles, il traite et guérit en quelques jours l'enfant par une cure d'arsenic et d'émétine. L'auteur insiste sur la nécessité de penser à la lambliase, même dans la région parisienne, chez les enfants atteints de troubles digestifs résistant aux traitements diététiques usuels.

Rhumatisme articulaire aigu à forme péritonéale. — MM. LESNÉ et Clément LAUNAY rapportent le cas d'un enfant de huit ans chez qui ont apparu brusquement des signes de péritonite aiguë identiques à ceux d'une péritonite à pneumocoques; dans la suite se développent une série d'arthrites de type rhumatismal, puis une péricardite sèche. L'efficacité du traitement salicylé vis-à-vis de ces divers accidents, l'apparition à un mois d'intervalle d'une récidive caractéristique de rhumatisme articulaire aigu confirment qu'il s'est agi d'une localisation rhumatismale sur le péritoine.

Sur douze cas de diphtérie maligne observés à l'hôpital Hérold. — M. ARMAND-DELILLE et Mme ROUDINESCO-WEISS rapportent douze cas de diphtérie maligne observés de mai à octobre 1929 à l'hôpital Hérold :

Cinq atteints de diphtérie maligne d'emblée sont morts moins de trente-six heures après leur entrée à l'hôpital.

Six ont été longuement traités et sont cependant morts neuf à quinze jours après leur entrée avec un syndrome secondaire tardif.

Un seul enfant a survécu; il avait été vacciné l'année précédente, fait intéressant à retenir, mais qui ne permet pas de tirer de conclusions.

Dans tous les cas mortels, les auteurs ont observé le vomissement comme signe précurseur de la mort, ainsi que M. Marfan l'avait bien mis en lumière.

En ce qui concerne la thérapeutique, ils ont constaté l'inefficacité de la médication adrénalinique et surrénale, des injections intraveineuses d'ouabaïne qui ont peut-être prolongé les malades, mais n'en ont sauvé aucun. De même, le sérum à doses élevées s'est montré inefficace, et seules les injections des deux premiers jours se sont montrées actives.

M. NETTER préconise dans ces cas graves de tenter précocement l'abcès de fixation.

M. GUILLEMOT estime que le pronostic est grave si l'azotémie est élevée; dans ces cas, il conseille de faire d'emblée des doses élevées de sérum, puis de cesser rapidement.

M. LEREBOULLET rappelle le rôle des infections associées dans la diphtérie maligne, et l'utilité des hémocultures en pareil cas. Il insiste, d'autre part, sur la nécessité de faire d'emblée des doses élevées de sérum; il faut frapper fort, mais pas très longtemps.

M. WEILL-HALLÉ associe aux injections sous-cutanées et intramusculaires de sérum, précoces et massives, l'injection intraveineuse dans les cas de diphtérie maligne où il faut intervenir énergiquement et rapidement.

M. LESNÉ diminue les doses de sérum à partir du quatrième ou du cinquième jour, et insiste sur les bons effets des injections répétées d'ouabaïne.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE QUELQUES SYMPTÔMES NERVEUX CHEZ LES ENFANTS (1).

Par le docteur BÉNECH.

Les troubles nerveux les plus divers se rencontrent chez les enfants et même chez les nourrissons : nervosité, hyperexcitation, agitation, cris paroxystiques requièrent fréquemment l'attention des parents et l'intervention du médecin; si des soins spéciaux doivent être donnés, soit par le spécialiste soit par le dentiste, il se produit également des crises d'obsession, de phobie irraisonnée, d'hypernervosité; enfin, comme le fait justement remarquer l'auteur, chez les enfants plus âgés, le surmenage scolaire joue un très grand rôle. De nombreux médicaments ont été préconisés depuis la valériane jusqu'aux barbituriques les plus énergiques; sans doute, dans certains cas, le somnifène est excellent à la dose de II, V et X gouttes selon l'âge et l'on connaît les parfaits résultats obtenus par Guesné de son emploi systématique dans la coqueluche; dans d'autres cas, le bromure suffit, en particulier sous forme de sédobrol qui est toujours très bien accepté et toléré; mais M. Bénech donne la préférence à l'allylisopropylacétylcarbamide (sédormid). On sait ce qu'est le sédormid; c'est un uréide, mais un dérivé à chaîne droite dans lequel un des hydrogènes du groupe aminé a été remplacé par le radical allylisoprophylacétique. A l'expérimentation physiologique, le sédormid s'est montré pour ainsi dire atoxique et l'expérimentation clinique (voir thèses Perget et Tibi) a démontré qu'il ne possédait aucun effet nocif sur les principaux appareils. C'est pourquoi l'auteur n'hésite pas à le conseiller chez les enfants; il a pu constater, en effet, combien cet hypnogène doux était bien supporté, à la dose d'un demi ou même d'un comprimé le soir, au moment de se mettre au lit, dans une tasse d'infusion de tilleul ou de feuilles d'oranger. Cette médication est très bien tolérée par les enfants et donne de très bons effets. Chez les adultes, bien entendu, la dose peut être doublée et même triplée sans aucun inconvénient, dans tous les cas d'insomnie légère, par surmenage, par préoccupation et aussi dans les cas de petite anxiété, où il semble vraiment que le médicament ait une action tout à fait spéciale, ainsi que l'a fait remarquer, par exemple, M. Tibi dans son travail inaugural.

(1) *Pratique médicale française*, Paris, 1929, mai B.

LIVRES NOUVEAUX

La Tuberculose cardio-vasculaire. Le cœur des tuberculeux (1), par Adrien PIC, médecin des hôpitaux, professeur de clinique médicale et Léon MORENAS, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Si l'on en excepte la péricardite, décrite dans tous les traités classiques, les déterminations de la tuberculose sur l'appareil cardio-vasculaire sont, en général, mal connues. Jusqu'à ce jour, si l'on voulait acquérir quelques notions à leur sujet, on devait, à grand'peine, rechercher dans la littérature médicale des éléments épars et disparates. Ces publications isolées ne permettaient nullement de se faire une opinion d'ensemble sur la fréquence, les modalités anatomo-cliniques et la signification au point de vue de la pathologie générale de la tuberculose de l'appareil circulatoire.

Le professeur A. Pic et le docteur L. Morenas ont voulu combler cette lacune, et, à ceux qui considéreraient comme une entreprise paradoxale le fait de consacrer un livre didactique à la tuberculose du cœur et des vaisseaux, ils démontrent, avec arguments tirés des faits eux-mêmes, que c'est faire œuvre purement clinique.

L'anatomie pathologique tient une place d'autant plus importante dans leur exposé qu'il importe d'authentifier des lésions qui se cachent le plus souvent sous un anonymat difficile à percer.

Les données spéciales que comporte le problème thérapeutique sont également envisagées.

Les auteurs ont rassemblé en quelques chapitres les notions classiques et récentes sur le cœur, la tension artérielle et veineuse chez les tuberculeux. Comme il s'agit de faits mieux connus, ils en ont fait un exposé bref à seule fin d'opposer le caractère souvent bruyant des troubles circulatoires des tuberculeux à l'allure habituellement torpide des lésions spécifiquement tuberculeuses du cœur et des vaisseaux.

C'est surtout, en effet, au point de vue de la pathologie générale de la tuberculose elle-même, du développement insoupçonné de cette infection chronique dans le domaine cardio-vasculaire que ce beau livre acquiert son principal intérêt : il s'adresse non seulement au cardiologue et au phtysiologue mais aussi à tout médecin qui chaque jour placé en face de la tuberculose, est désireux d'en connaître tous les aspects.

L. G.

(1) Un volume in-8 de 300 pages avec 15 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonné ; 65 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

La « Pratique médicale illustrée ».

Les éditions G. Doin et Cie publient sous la direction du professeur E. Sergent une *Pratique médicale illustrée* d'une conception nouvelle et originale.

Cette publication paraît par fascicules de 50 pages environ, chaque fascicule ne traitant qu'un seul sujet de manière à permettre le classement par ordre alphabétique. Elle comprendra une série d'articles d'actualité, intéressant la pratique médicale, écrits par l'auteur le plus qualifié pour traiter chaque question, et dotés, toutes les fois que le sujet s'y prêtera, d'une illustration impeccable.

Lorsqu'un des articles traités dans la *Pratique médicale illustrée* cessera d'être au courant de la science, pour une raison quelconque, il sera remplacé, immédiatement et à quelque époque que ce soit, par un nouvel article de mise au point, sur le même sujet, qui constituera une nouvelle édition de la livraison dans laquelle il aura pris place.

Au bout de quelques années, la publication formera une véritable bibliothèque d'actualité de pratique médicale, écrite par les auteurs les plus désignés par leur expérience et leur enseignement, et qui restera toujours au courant de la science.

Pour faciliter le rangement les éditeurs peuvent fournir un étui-classeur (12 fr.) ayant l'apparence d'un volume relié pouvant contenir 10 à 20 fascicules.

Les quatre premiers fascicules viennent de paraître. Le professeur Marfan traite avec sa maîtrise habituelle de l'importante question du *rachitisme*. Toute l'étiologie, la pathogénie et le traitement sont présentés tels qu'on peut les comprendre aujourd'hui.

L'*emphysème* du professeur Bard est une parfaite mise au point d'une des affections qu'on croit le mieux connaître. Le diagnostic et le traitement sont étudiés avec clarté.

La méthode de Whipple pour le traitement des *anémies* est à l'ordre du jour. Le docteur Noël Fiessinger traite cette question avec précision. Son travail sera un guide infiniment précieux pour la pratique courante.

Le quatrième fascicule est consacré au *Rhumatisme blennorragique*. MM. Ravaut et Boulin en font une belle étude; ils envisagent les diverses formes classiques, exposent les modalités évolutives, le pronostic variable et indiquent la thérapeutique à suivre.

Les autres fascicules sous presse sont consacrés au *Traitement médico-chirurgical des pleurésies purulentes* par Dumarest, aux *Tachycardies permanentes paroxystiques* par C. Lian, au *Diabète sucré* par P. A. Carrié, aux traitements modernes de la *paralysie générale* par Sézary, à l'*Eczéma du nourrisson* par E. Lesné.

L. G.

NOTES DE PRATIQUE

LA GRIPPE ET SES SUITES

La grippe, dans ses manifestations polymorphes, commande, à défaut de médication spécifique, une médication symptomatique.

Comme dans toutes les maladies infectieuses, le problème qui se pose dans la grippe est d'enrayer la pullulation microbienne, de neutraliser les toxines, de soutenir le cœur.

Le Cétémol, par ses éléments volatils et fortement antiseptiques, répond au mieux aux données de ce problème, et en période épidémique le Cétémol, par voie buccale, constitue un préventif de choix.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES INTRACRANIENS

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Complication précoce des traumatismes craniens, les épanchements sanguins intracraniens se groupent en deux grandes variétés qui s'opposent :

1° **L'hématome extradural** qui siège entre le crâne et la dure-mère; se rencontre surtout chez l'adulte, car la dure-mère adhère à l'os chez l'enfant et le vieillard; donne une symptomatologie compressive à évolution croissante.

C'est une forme essentiellement curable par un *traitement chirurgical d'urgence*.

2° **L'hémorragie sous-durale** peut être plus fréquente à l'état isolé que la précédente; elle donne des symptômes méningés. C'est souvent une hémorragie *obstétricale*. Diffuse, elle reste le plus souvent en dehors du domaine de la chirurgie.

Mais il faut bien saisir qu'il existe entre ces deux types place pour de nombreuses formes de transition, *hémorragies sous-durales localisées ou hémorragies mixtes*, types fréquents dont le diagnostic et l'indication opératoire sont difficiles à poser.

ÉTIOLOGIE

Les hémorragies intracraniennes traumatiques se rencontrent avant tout chez l'adulte.

Ce sont surtout les *fractures du crâne* (voûte ou voûte irradiée à la base, rocher) qu'elles soient ouvertes ou fermées, plus rarement les traumatismes sans fracture, qui sont en cause.

Certaines régions plus fréquemment donnent lieu à ces hémorragies : c'est l'*étage moyen du crâne*, sa région temporo-sphénoïdale.

Cependant l'hématome extradural isolé semble moins fréquent qu'on ne le croyait autrefois.

Chez le nouveau-né ce sont certains *traumatismes obstétricaux* (*forceps*, surtout au détroit supérieur; manœuvres sur tête dernière) qui déterminent l'hémorragie sous-durale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° **Hématome extradural.** — Dans la règle, l'épanchement débute et s'organise dans une zone décollable de la dure-mère atteignant en avant la petite aile du sphénoïde, en bas un point situé à 20 ou 30 millimètres du sinus latéral, en arrière un point à 20, 30 millimètres de la protubérance occipitale, en haut une ligne à 3 centimètres de sa ligne médiane. C'est la classique *zone décollable* de Gérard Marchant.

Suivant la localisation de l'hématome dans cet espace on a pu définir trois variétés anatomiques d'hématome :

Antérieure ou fronto-pariétale,
Moyenne ou temporale,
Postérieure ou occipitale.

Ces distinctions n'ont pu être conservées en clinique.

C'est l'*artère méningée moyenne* ou ses branches, surtout l'antérieure, qui saigne. Plus rarement l'hémorragie provient soit d'un sinus (sinus longitudinal supérieur, latéral ou de Breschet) — soit du diploé — soit d'un gros vaisseau (carotide), exceptionnellement. Ces données expliquent les difficultés qu'on rencontrera au cours de la trépanation pour atteindre et lier le vaisseau qui donne.

L'hématome est le plus souvent localisé au côté de la blessure; mais on peut quelquefois voir un *hématome par contre-coup* de l'autre côté, soit associé soit isolé.

L'*aspect* de l'hématome est toujours caractéristique : dans les premières heures on ne trouve que du sang liquide. Rapidement par auto-compression et coagulation l'hémorragie se tarit. On a alors le caillot classique, lenticulaire, biconvexe, comprimant le cerveau, adhérant intimement à la dure-mère.

Au-dessous il existe parfois des hémorragies sous-durales ou un foyer de contusion encéphalique : la dure-mère alors ne revient pas et ne bat pas après évacuation de l'hématome.

L'*arrêt* spontané de l'hémorragie est de règle. Sa résorption étant nulle, l'hématome subsiste à l'état de corps étranger *compressif*, aggravant les lésions nerveuses, et pouvant s'infecter s'il communique avec l'extérieur.

2° **Hémorragies sous-durales.** — Les hémorragies sous-durales sont *diffuses*, elles occupent parfois tout l'espace sous-arachnoïdien.

Elles sont *extensives* : d'abord unilatérales elles gagnent l'autre côté. Cependant parfois elles restent cloisonnées, réalisant des *formes localisées* d'un diagnostic délicat et qui peuvent être chirurgicales.

Leur source, ce sont les *vaisseaux pie-mériens*, surtout les veines, soit du côté traumatisé soit de l'autre côté par contre-coup. Parfois c'est un sinus, surtout le sinus longitudinal supérieur. Exceptionnellement une artère méningée, des vaisseaux cérébraux.

A l'intervention, l'aspect bleuâtre, la tension de la dure-mère sont caractéristiques.

A l'incision on trouve du sang poisseux et noirâtre, des caillots diffluents.

L'arrêt de l'hémorragie est tardif et précaire : l'hémorragie est *récidivante*. Elle se *résorbe très lentement* et mal : il en restera toujours des séquelles.

3° **Formes mixtes.** — Les formes d'association ne sont pas rares. L'intervention est presque toujours inefficace, d'autant que dans beaucoup de ces cas l'existence fréquente de *lésions encéphaliques* aggrave considérablement le pronostic.

SYMPTOMES

1° **Hématome extradural.** — Les symptômes évoluent schématiquement en trois phases : immédiatement après la blessure, le sujet est dans la phase commotionnelle. Puis les phénomènes se dissipent, et pendant plusieurs heures il ne subsiste plus que des symptômes banaux de fracture du crâne. Enfin progressivement apparaissent les symptômes compressifs caractéristiques.

Il existe donc une phase latente, *intervalle libre ou lucide*, entre les signes de fracture et les signes de début de la complication.

Intervalle lucide. — Cette période est en réalité très variable.

Dans les cas typiques l'intervalle dure plusieurs heures (vingt-quatre, quarante-huit) pendant lesquelles la lucidité, la connaissance sont complètes, et il n'y a aucun symptôme fonctionnel. Mais il peut être beaucoup plus bref (deux ou trois heures ou même quelques minutes), passer inaperçu ou même manquer. Dans ce cas le blessé passe *sans transition* du coma commotionnel au coma hémorragique.

Il n'y a donc qu'un élément constant ; l'apparition tardive du *syndrome de compression*.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

NOUVEAU RAPIDE ENTRE PARIS ET LA CÔTE D'AZUR. — Un nouveau rapide de nuit de 1re et de 2e classe circule dans chaque sens entre Paris et Vintimille. Ce train comporte des lits-salons avec draps, des lits-salons ordinaires et des couchettes.

Départ de Paris, 21 h. 30.

Arrivée à Avignon, 7 h. 59; à Marseille Saint-Charles, 10 h.; à Toulon, 11 h. 28; à Cannes, 13 h. 46; à Nice, 14 h. 30; à Menton, 15 h. 30; à Vintimille, 15 h. 48. Wagon-restaurant d'Avignon à Vintimille.

En sens inverse :

Départ de Vintimille, 15 h. 35; de Menton, 15 h. 51; de Nice, 16 h. 30; de Cannes, 17 h. 29; de Toulon, 19 h. 41; de Marseille Saint-Charles, 21 h. 15.

Arrivée à Paris à 9 h. 50. Wagon-restaurant de Vintimille à Marseille.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 février. — MM. Ameline, 7; Redon, 3; Ménégaux, 9; Fèvre, 8.

Séance du 28 février. — MM. Iselin, 5; Chevalier, 4; Meillière et Galtier, 2; Seillier, 6.

Séance du 1er mars. — MM. Aurousseau, 9; Leibovici, 7; Welti et Garnier, 8; Huard, 7.

Séance du 3 mars. — MM. Gueulette, 9; Gaume, 4; Chabrut, 6; Chastang, 4.

— Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 13 mai 1930, à 9 h. du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du mercredi 23 au mercredi 30 avril 1930 inclusivement.

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Druelle (de Marseille) et Fabre (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Gaillot (de Mézières), Allard (de Grenoble), Heins et Rousset (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Schultz (de Bruay-sur-Escaut), Devraigne et Figowski (de Paris), Galtier (de Villemonble).

Mention honorable. — MM. les docteurs Mouret (de Marseille), Tsitsos (de Fos-sur-Mer), Zarifian (de Sompuis).

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ASSURANCES SOCIALES. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Lucien Grimault (d'Algrange) et Arthur Legrand (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Fauché (de Créon), Leroy et Montfrin (de Decazeville), Cazin (de Corcieux).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Henri Bouton (de Quessy), Piquemal (de Limoux), Bompoint (de Cambes), Paul Mollin (de Port-à-Binson), Menu (d'Hirson), Mary (du Bourget), Ragonnet (de Beauchamps).

UNE SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE. — Le docteur Dartigues (de Paris) et le docteur Claoué (de Bordeaux) ont pris l'initiative depuis plusieurs mois de créer une Société de ce nom. Nos confrères ont cru devoir répondre à un besoin réel d'une telle Société en France pour faire avancer cette branche de la chirurgie qui prend de plus en plus d'importance au point de vue thérapeutique et social.

MM. Dartigues et Claoué ont réuni autour d'eux une cinquantaine de personnalités appartenant au monde médical de Paris, de la province et de l'étranger. Les statuts sont déjà déposés. Sans s'être inspirés de l'étranger, où ils ont appris plus tard qu'existaient deux sociétés semblables : l'une en Allemagne, l'autre aux Etats-Unis, MM. Dartigues et Claoué ont pris cette initiative parce que la France a participé déjà grandement par ses travaux au développement de cette science en pleine évolution. Les médecins que cette question intéresse et qui ont à faire valoir des titres de travaux dignes d'attention peuvent écrire au docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, et au docteur Claoué, 41, rue d'Aviau, Bordeaux.

AVIS DE CONCOURS. — L'Association des villages sanatoriums de haute altitude, en raison de l'extension de ses services, doit faire incessamment appel au concours d'un premier médecin assistant.

Les conditions offertes par l'Association sont les suivantes : traitement de début : 30.000 fr., avec logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage, pour ce médecin et sa femme, plus des indemnités familiales s'il y a lieu. Un mois de congé annuel rétribué. Avancement de classe au

choix pouvant être obtenu après une période de quatre ans dans la classe inférieure.

Les candidats devront justifier d'une spécialisation. Ils voudront bien adresser leurs titres, avant le 31 mars 1930, au médecin directeur du village sanatorium de Passy-Praz-Coutant (Haute-Savoie). A ces titres seront joints un acte de naissance, un certificat militaire, un état de la situation de famille.

Les nominations ne deviendront définitives qu'après un essai de six mois.

LES BOURSES POUR ÉTUDIANTS FRANÇAIS AUX ÉTATS-UNIS. — Les Universités et Collèges des Etats-Unis offrent, pour l'année scolaire prochaine, un certain nombre de bourses à des étudiants et étudiantes français, leur permettant de poursuivre des recherches dans les Universités de Harvard, Princeton et Yale.

Les boursiers bénéficient d'une réduction de 30 p. 100 sur le prix du passage de France en Amérique et retour. Pour faciliter les voyages des boursiers en Amérique, une subvention a été accordée à l'Office national des Universités par le ministère des Affaires étrangères; elle permet de donner aux boursiers qui en font la demande une somme variable avec la situation de famille de l'intéressé et qui permet de couvrir une partie des frais de voyage et les frais accessoires que comporte la bourse.

Les demandes doivent être adressées à l'Office national des Universités, 96, boulevard Raspail, Paris (VIe), avant le 15 mars.

Les candidats à la bourse Victor-Chapman sont invités à s'inscrire à l'Office national des Universités, 96, boulevard Raspail, Paris, avant le 16 mars prochain. Ils devront envoyer à l'Office leur dossier (curriculum et références). Une bonne connaissance de l'anglais est nécessaire.

Cette bourse de 1.650 dollars est destinée à permettre à un jeune Français d'étudier une année à l'Université Harvard (Massachusetts) où tous les enseignements sont représentés.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emile Lefèvre (de Paris), Labrouverie (de Gedinne, Belgique).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — Cours complémentaire. Date du cours : du 10 au 21 mars 1930, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la Clinique. *Traitement des fractures et luxations des membres.* Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Jacques Leveuf, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Godard, Oberthur, Mabille, chefs de clinique.

1° Indications générales du traitement orthopédique des fractures. — Luxations du membre supérieur. Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique.

2° Fractures de l'humérus. Application de l'appareil à extension continue.

3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. — Luxations du carpe. Technique de réduction et appareils.

4° Fractures du col du fémur. Indications du traitement orthopédique et du traitement sanglant.

5° Fractures du col du fémur. Technique du vissage et de l'enchevillement au moyen d'un greffon du péroné.

6° Fractures de jambe. Application de l'appareil de marche.

7° Luxations du membre inférieur. Manœuvres de réduction.

8° Fractures de la diaphyse fémorale. Application de l'appareil à extension continue.

9° Fractures du cou-de-pied. Application de l'appareil de marche.

10° Traitement sanglant des fractures. Indications opératoires dans les fractures fermées et dans les fractures exposées.

11° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La onzième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le docteur F.-M. Cadenat, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale pratique (avec présentations de malades et schémas), le samedi 8 mars, à 11 h., et les continuera les samedis suivants.

Louis GUÉNOT

Un télégramme des Iles Madère nous annonçait, il y a quelques jours, la mort du docteur Louis Guénot qui n'aura survécu que de quelques semaines à son maître Louis Fournier dont il fut le fidèle collaborateur pendant près de vingt ans.

Après avoir été l'interne de Louis Fournier, Guénot avait étudié avec lui le traitement de la syphilis par le 606; sa thèse fut le premier travail français sur cette thérapeutique alors à ses débuts.

Ce travail dénotait déjà la conscience et la probité scientifique de ce modeste qui, à l'exemple de son maître, travaillait dans l'isolement du laboratoire donnant le meilleur de lui-même à la science et à ses malades.

Il avait fondé et dirigeait avec un admirable dévouement cette consultation de Cochin où des centaines de malades lui durent la santé.

Guénot laissera dans le souvenir de ceux qui l'ont connu et aimé un inoubliable souvenir.

Nous prions Mme Guénot et son fils d'accepter l'hommage de nos sympathies émues. H. ROULLAND.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS DU FOIE D'ORIGINE APPENDICULAIRE [1]

Par M. CLAUDE HURIEZ,
Interne des hôpitaux de Lille,
Aide d'anatomie à la Faculté.

(Travail du service de M. le Professeur CARRIÈRE, *Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur, Lille.)*

Formes cliniques. — L'évolution des abcès du foie post-appendiculaires permet de distinguer quatre périodes dans leur symptomatologie.

1° Une phase initiale appendiculaire.
2° Une phase intermédiaire ou silencieuse (Dieulafoy).
3° Une période d'état ou phase hépatique.
4° Une période terminale.

Qu'il s'agisse d'abcès unique ou d'abcès multiple, on observera ces phases, nous indiquerons cependant séparément les caractères particuliers de ces deux variétés. Mais, fait très important, la phase appendiculaire et la phase intermédiaire souvent n'ont pas été remarquées; dans ce cas, l'affection abdominale n'a pas été diagnostiquée et l'hépatite suppurée peut sembler primitive; c'est la *forme hépatique* proprement dite.

Dans d'autres cas, aux phénomènes hépatiques s'ajoutent des signes de suppuration portale; c'est la *forme pyléphlébitique*.

Enfin, si la barrière hépatique ne jugule pas suffisamment l'infection, celle-ci, dans certains cas, gagne la circulation générale, d'où *forme pyémique*.

Ces deux dernières formes sont d'un diagnostic particulièrement délicat.

I. **Hépatite suppurée avec antécédent appendiculaire connu.** — Quelquefois l'appendicectomie a été pratiquée à temps, mais trop souvent encore, l'appendicite aiguë a été diagnostiquée trop tard et l'on a attendu « le refroidissement de la crise ».

A la période bruyante de l'appendicite aiguë succède, en général, un calme presque absolu. Il y a amélioration tellement marquée, des signes locaux et généraux, sous l'influence du traitement médical ou de l'appendicectomie, que l'on escompte souvent une guérison rapide. Mais cette période est trompeuse, et bientôt éclatent les signes de l'infection hépatique.

Si l'on n'est pas intervenu, bien souvent on constate à cette période transitoire la formation d'un plastron dans la fosse iliaque droite, douloureux à la palpation, parfois au toucher rectal; cependant que le malade présente des crochets vespéraux à 38°5 et une leucocytose marquée.

La date d'apparition des phénomènes hépatiques est très variable : quand l'affection a été livrée à elle-même, le début des signes hépatiques est généralement tardif, de trois à cinq semaines après la crise appendiculaire. Au contraire, dans les cas opérés, bien souvent les accidents ont une évolution plus brutale, survenant peu de jours après l'intervention. Ballin constate « qu'il semble que leur éclosion se trouve hâtée par le traumatisme opératoire et peut-être par l'intoxication chloroformique toujours nocive pour le foie ». Mais il est des cas où l'apparition de la complication est encore plus précoce et où l'on peut dire que l'appendicite et sa complication hépatique ont évolué normalement.

Aubertin rapporte le cas de Goodfellow, où peu de jours, après le début de la crise, on avait remarqué du subictère et des douleurs dans la région vésiculaire; et quand on sentit nettement l'abcès dans la fosse iliaque droite (un mois après le début), l'ictère était constitué, le foie était gros et douloureux et il y avait de la fièvre à grandes oscillations.

Cependant, on peut conclure que généralement la lésion hépatique se constitue lentement, à bas bruit, pendant que l'appendicite refroidit et cela explique le manque de précision du début exact de l'hépatite suppurée.

1. HÉPATITE SUPPURÉE DIFFUSE. — Quand l'atteinte hépatique est caractérisée, le tableau clinique présente des différences sensibles suivant que les abcès sont multiples ou uniques.

Après quelques jours où la température n'a pas dépassé 38°5, durant lesquels le foie était déjà gros et douloureux, rapidement les signes de suppuration se précisent.

L'état général du malade tient de celui du typhique et de l'infecté : le teint est terreux, le subictère conjonctival est presque constant; les signes d'anémie sont précoces, caractérisés par une décoloration des muqueuses labiale et conjonctivale. L'asthénie est très accusée et l'amaigrissement rapide.

La langue est sèche et rôtie; cependant qu'à l'anorexie s'associe une soif intense.

La *fièvre* affecte la forme de grands accès, d'une intensité généralement considérable dès le début.

Les *frissons* ont longtemps été considérés comme la manifestation initiale des lésions hépatiques, mais ils témoignent surtout de la pyléphlébite et c'est la fréquence de celle-ci qui explique leur constance. Ce sont des frissons généralement intenses durant de quelques minutes à plus de quarante minutes (Vénot). Ils sont fréquents, au moins quotidiens, parfois au nombre de quatre-cinq par jour (Buhl et Payne). Ils sont suivis d'une élévation thermique à 40°-41°, mais la rémission, surtout matinale n'est que de médiocre intensité.

La fièvre de l'abcès du foie post-appendiculaire, en effet, ne présente pas le type septique à grandes oscillations, tant que la pyléphlébite n'est pas suppurée.

Il est enfin de nombreux cas où la fièvre ne dépasse pas 38°5, sans qu'il y ait cependant d'hypothermie, sauf à la période terminale.

L'accès fébrile se termine enfin par des *sueurs* abondantes.

Le *pouls* est très rapide, à 100-120-140 et plus, ordinairement mou, dépressible, irrégulier; son

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 18, p. 313.

rythme et son intensité variables traduisent l'atteinte profonde de l'état général.

Le signe fonctionnel capital est la *douleur*; elle peut manquer dans les petits abcès, même nombreux; elle accompagne, au contraire, toujours les grands abcès, dépendant de la distension et de la participation du péritoine péri-hépatique.

C'est une douleur généralement sourde, lancinante, profonde, siégeant dans tout l'hypocondre droit et irradiant parfois dans l'épaule droite; elle présente des exacerbations qui ont pu faire croire à des crises de colique hépatique. La respiration profonde augmente la douleur et s'accompagne souvent d'une petite toux sèche par irritation pleurale. La gêne respiratoire est parfois considérable, avec dyspnée et polypnée sans que l'examen révèle de lésions appréciables pleuro-pulmonaires. Assez fréquemment survient aussi le hoquet.

L'*ictère* franc est un symptôme fort inconstant : il n'apparaît qu'au cas où l'abcès comprime un gros canal biliaire; dans quelques cas exceptionnels, il traduit l'infection des voies biliaires même, l'angiocolite infectieuse. Mais le plus souvent l'ictère n'est qu'un symptôme tardif; c'est rarement sa constatation qui attire l'attention sur la complication hépatique. On ne peut écarter le diagnostic d'abcès du foie sur son absence; il manquait, en effet, totalement dans les observation de Shœmaker et de Rocher.

Il ne s'accompagne jamais, de toutes façons, de décoloration des matières.

Par contre, les urines, suivant la formule de Berthelin, traduisent les différentes étapes du trouble fonctionnel hépatique : elles sont peu abondantes, légèrement acajou au début, ne présentant que peu de pigments biliaires; puis elles se colorent progressivement, deviennent de plus en plus bilieuses avec une réaction de Gmelin franchement positive.

On a noté très souvent la diminution du taux de l'urée, et d'après Axisa une augmentation de l'ammoniaque urinaire. Les Américains ont surtout insisté sur la présence d'urobiline et d'indican. L'albuminurie légère est enfin presque constante.

Les troubles digestifs sont variables; les nausées sont fréquentes et s'accompagnent de vomissements muqueux, parfois bilieux, surtout après les crises fébriles. On a relevé des cas de diarrhée profuse et d'autres de constipation opiniâtre. Diarrhée et constipation sont d'ailleurs, toutes deux, sous la dépendance de la thrombose des vaisseaux mésentériques, entraînant soit des selles fréquentes, parfois sanglantes, soit l'iléus paralytique.

L'*examen physique* est concentré sur le foie. Fréquemment il existe une voussure de l'hypocondre droit, et surtout une tuméfaction de la région épigastrique. Quand les abcès siègent à la face convexe du foie, la base droite du thorax est élargie il y a immobilité des côtes et diminution des mouvements respiratoires.

Le foie est considérablement hypertrophié, remontant souvent dans le troisième espace intercostal, débordant le rebord costal droit de 5, 10, 15 centimètres, atteignant la crête iliaque, et l'ombilic. La percussion est excessivement douloureuse et Rocher a cité une exagération de la douleur au point correspondant à un abcès.

Bernheim et Vénot ont senti des bosselures, des nodosités, mais ceci est tout aussi exceptionnel que la fluctuation perçue dans le cas de Netter. La crépitation neigeuse due à la péri-hépatite semble plus commune.

L'examen du foie conduit obligatoirement à celui de la base pulmonaire droite : l'irritation pleurale est très fréquente et se traduit soit par des frottements, soit assez fréquemment par des signes liquidiens, témoignant d'une réaction de voisinage, le plus souvent séro-fibrineuse à polynucléaires.

La *rate* est généralement fort hypertrophiée; non sensible, percutable sur plus d'une main.

L'abdomen est le plus souvent légèrement ballonné, sonore même dans les flancs.

On observe en effet exceptionnellement de l'ascite dans ces cas, où la thrombose porte est cependant la règle : seul, Goodfellow, constata l'apparition d'un épanchement et encore à la période terminale de la maladie.

Il est classique enfin de décrire les complications intestinales sous la dépendance des lésions portales : nous avons déjà vu la diarrhée parfois sanglante; à un degré plus prononcé on a pu noter l'infarctus hémorragique et la gangrène du segment correspondant. Le cas de Polya, avec résistance douloureuse péri-ombilicale, matité, signes d'iléus intestinal et constatation nécropsique reste une rareté.

Les procédés d'examen plus objectifs ne donnent pas ici les mêmes résultats que dans l'abcès unique. Nous étudierons surtout à ce chapitre la radiographie et la ponction, qui ici doit être complètement rejetée : elle est le plus souvent blanche, ramenant exceptionnellement du pus et si Achard a pu étayer son diagnostic par une ponction qui ramena du sang contenant de nombreux colibacilles, il est préférable de ne pas courir le risque de l'hémorragie, ou de l'infection des séreuses péritonéale et pleurale.

Par contre, l'*examen du sang* est d'une utilité extrême. La numération révèle fréquemment un état d'anémie accusé. Nous avons, dans notre cas, obtenu un tableau d'anémie pernicieuse avec 1.200.000 hématies, et présence d'éléments de réaction : myélocytes, hématies nucléées et anisocytose, polychromatophilie et poïkilocytose.

Mais le fait saillant est l'intensité de la *leucocytose*, à prédominance de polynucléaires (Gerster), atteignant 35 et 40.000. Généralement au déclin de le crise appendiculaire, il y a eu baisse de la leucocytose, qui remonte, progressivement avec la formation des foyers hépatiques. D'après Roger, elle serait considérable surtout dans les abcès petits mais multiples.

Enfin on pourra toujours pratiquer une hémoculture qui ne donne que rarement des résultats (Chirié-entérocoque).

Dans la plupart des cas, dans le doute on pratique un séro-diagnostic dont la négativité facilite le diagnostic.

Celui-ci sera donc surtout basé sur la constatation d'un état général infectieux, associé à de la fièvre,

sans grandes rémissions; à une hépatomégalie souvent considérable, toujours extrêmement douloureuse; avec splénomégalie et leucocytose à polynucléaire intense.

2. Hépatite suppurée avec pyléphlébite suppurée. — L'évolution clinique peut être accélérée par la transformation purulente de la thrombose portale.

Les signes physiques hépatiques sont généralement discrets, car la formation des abcès est peu avancée au cours de cette évolution extrêmement rapide. On a surtout le tableau de la « pyémie portale » : fièvre élevée, mais à très grandes oscillations, de 41 à 36 degrés, avec frissons prolongés et répétés, accompagnés de sueurs abondantes et d'une diarrhée profuse.

3. Hépatite suppurée avec pyémie généralisée. — Mais bien souvent la pyémie portale se complique de pyémie généralisée : les signes généraux sont encore plus accentués, et c'est la multiplicité des suppurations viscérales qui permet le diagnostic.

La coexistence d'abcès du poumon et de pleurésies purulentes est la plus banale; on a cité des parotidites (West), des endocardites végétantes (Mauclair), des méningites et surtout des abcès articulaires.

Les phénomènes hépatiques s'estompent de plus en plus dans le tableau de l'infection purulente généralisée.

4. Hépatite suppurée a épisode appendiculaire méconnu. — Trop souvent la phase appendiculaire n'a pas été notée et si les signes hépatiques sont francs, on a soit le tableau de l'abcès tropical, soit celui de la cholécystite calculeuse (Lecène, Goodfellow). Enfin si les signes généraux prédominent, c'est une typhoïde à s'y méprendre.

5. Hépatite suppurée, précédée par une hépatite toxique post-appendiculaire. — Dans deux cas, le tableau de l'hépatite suppurée a été précédé de celui de l'hépatite toxique. L'abcès du foie n'a été que l'aboutissant de l'hépatite toxique, de l'ictère grave; la résistance du malade ayant permis au pus de se constituer. Les observations de Chirié et Lardennois, et celle d'Iselin sont particulièrement probantes :

Deux hommes jeunes, sans antécédents alcooliques ont présenté une hépatite toxique post-appendiculaire, l'un avec ictère, et décoloration des matières, l'autre sans ictère. Tous deux ressentaient de la somnolence, des troubles de l'intelligence, du délire, de l'agitation, et avaient des urines albumineuses et urobilinuriques. A l'autopsie on trouva des abcès multiples dans le cas de Chirié et une pyléphlébite suppurée intrahépatique dans celui d'Iselin.

Ces cas montrent donc que l'ictère grave, l'hépatite toxique, l'hépatite suppurée et la pyléphlébite suppurée ne sont que les différents stades d'une même affection. La toxi-infection appendiculaire leur donne naissance; parfois c'est l'intoxication qui caractérise le processus morbide, parfois l'infection domine le tableau clinique.

Phase terminale commune a toutes ces hépatites suppurées diffuses. — Que l'on intervienne ou non, en cas d'abcès multiples l'évolution est mortelle, à plus ou moins longue échéance : cela peut durer des semaines. Le foie devient énorme, les vomissements et la diarrhée incessants. A cette époque, l'ictère est plus fréquent et il s'accompagne d'hémorragies diverses : épistaxis, hématémèses, melæna.

Il se produit une dissociation du pouls et de la température et de la température et de la leucocytose, ces deux signes faisant prévoir l'issue fatale.

Souvent apparaissent des accidents nerveux, analogues à ceux de l'ictère grave appendiculaire : l'agitation succède à la torpeur, le malade présente du délire, des convulsions.

D'autres signes d'ictère grave se précisent : albuminurie, anurie, grosse urée sanguine. La mort survient dans une cachexie extrême. Elle ne survient jamais du fait de complications de voisinage. Ces abcès multiples ont peu de tendance à se faire jour étant donné leur petit volume; on n'a jamais observé de vomiques.

B. Abcès uniques. — L'hépatite suppurée post-appendiculaire à foyer limité se présente avec une allure clinique assez différente de celle des suppurations multiples.

Le début est beaucoup moins bruyant et moins caractéristique. Dans les observations de Quénu, de Souligoux, de Loison, de Jalaguier (obs. I), de Thyne, l'évolution est excessivement lente. Les signes nets ne se traduisent au foie que quelques mois après la crise appendiculaire, après un an même dans l'observation II de Jalaguier. La période latente a donc ici une importance considérable. On ne pourra noter cependant que la douleur, à siège élevé, thoracique, que l'apyrexie imparfaite, malgré la disparition des signes locaux appendiculaires. Il faudra enfin toujours se méfier de la persistance et de l'exagération de l'amaigrissement.

A la phase hépatique proprement dite, la différence d'avec les abcès multiples est plus malaisée; il faut insister cependant sur ce fait que l'hypertrophie hépatique est en général moins accusée, qu'il y a rarement de voussure.

L'ictère est tout aussi variable : il était intense dans les cas de Loison et de Delagénière, et par contre très discret dans ceux de Shœmaker, Sieur et Rocher.

Mais l'évolution est ici bien souvent révélatrice. On a observé des vomiques (Quénu), des pleurésies purulentes (Souligoux); la perforation peut avoir lieu dans l'intestin avec diarrhée fétide et purulente; elle peut se faire dans le péritoine avec péritonite mortelle; on peut assister à l'apparition d'un abcès sous-cutané ou d'un empâtement sous-hépatique (Thyne et Jalaguier).

Cependant il est indispensable de dépister au plus tôt ces abcès uniques : *la radiographie*, qui avait grandement facilité le diagnostic de Loison, semble un élément de grande valeur, à la suite des travaux de Béclère et de Bergonié, sur les abcès du foie :

1. L'existence d'une collection sous-diaphragmatique à droite exagère la surélévation anatomique

(2 cm.) de la coupole droite qui peut atteindre 6, 9, 13 centimètres : c'est le phénomène de la *dénivellation.*

2. D'autre part, à l'état normal, la coupole présente un contour légèrement arrondi ; mais quand il existe une collection superficielle limitée, dans le foie, ce contour est déformé par une « *bosselure* » à projection radiographique circulaire ou ogivale.

3. Enfin l'*immobilisation* de l'hémi-diaphragme à l'examen radioscopique peut aussi indiquer l'existence d'une collection sous-diaphragmatique.

Mais surtout la radiologie permet le diagnostic différentiel de l'abcès intra-hépatique avec l'abcès sous-phénique gazeux et l'épanchement pleural. Dans les abcès gazeux, il existe une zone claire dissociant l'ombre du diaphragme et celle du foie ; dans les pleurésies, le sinus costo-diaphragmatique est effacé et il y a un niveau supérieur bien spécial.

La *ponction exploratrice* est encore ici un moyen infidèle et dangereux, mais à rejeter moins complètement qu'au cas d'abcès multiples, Koërte l'a utilisée dans tous les cas qu'il a rapportés. La ponction jouit encore chez les Allemands et Scandinaves d'une grande faveur, d'après Langenbuch et Eliason. Silas Lindgsvit l'a utilisée avec succès dans 3 cas sur 4 personnels.

Nous n'insisterons pas sur les signes de Pfühl-Schweurlein et Furbringer.

Nous pouvons donc conclure qu'il ne faut pas confondre toutes les suppurations hépatiques post-appendiculaires, car cette distinction a une importance thérapeutique considérable.

Diagnostic. — Nous devons envisager trois ordres de faits :

a. L'appendicite et la complication hépatique sont également méconnues.

b. Les signes hépatiques attirent toute l'attention et l'appendicite reste inaperçue.

c. Au contraire, le diagnostic d'appendicite a été porté mais les accidents hépatiques échappent.

a. Il s'agit de cas où les phénomènes locaux sont presque nuls et les signes généraux des plus marqués. C'est alors que souvent on porte le diagnostic de *fièvre typhoïde.* Dans le cas de Rabé, en effet, la fièvre était élevée, la prostration marquée, la céphalée tenace, la langue sèche et rôtie. Les selles étaient diarrhéiques et il y avait de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate était grosse.

Seul l'examen du sang permet l'éliminer la dothienentérie car le séro-diagnostic est négatif à l'Eberth et la leucocytose est très élevée, contrastant avec la leucopénie typhoïdique.

D'autres fois, on songe à la *granulie* : c'est après la typhoïde le diagnostic le plus souvent porté, de par la constatation de dyspnée marquée, d'un état général mauvais et de l'amaigrissement rapide, enfin de la fièvre à grandes oscillations.

L'examen du poumon vient confirmer en apparence le diagnostic, étant presque négatif, et l'hypertrophie hépatique est mise sur le compte d'une cirrhose graisseuse tuberculeuse.

Chez l'enfant l'existence de signes nerveux a pu dans certains cas éveiller l'idée d'une *méningite,* mais le diagnostic reste ici moins longtemps hésitant.

Dans notre cas, où la malade avait été hospitalisée à la période terminale de l'affection, où toute anamnèse manquait, où notamment l'appendicite avait été méconnue, la prédominance de signes infectieux et la constatation d'un souffle systolique d'insuffisance mitrale nous avaient fait songer d'abord à l'évolution d'une *endocardite maligne,* mais nous n'avions aucun signe d'embolie infectieuse périphérique ou viscérale.

L'examen du sang pouvait également égarer le diagnostic, de par la révélation de signes d'*anémie pernicieuse.*

b. Mais, si, dans d'autres cas, l'attention est portée dès le début du côté du foie, qu'on trouve douloureux et hypertrophié, si l'abcès péri-appendiculaire est latent, l'appendicite échappe et cela d'autant plus facilement que l'ensemble symptomatique est suffisamment expliqué par les signes que révèle l'examen du foie. Si l'on recherche l'origine de l'abcès du foie, on pense soit à l'abcès dysentérique, soit à une origine biliaire, à une complication de la lithiase. Mais dans les abcès tropicaux le malade a fait des séjours aux colonies, a présenté des signes intestinaux et surtout l'évolution est plus lente. S'il s'agit de lithiase biliaire, il a eu des crises douloureuses antérieures, l'ictère est plus fréquent et suivant les signes physiques on songe soit à la cholecystite calculeuse, soit à l'angiocholite suppurée.

Parfois le diagnostic est très délicat, d'avec les manifestations de l'hépatite toxique post-appendiculaire, qui peut d'ailleurs nous l'avons vu, se terminer par la suppuration.

c. Enfin l'appendicite peut être diagnostiquée et ce sont les accidents hépatiques qui passent inaperçus. Leur dépistage est possible d'une façon précoce, avant l'apparition trop tardive des signes indiscutables et nous rappellerons ici l'opinion de Quénu : « Nous sommes en présence d'une opinion classique qui fait considérer les suppurations hépatiques au cours de l'appendicite, comme des affections graves et désespérées. De telle sorte que s'il survient un symptôme quelconque du côté du foie, sans phénomènes généraux intenses, nous sommes détournés par là de l'hypothèse d'une suppuration hépatique. Nous pensons à une complication pleuro pulmonaire, à un ictère banal, à une angiocholite ou simplement à la persistance un peu anormale de phénomènes infectieux liés à l'appendicite elle-même. Il faut réagir contre cette tendance, penser à la possibilité d'une suppuration hépatique localisée, en voie d'évolution et dans ces conditions faire tout ce qui est possible, pour la dépister de bonne heure. » Nous ne ferons que rappeler les signes de présomption de ces abcès hépatiques : la persistance d'une fièvre élevée et d'un mauvais état général, la douleur continue à siège élevé, le subictère et les signes urinaires, la leucocytose à polynucléaire très élevée et progressivement croissante, enfin l'utilisation précoce de l'examen radiologique.

Si la suppuration post-appendiculaire est soup-

çonnée, il est généralement très difficile, même à l'intervention, de préciser le siège exact extra ou intrahépatique de celle-ci.

Pronostic et traitement. — La complication hépatique assombrit naturellement le pronostic de l'appendicite, mais en cas d'hépatite suppurée diagnostiquée l'évolution peut être toute différente suivant la localisation ou la dissémination des abcès.

La marche de l'hépatite suppurée diffuse est continue, progressive, fatale : de tous les cas connus, le plus rapide ne dura que douze jours (Shoemaker, obs. II) et le plus lent cent jours (Reinhold). Le plus souvent l'évolution est de trente à quarante jours. La note la plus pessimiste est donnée par Dieulafoy dans ses *Cliniques*, et elle répond encore à l'opinion actuellement admise. Il termine l'histoire de son malade en ces termes : « En conséquence, on s'arrêta à l'idée d'abcès multiples du foie consécutifs à l'appendicite, et on porta du même coup un diagnostic précis et un pronostic fatal, l'infection hépatique d'origine appendiculaire étant au-dessus des ressources du médecin et du chirurgien. Je ne m'étais pas arrêté, en effet, un seul instant à l'idée de l'intervention chirurgicale, la chirurgie étant impuissante devant les abcès multiples et l'infection appendiculaire du foie. » Sa conclusion finale était encore plus formelle : « L'infection hépatique appendiculaire est toujours mortelle ». Certes, rien ne permet encore d'envisager avec moins de gravité, l'évolution de l'hépatite diffuse mais depuis l'époque où Dieulafoy s'exprimait ainsi, on intervint bien plus fréquemment sur les abcès du foie et parfois avec succès; surtout en cas d'abcès localisés.

Sur 65 cas d'abcès multiples connus, nous n'avons relevé que 25 tentatives opératoires : 4 cas ont été soumis à des ponctions, sans modifications dans l'évolution (cas d'Achard, de Netter, de Souques et de Dale). Les 21 autres ont été l'objet d'interventions chirurgicales méthodiques, avec incision et drainage du plus gros abcès mis à découvert.

Koërte en a rapporté 16 cas dans son traité des maladies du foie; nous y ajouterons celles de Koch 1903), de Stooke and Watt (1901), de Lapointe (1904) et de Zapert (1906).

L'évolution fut fatale sauf dans un cas de Koërte (1892) qu'il rapporte en ces termes : « Le foie fut libéré par une incision abdominale antérieure et en deux endroits du pus visqueux fut évacué. On fit alors une grande incision dans le foie avec le thermocautère. On arriva dans un tissu hépatique en bouillie, infiltré de pus et non dans une cavité. Le pronostic fut considéré comme très défavorable, car on devait admettre l'existence de foyers purulents disséminés. Contre toute prévision, la malade se remonta, les frissons disparurent, un pus abondant avec lambeaux nécrosés s'écoula par la plaie hépatique. La fièvre persistait encore; par la plaie, on ouvrit encore plusieurs petits abcès. Enfin, huit semaines après la première intervention, on dut inciser par voie transpleurale un abcès sous-phrénique gauche. La fièvre disparut et la guérison entière fut obtenue. »

Cet exemple, bien qu'unique, montre que le pronostic de certaines suppurations hépatiques étendues n'est pas toujours désespéré : la confluence des foyers purulents pouvant se produire et permettre ainsi l'évacuation chirurgicale. Dans un cas, mortel cependant, Legg avait même pu observer, au milieu d'abcès multiples, un abcès récent presque cicatrisé et sans qu'il y ait eu d'intervention,

Reprenant les techniques employés avec succès dans les abcès multiples d'autres étiologies, Faure et Tuffier, le 10 juillet 1912, à la Société de chirurgie, ont proposé la dilacération du tissu hépatique farci de petits abcès miliaires, de façon à ouvrir le plus grand nombre d'abcès : ils avaient obtenu ainsi la guérison de 3 cas, non post-appendiculaires. Walther n'a pu guérir un malade par la dilacération hépatique, mais en revanche, il a eu un succès par une simple cholécystostomie pour drainer les voies biliaires. Le procédé de Sieur de la saignée du foie ne semble pas devoir être retenu. Nous n'avons pas de données suffisantes pour juger de ces opérations, mais il semble que la dilacération hépatique ne puisse drainer que les abcès superficiels. Le drainage biliaire a donné d'assez bons résultats dans le traitement des abcès angiocholitiques du foie (thèse Géraud, 1926, Bordeaux), mais on peut objecter immédiatement que ce procédé est peu logique ici, où la suppuration péri-biliaire est l'exception et la suppuration péri-portale la règle.

Tout différents, fort heureusément, sont les résultats opératoires des cas d'abcès uniques ou localisés. Sur les 35 cas connus d'abcès uniques, ou plus exactement de gros abcès, nous n'avons de renseignements précis que sur 21 cas opérés, dont 18 avec guérison complète et 3 mortels, sans que la suppuration hépatique fût toujours la cause du décès.

Nous avons dressé le tableau de ces cas opérés :

Année	Auteur	Résultat
1891...	Koërte (obs. I)........	guérison.
1898...	Thyne................	id.
1900...	Loison................	id.
	Kirmisson............	id.
1902...	Jalaguier (obs. I).......	id.
	Delagenière..........	id.
1903...	Koërte (obs. III).......	id.
	Herzog...............	id.
1904...	Bureau...............	décès.
	Kartulis..............	décès.
	Maasland.............	guérison.
	Sieur................	id.
1905...	Rocher...............	id.
1906...	Souligoux............	id.
	Mgatoblichwili........	id.
1908...	Jalaguier (obs. II).....	id.
	Mokrowski...........	id.
1909...	Heyman..............	id.
1910...	Quénu................	id.
1913...	Weidner..............	id.
1922...	Legry-Bigot..........	décès.

Nous ajoutons immédiatement que nous n'avons pas de renseignements assez précis sur les cas de Bruggeman (1917), de Clarke (1911), de Jung (1913) pour les faire figurer dans ce tableau.

Silas Lindgvist a opéré 2 cas d'abcès uniques, mais une seule fois avec guérison.

Petreen, sur 43 cas, note 19 opérations et seulement 3 guérisons.

Eliatson a une statistique qui se rapproche plus

sans l'atteindre, de l'optimisme des auteurs latins. Il a opéré 14 cas et a eu 7 guérisons.

Cependant, d'après les auteurs français, la proportion de 5 cas guéris sur 6 montre que l'opinion de Jalaguier « à savoir que l'on a assombri singulièrement le pronostic des suppurations hépatiques appendiculaires » est confirmée.

Il est enfin un cas de Bornhaupt, rapporté par Walter Sallis, où la guérison survint sans intervention; cas, disons-le de suite, très discutable. « Le lendemain de son appendicectomie, le malade eut un violent frisson avec 39 degrés et un pouls à 110. Il existait de l'ictère. Pendant dix-sept jours, le malade eut des frissons quotidiens et de la fièvre. Ceux-ci furent ensuite de plus en plus rares. On note cependant encore un frisson et des vomissements au trente-cinquième jour. Enfin la guérison fut complète au cinquantième jour.

Il n'est guère possible dans ce cas d'affirmer l'existence d'abcès du foie; cependant l'allure générale de l'affection, les frissons et la présence de l'ictère plaident en leur faveur.

Deux voies ont été surtout utilisées pour l'évacuation de ces abcès : la *voie abdominale* et la *voie transpleurodiaphragmatique.*

La voie abdominale s'imposa à Jalaguier dans ses deux cas; à Delagenière, à Bureau, à Koërte dans les cas où ils perçurent une tuméfaction sous-hépatique ou épigastrique, sur laquelle ils incisèrent.

Ils utilisèrent soit une incision oblique le long du rebord costal, soit verticale le long du bord externe du grand droit, avec résection des cartilages et côtés de la 8e à la 10e. A la suite de ponctions multiples, ils incisèrent le parenchyme, avec fixation primitive ou secondaire à la paroi. Mais la prédominance des abcès au lobe droit, à évolution thoracique, explique que l'indication de la voie transpleurodiaphragmatique se soit si souvent imposée au chirurgien. Dans le cas de Quénu, la propagation thoracique était prouvée par une vomique. Loison avait repéré la « bosselure » de son abcès sur l'hémidiaphragme grâce à la radio.

Souligoux, Bureau et Thyne avaient posé le diagnostic à la suite d'une ponction transpleurale. Heyman, enfin, profita de la plaie d'une thoracotomie pour inciser le diaphragme.

Cette voie transpleuro-diaphragmatique est pour Maasland la voix de choix pour les abcès du lobe droit.

Quelle est l'évolution post-opératoire? L'amélioration est généralement rapide et manifeste. Mais il n'en est pas toujours ainsi, note Quénu. Il peut se produire des suppurations à distance, notamment dans la plèvre (Bureau), amenant la mort malgré l'amélioration de la suppuration hépatique. On a vu cependant la guérison survenir, même après abcès métastatiques, comme dans le cas de Koërte où on intervint à la huitième semaine pour un abcès sous-phrénique gauche, avec plein succès. Les interventions secondaires sont parfois nécessaires; trois interventions dans le cas de Loison, deux dans celui de Rocher; Delagenière fit une contre-ouverture lombaire.

Enfin, dans tous les cas où l'appendicectomie n'avait pas été faite préalablement, elle fut effectuée un ou deux mois après la guérison de la suppuration hépatique.

Mais si le pronostic opératoire des abcès uniques s'est considérablement amélioré, il n'en reste pas moins que la suppuration hépatique post-appendiculaire, en général, est une des plus sérieuses complications de l'appendicite.

Walter Sallis rapporte, avec des réserves, l'opération prophylactique pratiquée par Wilms pour empêcher la métastase hépatique, chez un malade présentant des frissons et des accès fébriles après une appendicectomie : il exécuta la ligature des veines radiculaires de la veine colique. Il n'est pas possible de juger de la valeur de cette intervention, d'autant qu'il est fort probable que la réintervention amena un meilleur drainage du foyer infectieux et par suite l'amélioration, l'emploi large du drainage semble bien être un des meilleurs moyens prophylactiques de l'hépatite suppurée.

Mais la véritable prophylaxie reste bien, ainsi que l'exposa si fortement et si fréquemment Dieulafoy, l'action immédiate sur le foyer initial, et s'il rendit sa pensée par une expression un peu paradoxale et manifestement exagérée, il n'en est pas moins vrai que souvent « la mort par le foie est un accident de l'appendicite qu'on laisse refroidir ».

BIBLIOGRAPHIE

1849. — Hillairet. *Union méd.*
1854. — Buhl. *Zeit. f. rat. med.*
1859. — Traubbe. *Deut. Klin.*
1871. — Payne. *Path. Soc.*, London.
1869. — Souques. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*
1874. — Bernheim. *Revue méd. de l'Est.* — Legg. *Saint-Bartholomew's hopital reports.*
1875. — G. de Mussy. *France méd.* — Cazalis. *Progrès méd.*, p. 153.
1878. — Murchison. *Traité des maladies du foie.*
1879. — Ashby. *Lancet*, London. — Southey. *Lancet*, London. — Chauffard. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 587. — Letulle. *France méd.*
1882. — Netter. *Soc. clinique.*
1883. — Gendron. *Th. de Paris.* — De Gennes. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — Church. *Boston med. Journ.*
1884. — Thoinot. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*
1885. — Sonnenfeld. *Wien. med. Press.* — Robinson. *Lancet*, London.
1886. — Siredey. *Revue de méd.*, p. 466. — Bernhard. *Th. de Strasbourg.* — Mac Clelland. *Lancet*, London. — Reinhold. *Münch. Woch.* — Despaigne. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*
1887. — Reinhold. *Münch. Woch.* — Fitz. *Journ. of med. Assoc.*, p. 46.
1889. — Souques. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*
1890. — Langheldt. *Th. de Berlin.* — Rendu. *Clinique méd.*, t. II, p. 127. — Renvers. *Berl. klin. Woch.*
1891. — Fraenkel. *Berl. klin. Woch.* — Koërte. *Traité des maladies du foie.* — Einhorn. *Münch. med. Woch.*
1892. — Koërte. *Berl. klin. Woch.*, p. 791. — Helms. *Deut. med. Woch.*
1893. — Leblond. *Th. de Paris.* — Jacob. *Th. de Paris.* — Schoemaker. *Medical n. Philadelphie*, 2 comm. — Jayle. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 148. — Lyon. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 710. — Gatsou. *Th. de Paris.*
1894. — Piard. *Th. de Paris.* — Jorand. *Bull. de la Soc.*

anat. de Paris. — ACHARD. Soc. méd. des hôpit. de Paris. — JONNESCO. *Progrès méd.* — BESANÇON. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — LANGENBUCH. *Deut. chir. Zeit.*

1895. — FELTZ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris.* — HUMBERT. *Th. de Paris.* — BERTHELIN. *Th. de Paris.* — PILLIET et GOSSET. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — LOISON. Loc. cit. — JENCKEL. *Deut. chir. Zeit.*

1897. — ISELIN. Loc. cit. — VANAKH. *Saint-Peterbourg Bolwitch Gaz. Botkina.*

1898. — RENON. *Bull. méd.* — DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, t. II; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, p. 360. — THYNE. *Australasian med. Gaz. Sydney*, p. 97. — LOEWY. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*

1899. — VENOT. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — BAGALOGIE. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*

1900. — LOISON. *Revue de chir.*, p. 523. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Loc. cit., p. 412. — KIRMISSON. *Soc. de chir.*, 6 juin. — BERA. *Th. de Paris.* — FRERICHS. *Traité des maladies du foie.* — TUFFIER. *Soc. de chir.* — LAPOINTE. *Presse méd.*, 10 oct. — FÉVRIER. *L'Appendicite.* — CABY. *Lancet*, 10 fév. — MICHAUX. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 69.

1901. — LAPEYRE. *Revue de chir.*, p. 487. — BREWER. *Ann. of surg.*, p. 761. — STOCK and WATE. *Brit. med. Journ.*, fév. — SCHWARTZ. *Chirurgie du foie*, p. 128. — DALE. *Cincinnati Lancet.* — JALAGUIER. *Revue de chir.* — TOLOT. *Lyon méd.*, 1902, p. 51.

1902. — OLDEN BARREVELD. *Th. de Paris.* — TOLLEMER et COURTELLEMONT. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — LORRAIN. Loc. cit. — MAISSIET et TOLOT. *Lyon méd.* — DIEULAFOY. *Presse méd.*, p. 651.

1903. — WOLLNER. *Thèse* Erlanger. — HERZOG. *Thèse* Wolner Erlangen. — RABÉ et FILHAULAND. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — DELAGÉNIÈRE. *Thèse* Abbadie. — ABBADIE. *Th. de Bordeaux.* — GRAHAM. *Ann. of surg.*, p. 471. — KOCH. *Deut. med. Woch.* — GERSTER. *Med. Record*, juin. — SMYTHE. *Journ. of Memphys.* — GOODFELLOW. *Med. Chronicle*, août. — KORTE. *Berl. klin. Woch.* — AUBERTIN et MÉNÉTRIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris.* — SOZO-NISHIGAMA. *Th. de Münich.*

1904. — BUREAU. *Gaz. des hôpit. de Nantes.* — GRIVET. *Arch. de méd. et de pharm. milit.* — KARTULLIS. Trois p. dans *Zeit. f. Hyg.* — MAASLAND. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, p. 1013. — ZANLECK. *Thèse* Greifswald. — MOIZARD et SEGOND. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. — ISELIN. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — BOIVIN. *Th. de Paris.* — KONIG. *Soc. méd. de Hambourg.* — NUGUÉ. *Th. de Lyon.* — LASSEN. *Thèse* Munchen. — GUINARD. *Presse méd.* — H. DE BRUN. *Revue de méd.* — PELLEGRINI. *Riforma med.*, avril.

1905. — POLYA. *Deut. med. Woch.*, fév.-mars. — BALUT. *Bull. de la Soc. méd.*, Drôme, sept. — GRIVET. *Arch. de méd. et de pharm. milit.* — SIEUR. Loc. cit. — AUBERTIN. Revue générale, *Gaz. des hôpit.* — GARCIA LAGOS. *Revue med.*, Uruguay. — MÉNÉTRIER et AUBERTIN. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — BEAUVY et CHIRIÉ. *Soc. anat.*, fév., et *Arch. de méd. expérim.* — KOËRTE. *Deut. med. Woch.*

1906. — SOULIGOUX et ROEDERER. *Revue de chir.* — BORNHAUPT. *Arch. f. klin. Chir.* — MGAHOBLISCHVILI. *Id.* — ESCHERICH. *Soc. de méd. interne*, Vienne. — ZAPPERT. Loc. cit. — CABANES. *Bull. méd. de l'Algérie*, 10 avril. — LAPOUBLE. *Th. de Bordeaux.* — CAZLSONN. *Hygea.*

1907. — JABOULAY. *Ann. des mal. de l'app. dig.* — SKLAREK. *Thèse* Munchen.

1908. — MOKROWSKI. *Rousski chir. Arch.*, p. 213. — JALAGUIER. *Revue de chir.* — FRANÇOIS. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — CHAUFFARD. *Revue chir. et thérap. de Paris.* — CURTIS. *Brit. med. Londres*, p. 1331. — BLETCHLEY. *Brit. med. Londres*, p. 1164.

1909. — HEYMANN. *Soc. libre des chir. de Berlin*, 8 mars. — WILMS. *Berl. klin. Woch.* — GUÉNOT. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — VULFIUS. *Kazan med. Journ.*, p. 519. — BAUER. Indépendance vasculaire des lobes du foie et abcès appendiculaire, *Progrès méd.*, 1909, p. 393-399. — BLAKKHER. *Voyenne med. Journ.*, Saint-Pétersbourg, t. CCXXII. — SÉRÉGÉ. Indépendance vasculaire des lobes du foie, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux.*

1910. — CHIRIÉ et LARDENNOIS. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.*

1911. — QUÉNU et MATHIEU. *Revue de chir.* — QUÉNU. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, p. 225. — CLARKE. *Press et cir.*, Londres, p. 198. — SPRAENGEL. *Centralbl. f. Chir.*

1912. — LEPETIT. *Congrès de chir.* — ROCHER. *Congrès de chir.* — FAURE et TUFFIER. *Soc. de chir.*

1913. — WEIDNER E. W. K. *Thèse* Munchen. — LASTOCHKIN. *Sibirek Gaz. Irkutsk*, 1913, p. 146. — JUNG. *Thèse* Breslau. — BARADULIN. *Chirurgia Moskou*, p. 214. — KOROJINSKI. *Preal Lekar Krakow*, p. 599. — KELLEY. *Soc. royal Army*, Londres, p. 688. — BURCHART. *Deut. med. Woch.*

1914. — WALTHER et SALLIS. *Revue de chir.*, fév.-mars. — BÉRARD et VIGNARD. *L'Appendicite.* — DRISCH. *Thèse* Munchen. — HEINEMANN. *Die Therapie der Gegenwart.* — PETREEN. *Brunn. Beitr.*

1915. — ABBOTT. *Cincinatti News*, p. 78.

1916. — HOHLEN. *Nebraska Homaha*, p. 45.

1917. — REGNAULT. *Revue gén. de chir. et de thérap.* — AMAGAWA. *China t. Shangaï*, p. 348. — BRUGGEMAN. *Ann. surg. Philadelphia.*

1918. — WESTERDORF. *Thèse* Bonn.

1920. — ANTONIN. *Montpellier méd.*

1922. — LEGRY et BIGOT. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 189. — HORST M. D. *Thèse* Leyden.

1924. — POENARU et COPLESCO. *Bull. de la Soc. méd. h.*, Bucarest, p. 236; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, p. 869. — AXHAUSER. *Centralbl. f. Chir.* — BRAUN, HENCKE, NASSEN, SZAR et VALDER. *Surg., gyn. and obst.*

1925. — GÉRAUD. Abcès angioch. du foie, *Th. de Bordeaux.*

1926. — GINGLINGER. *Th. de Strasbourg.* — ASHURT. *Ann. of surg.* — ELIASON. *Surg., gyn. and obst.*

1928. — SILAS LINDGVIST. *Acta chir. Scandinavia*, déc.

1930. — DUTHOIT et HURIEZ. *Soc. de méd. du Nord.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1930)

Vagotonine pancréatique et glycogène hépatique. — MM. D. SANTENOISE, H. VERDIER et VIDACOVITCH. Le pancréas intervient par l'intermédiaire du vague, dans la fixation du glycogène sur le foie, en sécrétant une hormone vagotonisante différente de l'insuline. Les auteurs proposent d'appeler provisoirement cette substance « vagotonine ».

Oxydation des huiles en présence des stérols irradiés. — M. E. COUTURE.

Le facteur microbien dans la fabrication de la saumure indochinoise (Nuoc-Mam). — MM. L. BOEZ et J. GUILLERM. Le Nuoc-Mam, denrée alimentaire nationale annamite, qui fait l'objet d'une véritable industrie en Indochine, est une dissolution de matières albuminoïdes à un certain degré de désintégration, résultant de la macération du poisson dans une solution concentrée de sel marin.

Tel qu'il est produit dans la fabrication indigène qui demande plusieurs mois, le Nuoc-Mam est, pour une large part, le résultat d'un processus de germes anaérobies stricts, lesquels participent à la fois à l'action digestive et à la production d'un fumet caractéristique. Ils appartiennent à la

catégorie des ferments mixtes décrits par Tissier. Leur pouvoir de désintégration permet de préparer en quelques jours, au laboratoire, sans intervention des sucs digestifs, un produit en tous points identique au Nuoc-Mam obtenu par la méthode saumurière traditionnelle indigène.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 MARS 1930)

Le cinquantenaire de l'élection de M. Guéniot. — A l'occasion du cinquantenaire de M. Alexandre Guéniot, qui, ainsi que nous le rappelions il y a quelques jours (*Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 17), a été élu le 2 mars 1880, l'Académie de médecine, en une cérémonie intime, a offert à son vénéré doyen une médaille d'argent gravée par M. Paul Richer.

M. le président Ménétrier, en lui remettant cette médaille, a exprimé à M. Guéniot l'expression de l'admiration et de la gratitude de tous ses collègues pour la philosophie souriante et l'aménité avec lesquelles il ne cesse de prendre part aux travaux de l'Académie. Il l'a félicité d'avoir montré à ses malades un médecin qui prêche d'exemple et sait se maintenir lui-même en bonne santé.

M. Guéniot, qui conserve à quatre-vingt-dix-huit ans une voix que lui envient bien des membres de la compagnie, a remercié affectueusement ses collègues pour le témoignage d'estime et d'affection dont il venait d'être l'objet.

Les membres de l'Académie, qui avaient écouté debout les deux allocutions, vinrent successivement serrer la main de leur cher doyen.

Influence de la cure de Vichy sur l'évolution de la vaccine. — MM. Lucien BERNARD et Gaston PARTURIER ont constaté cette année à Vichy qu'un certain nombre de malades venus pour faire une cure hydro-minérale, nouvellement vaccinés ou revaccinés trois semaines environ avant leur arrivée, dont l'évolution vaccinale semblait à peu près terminée à cette date, ont présenté sous l'influence de la cure de Vichy une réaction nette aux points vaccinés et éteints. Ces manifestations ont revêtu tous les caractères d'une évolution nouvelle, bien que d'une manière générale le cycle évolutif semble abréger les lésions moins intenses et les réactions générales moins vives que lors de la première évolution. On trouve d'ailleurs, d'un malade à l'autre, une gamme d'intensité variable des réactions.

Une manifestation particulière de l'irradiation du cortex et une nouvelle méthode pour l'investigation de l'activité nerveuse supérieure. La transplantation au service de l'étude des réflexes conditionnels. — M. ISCHLONSKY décrit une nouvelle méthode pour l'investigation de l'activité réflexe conditionnelle qui se trouve à la base de l'activité neuropsychique de l'organisme.

Provoquant artificiellement des défectuosités anatomiques on restitue plus tard les parties détruites par transplantation sur pédicule.

La relation entre le terrain maternel du pédicule d'un côté et la surface de la plaie crée dans le cortex des relations cérébrales qui n'existaient pas avant.

De cette façon on peut observer un nombre de manifestations très importantes, élucidant la dynamique cérébrale et surtout les processus de l'irradiation.

L'auteur décrit à l'appui de sa communication un cas observé pendant la guerre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1930)

Résultats éloignés (dix ans après) de la radiothérapie dans un cas d'ostéite grave de la tête humérale (*avec présentation du malade*). — M. Desplats. L'observation détaillée a été publiée, il y a dix ans : il s'agissait d'une ostéite grave de la tête humérale qui paraissait devoir nécessiter la désarticulation. Cinq séries de radiothérapie, filtrée à travers 5 millimètres d'aluminium; 1.400 rayons à la face antérieure et à la face postérieure, 1.800 rayons à la face externe ont amené la guérison clinique en six mois. La tête humérale s'est résorbée; l'on constate aujourd'hui une néarthrose avec récupération fonctionnelle presque complète de l'épaule, durant ces dix années, aucun incident n'est survenu.

La chlorurémie dans les occlusions intestinales. Remarques pratiques relatives à sa détermination. — MM. Courty, Paget et Lemaire exposent les diverses techniques de dosage, actuellement existantes, et précisent que c'est la méthode de Laudat qu'ils ont employée au cours de leurs recherches.

La statistique personnelle qu'ils ont pu établir leur permet de situer la chlorurémie physiologique entre 5g85 et 5g95 (si le dosage porte sur le sérum), et entre 4g55 et 4g65 (si le dosage porte sur le sang total).

A propos des hémocultures. — M. Archer continue l'exposé de ses recherches. Il donne une nouvelle observation d'hémoculture positive (streptocoque) par ensemencement sur gélose, après destruction par le citrate de soude acide, des bactériolysines du sang.

L'hémoculture faite parallèlement en bouillon, suivant la technique ordinaire, est restée stérile. Ce résultat confirme à nouveau la valeur de la méthode de Boëz.

Ostéosynthèse vertébrale et mal de Pott. — M. Poissonnier (d'Amiens). Se basant sur un certain nombre d'observations de sa pratique, l'auteur estime l'opération d'Albee :

Inutile, puisqu'elle n'est applicable qu'aux maux de Pott à leur début, qui doivent guérir par le traitement orthopédique, ou à ceux presque consolidés par la même méthode. L'ostéosynthèse n'abrège pas la durée du traitement;

Dangereuse, car les statistiques sont peu encourageantes;

Nuisible au point de vue orthopédique : tantôt le greffon est incapable de remplir son rôle de soutien, tantôt, lorsqu'il est solide, il s'oppose à une guérison correcte de la gibbosité.

L'auteur reste donc fidèle au traitement orthopédique classique, avec compressions ouatées méthodiques.

Volumineuse hernie ombilicale congénitale; opération deux heures après la naissance; guérison. — M. Lepoutre rappelle qu'il ne faut pas abandonner ces hernies à leur évolution spontanée, qui pourrait aboutir à l'ouverture de la cavité abdominale et à une mort rapide. La résistance spéciale des nouveau-nés au traumatisme opératoire commande, au contraire, une intervention précoce.

Un cas de cranio-hydrorrhée. — M. Didier. Après une chute violente dans un escalier, un homme d'une trentaine d'années présente, sans aucun autre signe de fracture du crâne, un écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez. Pendant vingt jours, la cranio-hydrorrhée existe au même rythme (sept gouttes par minute, observation de l'auteur) sans température et sans aucune manifestation méningée. Le blessé peut reprendre le travail un mois après l'accident. L'auteur pense que, dans des cas semblables, l'abstention thérapeutique doit être recommandée, à l'exception d'une désinfection nasale prudente en cas de coryza ou de suppuration.

LIVRES NOUVEAUX

Aphorismes de médecine clinique (1), par le baron Corvisart, recueillis par F.-V. Mérat, publiés par le docteur Paul Busquet, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

M. Busquet, le savant bibliothécaire de l'Académie de médecine, vient de publier, en un volume d'une présentation remarquable, les aphorismes que Corvisart aimait à répéter et que son chef de clinique Mérat avait religieusement recueillis.

Ces aphorismes sont d'autant plus curieux et intéressants à lire que Corvisart, à ses titres officiels nombreux, joignit des titres scientifiques plus nombreux encore. Il fut surtout « le créateur génial et le maître de la clinique médicale en France, il fut aussi l'un des fondateurs de l'anatomie pathologique ».

A l'époque où écrivait Corvisart, la mode était aux longues controverses aussi touffues que confuses. Ce n'est donc pas sans raison que Corvisart, qui avait une grande clarté d'esprit, aimait la forme concise des aphorismes.

On sera surpris, en lisant ce beau volume, de voir avec quel bon sens le grand clinicien situait une question et la définissait sous une forme qui devançait souvent beaucoup les idées de son temps. Retenons cette pensée qui est toujours vraie :

« Le médecin, écrivait-il, doit bien se garder de la manie de tout expliquer. Il doit savoir que la nature, cachée dans beaucoup de ses opérations, l'est surtout dans les maladies. Il ne doit être que son observateur et non son confident. » (XXIX, p. 23.)

On doit remercier M. Busquet de nous avoir donné cette belle édition à laquelle MM. Masson ont apporté leurs puissants moyens et surtout le goût de la belle présentation typographique dont ils ont su garder la tradition bien française.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 11 mars. — Jury : MM. Duval, président; Terrien, Moure et Lemaître. — M. Got. Etude des traumatismes du poignet. — M. Darier. Etude de la cryothérapie en ophtalmologie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président; Dechambre et Moussu. — M. Micheau. La région de Zoumi (Maroc). Elevage bovin, etc.

Mercredi 12 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; M. Labbé, Mauclaire, Dechambre, Bresson, Vergé et Coquot. — M. Colin. Le cheval de trait du Maine. — M. Jore d'Arces. Farine de viande. — M. Samaudaroff. Essai sur la chirurgie dentaire du chien.

(1) Un volume in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Varices. Pratique des injections sclérosantes, par Raymond TOURNAY. Préface de Raoul BAUDET, chirurgien honoraire des hôpitaux. Avant-propos de J.-A. SICARD, professeur de pathologie interne à la Faculté, médecin de l'hôpital Necker. In-32 de 264 pages et 22 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, N. Maloine.

Eléments d'interprétation radioscopique et radiographique des poumons, par le docteur Léon SCHEKTER (de Boulogne-sur-Mer). In-8 de 94 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mars. — MM. Banzet, 6; Blondin, 4; Gérard Marchand, 7; Brouet, 2.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe sera vacant le 15 mai 1930. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré) [3e liste] :

Troisième division. — Chirurgie et obstétrique. — CATÉGORIE K. — OBSTÉTRIQUE. — Académie de Paris : MM. Chappaz, 15 + 15 = 30; de Peretti de la Rocca, 17 + 15 = 32.

Académie de Lille : M. Palliez, 16 + 14 = 30.

Nota. — Les résultats pour les autres catégories (médecine et chirurgie) seront publiés ultérieurement.

— ALGER. — M. Senevet, professeur de botanique et matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé professeur de parasitologie et zoologie médicale à ladite Faculté (chaire nouvelle).

M. Pinoy, professeur de microbiologie et de parasitologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé professeur de microbiologie et cryptogamie (chaire transformée).

— MONTPELLIER. — L'Assemblée générale de l'Association des chefs de clinique de Montpellier (anciens et en exercice) réunie à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Diffre, a voté à l'unanimité les vœux suivants : 1° assimilation des chefs de clinique aux préparateurs des Facultés de médecine; 2° représentation des chefs de clinique au Comité consultatif de l'enseignement supérieur.

Ont été élus à l'unanimité : président, professeur Estor; vice-président, professeur-agrégé Aimes; secrétaire, docteur Viallefont; trésorier, docteur Fayot.

— STRASBOURG. — M. Vles, professeur sans chaire à la Faculté des sciences de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er janvier 1930, professeur titulaire de la chaire de physique biologique à la Faculté de médecine de ladite Université.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — La 1re session d'examens en vue de l'obtention des diplômes d'études médicales et pharmaceutiques coloniales commencera :

A. Pour la médecine le jeudi 20 mars, à 8 h., à l'hôpital militaire, rue de Lodi (service de M. le professeur Toullec).

B. Pour la pharmacie le vendredi 21 mars 1930, à 8 h., allées Léon Gambetta, 40, au siège de l'Institut.

MM. les candidats devront présenter la quittance de versement des droits et s'inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine, au Palais du Pharo, avant le 12 mars. Nul ne sera admis à s'inscrire s'il n'a déposé l'extrait de son acte de naissance sur timbre.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Alingrin (La Martinique), Biaille de Langibaudière (Indochine), Sasportas (Etablissements français, Océanie).

COMMERCE (Expositions). — *Au grade de commandeur.* — M. Boyer, vice-président du Comité des industries chimiques.

Au grade d'officier. — MM. Biens, vice-président du Syndicat des pharmaciens du Rhône; Heudebert, président du Syndicat des fabricants de produits de régime; Normand,

membre du Conseil de la Fédération thermale et climatique de France; Tallandier, ancien président du Cercle de la librairie, ancien président du Syndicat des éditeurs.

Au grade de chevalier. — MM. Delange, vice-président de la Société chimique de France; Mayoussier, président du Syndicat de la grande industrie chimique; Reaubourg, vice-président du Syndicat des grandes pharmacies de France et des colonies; Vaillant, président du Syndicat réglementaire des produits pharmaceutiques.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommée :

Officier d'Académie. — Mlle Suzanne Lévy, docteur en médecine à Paris.

MARINE. — M. le médecin général de 2e classe Auregan, directeur du Service de santé de la 2e région maritime à Brest, est placé, par application de la mesure sur la limite d'âge, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du Corps de santé de la marine, pour compter du 21 mars 1930.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Ont été nommés membres de la Commission médicale instituée par l'article 4 du décret du 10 décembre 1929 relatif aux congés de longue durée pour tuberculose : M. le professeur Léon Bernard et MM. les docteurs Guinard et Poix.

LA PROTECTION CONTRE LES COQUILLAGES MALSAINS. — Le ministre de la Santé publique vient d'adresser aux préfets une circulaire invitant les maires à prendre des arrêtés réglementant la vente des huîtres, des moules et de tous autres coquillages.

Les mesures envisagées comprennent, entre autres, l'interdiction de l'arrosage et du lavage des coquillages, le rafraîchissement à la glace, etc.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, fera le mercredi 12 mars, à 5 h., à son laboratoire, 277 *bis*, rue Saint-Jacques, une leçon sur « Les localisations morbides de l'infection à fuso-spirochètes ».

FILMS CHIRURGICAUX. — La *Revue du cinéma* vient de publier dans son numéro du 1er mars 1930 un article de M. Paul Sabon sur les films chirurgicaux. Il intéressera vivement tous ceux qui pensent que le cinéma n'est pas assez employé pour l'enseignement. (Librairie Gallimard, 43, rue de Beaune, Paris [VIIe]).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Léon Blum, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE PRATIQUE. — Le docteur F.-M. Cadenat, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a repris ses leçons de clinique chirurgicale pratique (avec présentations de malades et schémas), le samedi 8 mars, à 11 h., et les continuera les samedis suivants.

GROUPEMENT UNIVERSITAIRE FRANÇAIS POUR LA S. D. N. — Grande conférence à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre), rue de l'Ecole-de-Médecine, jeudi prochain 13 mars, à 20 h. 45.

Sous la présidence de M. le doyen Roger, M. le professeur Léon Bernard, membre de l'Institut, ancien délégué de la France à Genève, exposera « L'œuvre d'hygiène de la Société des Nations ».

CHRONIQUE

UNE LEÇON DU PROFESSEUR FERNANDO MAGALHAES (DE RIO-DE-JANEIRO)

Le grand maître de l'obstétrique brésilienne, le professeur Fernando Magalhaes (de Rio-de-Janeiro), vient de faire à Paris, à la clinique Tarnier et à la clinique Baudelocque, une série de conférences : « Sur les maîtres de l'obstétrique française et leur influence au Brésil », « Sur la bonne doctrine obstétricale opératoire » et « Sur l'orientation obstétricale au Brésil ».

Vendredi matin il a fait à l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur J.-L. Faure, une nouvelle leçon qui a obtenu le plus vif succès. Devant un amphithéâtre comble où l'on remarquait S. E. M. de Souza-Dantas, ambassadeur du Brésil, S. E. M. Conty, ambassadeur de France au Brésil, MM. les professeurs Gley, Couvelaire, Ombrédanne qui furent, avec J.-L. Faure, parmi les bons ambassadeurs de la science française au Brésil, MM. Béclère, Devraigne, Guéniot, Cathala, Lévy-Solal, Lequeux, Séjournet, de Langenhagen, etc., le conférencier a pris place dans l'amphithéâtre.

M. J.-L. Faure, en le présentant, rappela que jadis le grand navigateur portugais Magalhaes, l'ancêtre du conférencier, était parti de Lisbonne pour un grand périple autour du monde qui le conduisit en vue des côtes brésiliennes. Notre confrère, a-t-il ajouté, est parti comme son aïeul pour un nouveau voyage, mais, allant en sens inverse, cette fois il s'est arrêté à Paris pour nous apporter, suivant l'heureux mot de Couvelaire : « L'évangile de l'obstétrique » et affirmer une fois de plus l'amitié franco-brésilienne.

Et, au milieu des applaudissements, M. J.-L. Faure donna la parole à M. Magalhaes.

Grand, avec un masque romain, énergique et impassible mais qui s'anime étrangement lorsque l'orateur veut affirmer sa doctrine, M. Fernando Magalhaes s'exprime dans le français le plus pur. Aucune finesse de notre langue ne lui est étrangère, il parle simplement, sans effort et sans s'aider d'aucune note. Pendant une heure il a tenu l'auditoire sous le charme de sa parole.

Le sujet de la conférence était le suivant : *La tradition et la routine dans la conception actuelle de l'obstétrique.* L'orateur en donne la définition suivante aussi forte que concise : « La tradition c'est la pratique, la routine c'est l'habitude. »

Et en quelques mots il exécute magistralement les routiniers, les matrones de jadis, sans cependant oublier de rendre hommage à des femmes qui ont fait honneur à l'obstétrique, à Mme Boivin, à Mme Lachapelle.

Pour M. Magalhaes l'accouchement doit se résumer dans le schéma suivant :

L'éclosion d'une vie :
par l'effort,
à travers la résistance,
dans la douleur.

Sur ce thème il développe ses idées avec une force persuasive, un calme et une maîtrise admirables.

Nous trahirions M. Magalhaes si nous essayions de le suivre dans sa conférence étincelante où il nous a montré un esprit droit et clair, épris d'une tradition en pleine évolution vers le progrès. On peut dire que ce grand obstétricien a fait sienne la belle devise de son pays : ordo e progresso.

F. L. S.

M. Magalhaes parlera encore le jeudi 13 mars, à 10 h. 1/2, à la clinique Tarnier. Il traitera « Des nouvelles orientations et de la physiopathologie obstétricale ».


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta_Edit.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

APPAREIL CIRCULATOIRE

Une forme d'anémie pernicieuse consécutive à l'érythrémie. (Harold AVERY. *The Lancet*, 15 fév. 1930.) — On connaît depuis longtemps la faculté qu'ont les diverses affections sanguines de se transformer l'une dans l'autre au cours de leur évolution.

L'auteur rapporte une observation suivie cliniquement et hématologiquement pendant cinq ans et complétée par une autopsie. Au début, le malade se présente comme un érythrémique et un polycythémique (globules rouges : 7.300.000; globules blancs : 15.100) avec bientôt une rate molle et hypertrophiée. Après cinq ans environ d'alternatives diverses, le malade prend brusquement le type clinique et hématologique de l'anémie pernicieuse avec grosse rate et gros foie (globules rouges : 2.100.000; globules blancs : 8.600, qui remonteront graduellement au chiffre originel, tandis que les hématies demeureront à leur taux nouveau. Prédominance marquée des polynucléaires). Après une amélioration transitoire due au traitement par le foie, le malade finit par mourir en présentant dans toutes ses séreuses des épanchements abondants. A l'autopsie, on trouve une rate de 1.450 grammes et un foie de 1.700 grammes entourés de capsules épaissies; la moelle osseuse est presque partout rouge, en réviviscence notoire.

Après un premier stade assez prolongé de polycythémie, ce malade a donc réalisé une anémie de type pernicieux. On sait que le sérum sanguin jouit, de façon habituelle, chez les érythrémiques, de propriétés hémolysantes. Il semble donc que le syndrome d'anémie ait ici fait son apparition lorsque l'équilibre jusque-là existant entre cette hémolyse et l'hématopoïèse s'est trouvé rompu par déficience relative de cette dernière.

R. LEVENT.

I. Effets de l'administration, au cours de l'anémie pernicieuse, du contenu d'un estomac normal après ingestion de tissu musculaire de bœuf. (W. B. CASTLE et W. G. TOWNSEND. *Amer. of journ. med. sciences*, déc. 1929.) — Les auteurs ont basé leur hypothèse de travail sur la fréquence de l'achylie gastrique au cours de l'anémie pernicieuse et sur les récentes acquisitions en matière de traitement par le foie. Peut-être l'anémie pernicieuse tiendrait-elle à une digestion gastrique défectueuse des protéines.

Après divers essais infructueux, ils ont administré à trois sujets atteints d'anémie pernicieuse 200 à 300 grammes de viande de bœuf crue et hachée quotidiennement pendant dix jours. On n'a ni pendant le traitement ni pendant les quinze jours qui ont suivi, pu mettre en évidence aucune modification sanguine.

Ces trois mêmes sujets et sept autres ont alors absorbé chaque jour le contenu gastrique d'un sujet normal ayant absorbé une quantité analogue de viande de bœuf. Les trois sujets du premier essai et cinq des sept sujets nouveaux présentaient au bout de dix jours des modifications sanguines : augmentation des globules rouges immatures ainsi qu'une amélioration clinique progressive comparable à ce que présentent des malades analogues ayant quotidiennement reçu une quantité moyenne de foie.

Les auteurs en concluent donc que, en opposition avec ce qui se passe chez les sujets atteints d'anémie pernicieuse, le sujet normal, pendant la digestion de viande de bœuf, présente au niveau de l'estomac une substance capable de modifier de façon prompte et marquée l'anémie de ces malades.

R. LEVENT.

II. Effets de l'administration au cours de l'anémie pernicieuse de tissu musculaire de bœuf ayant macéré dans du suc gastrique humain normal. (W. B. CASTLE et W. C. TOWNSEND. *Amer. Journ. of med. sciences*, déc. 1929.) — Trois malades atteints d'anémie pernicieuse reçoivent quotidiennement 150 à 300 centimères cubes de suc gastrique d'un sujet normal à jeun, ayant reçu une injection d'histamine.

Pour deux d'entre eux, on a mis pendant deux heures en contact à l'étuve le suc gastrique avec une protéine quelconque; aucune modification sanguine dans les quinze jours qui suivent.

Cinq malades atteints d'anémie pernicieuse reçoivent chaque après-midi pendant dix jours, 300 centimètres cubes de suc gastrique de sujet normal sécrété à jeun sous l'influence de l'histamine; dans la matinée de ces dix jours, ils absorbent 200 grammes de bœuf. Pour deux des sujets en expérience, la viande avait été à l'étuve mise en contact avec de l'acide chlorhydrique; pour les trois autres avec de l'eau.

Chez deux sujets, les modifications sanguines des quinze jours suivants ont été nulles : chez l'un, modifications très légères; chez un autre, effets très nets.

Mais chez tous, les résultats observés ont été beaucoup plus prononcés lorsque suc gastrique et viande avaient séjourné ensemble à l'étuve. Dans un cas compliqué de cystite on n'a rien obtenu. Dix sujets ont reçu de 150 à 300 centimètres cubes de suc gastrique obtenu par l'histamine et mis à l'étuve avec de l'acide chlorhydrique (pH variant de 2.5 à 3.5) pendant deux heures ainsi qu'avec 200 grammes de viande de bœuf. Huit de ces dix malades ont montré des modifications sanguines comparables à celles observées avec la viande de bœuf partiellement digérée *in vivo*. Dès avant le dixième jour, il y avait augmentation du nombre des globules rouges immatures et une amélioration clinique équivalant à ce que donnerait une dose quotidienne de 135 à 225 grammes de foie.

Les constituants du mélange sont donc isolément inactifs; c'est leur réunion qui permet le développement de la substance agissante.

R. LEVENT.

Les bases expérimentales des théories sur le mécanisme de l'action du traitement par le foie. (Karl SINGER. *Wiener klin. Woch.*, 21 nov. 1929.) — Le traitement par le foie donne dans l'anémie pernicieuse des résultats qui sont reconnus; dans les anémies secondaires ces résultats sont irréguliers et

d'autant plus qu'on a employé tantôt le foie en nature tantôt des extraits.

Pour expliquer cette action on a proposé trois conceptions.

1° Le foie serait par lui-même un puissant excitant du système hématopoiétique.

Mais les bons résultats obtenus dans l'anémie pernicieuse sont inconstants dans les anémies symptomatiques expérimentales des animaux de laboratoires; la viande a sur la moelle osseuse une action aussi favorable que le foie lui-même dans les anémies d'origine hémorragique ou pyridinique.

Dans les anémies symptomatiques le foie total est seul actif et non pas les extraits hépatiques.

Le mode d'action n'est donc pas le même dans les deux cas.

Le foie est donc un excitant de la moelle osseuse mais ce n'est pas le mécanisme qui entre en jeu dans les cas d'anémie pernicieuse. Dans certains cas d'anémie pernicieuse, du reste, l'hématopoièse n'est pas diminuée, mais elle ne suffit pas à équilibrer une destruction sanguine exagérée.

2° Le foie ferait obstacle à l'activité des symptômes hémolytiques.

Sur le fait même de ces symptômes, les auteurs sont en désaccord; de plus, il est difficile d'interpréter les chiffres que fournissent des techniques d'ailleurs sujettes à caution.

De plus selon les auteurs, le foie et la viande entraveraient ou au contraire favoriseraient l'hémolyse.

Les recherches personnelles de l'auteur lui font penser que chez l'individu sain, tout au moins, le principe actif du foie ne paraît pas agir directement sur l'hémolyse.

Une action sur la richesse en globules existe cependant.

Dans l'anémie pernicieuse, le foie amène une diminution de l'hémolyse mais probablement pas en agissant directement sur les appareils hémolysants.

3° L'anémie pernicieuse serait une avitaminose dans laquelle le foie remédierait à la carence, ou bien elle serait due à des toxines venues de l'intestin ou d'ailleurs que le foie saturerait. Il conférerait ainsi aux hématies une résistance plus grande aux agents de destruction.

Pour l'auteur, il faudrait distinguer deux facteurs : l'un non spécifique, agissant sur la formation et sur la destruction globulaire, appartenant à la viande aussi bien qu'au foie mais absent dans les extraits hépatiques.

L'autre spécifique existant aussi bien dans les extraits hépatiques que dans le foie en nature, élément absolument nécessaire à l'édification globulaire dans l'anémie pernicieuse.

Ceci sans préjudice des autres inconnues qui subsistent.

R. LEVENT.

Les modifications sanguines à la suite de l'oxygénothérapie intraveineuse. (Alexandro DERSCA et VALTER. *Paris méd.*, 12 oct. 1929.) — A condition d'y mettre une lenteur suffisante et de ne pas dépasser une quantité par minute de 8 à 9 centimètres cubes chez l'adulte, l'injection intraveineuse d'oxygène peut rendre des services dans tous les états morbides dus à une hématose insuffisante (broncho-pneumonie, bronchites suffocantes de la grippe, asystolies). Les malades accusent en général une sensation de bien-être et d'aisance respiratoire, ils recouvrent le sommeil, la respiration et le pouls se ralentissent, la cyanose des muqueuses et des extrémités et la coloration asphyxique du sang disparaissent, au moins transitoirement. Cette action, assez rapide dans son début, ne se prolonge guère plus de douze heures.

L'examen du sang montre que la polyglobulie habituelle dans les états d'asphyxie s'atténue (diminution entre 100.000 et 900.000) sans que varie l'indice réfractométrique, témoin du degré de concentration sanguine; la quantité d'hémoglobine diminue également; le nombre des leucocytes peut être influencé mais de façon variable. Les asystoliques irréductibles semblent habituellement réfractaires à cette médication; chez les cardiaques, on peut voir diminuer la polynucléose qui est parfois l'une des modifications sanguines qu'ils présentent.

On peut injecter dans les vingt-quatre heures une quantité d'oxygène qui atteint 300 centimètres cubes.

R. LEVENT.

A propos du pronostic de l'agranulocytose. (Gustav SPENGLER. *Wiener klin. Woch.*, 9 janv. 1930.) — La symptomatologie et le traitement de l'agranulocytose ont été maintes fois étudiées et les divers traitements ne donnent guère en général d'effets satisfaisants.

Certains auteurs, entre autres v. Domarus, ont cependant publié des cas de guérisons spontanées. Spengler en rapporte un nouveau où des examens de sang régulièrement pratiqués ont permis de suivre la régénération du système myéloïde gravement touché; et ceci sans qu'aucun traitement ait été assez prolongé ou assez énergique pour qu'on puisse mettre cette évolution à son actif.

Pour Spengler, comme pour d'autres auteurs, l'agranulocytose n'est qu'un syndrome dû à une lésion grave de la moelle osseuse au cours d'une infection. Le point de départ peut être l'amygdale mais aussi un autre point de l'organisme (injection intraveineuse dans le cas de v. Domarus). Ulcérations et nécroses buccales ne sont que des conséquences peut-être même indirectes des lésions de l'appareil granulocytaire.

Le pronostic de l'agranulocytose demeure grave et tous les traitements doivent être essayés, en particulier la transfusion et les diverses radiations; mais il faut tenir compte désormais, pour estimer l'activité d'un traitement des guérisons spontanées toujours possibles. R. LEVENT.

APPAREIL DIGESTIF

A propos de l'angine à monocytes (angines avec lymphocythémie atypique). (D. KRABOWSKI. *Münch. med. Woch.*, 2 oct. 1929.) — L'auteur résume huit cas personnels datant de ces deux dernières années.

Les données étiologiques qu'il en tire actuellement sont les suivantes : sexe masculin ; âge : dix-huit à vingt-deux ans; pas de prédominance professionnelle reconnaissable; saison estivale. Aucun antécédent professionnel notable.

Le diagnostic différentiel est surtout délicat avec la leucémie aiguë. L'angine à monocytes a des caractères un peu différents, s'accompagne d'une fièvre moins persistante, d'une moindre leucocytose. Pas d'anémie, ni d'hémorragie, état général habituellement bon; rapide participation des ganglions lymphatiques. L'évolution est habituellement favorable.

Les discussions au sujet de cette affection sont d'ailleurs loin d'être closes, ne fût-ce qu'en raison du désaccord touchant le monocyte lui-même qu'il est aisé de confondre avec des lymphocytes jeunes ou anormaux.

La dénomination d'angine à monocytes n'a plus guère pour l'auteur de raisons d'être; quant aux autres dénominations proposées, chacune a ses inconvénients, et l'auteur préfère pour le moment celle d'angine à cellules lymphoïdes, ou mieux d'angine avec lymphocythémie atypique.

R. LEVENT.

L'opothérapie splénique dans les ostéites et les arthrites suppurées. (Fr. LOEFFLER. *Centralbl. f. Chir.*, 23 nov. 1929.) — Les résultats obtenus par Fliegel dans les arthrites tuberculeuses ont amené l'auteur à essayer l'opothérapie splénique dans les arthrites et les ostéites suppurées, en particulier celles de nature bacillaire; la rate jouit, en effet, de propriétés bactéricides et influe sur la régénération osseuse, sans doute en raison de sa parenté proche avec la moelle osseuse.

La préparation de rate fraîche préconisée par Fliegel est malaisée à obtenir en quantité notable et son mauvais goût la

rend difficile à faire accepter chez l'enfant. Aussi l'auteur a-t-il fait préparer des extraits spéciaux pouvant être administrés, soit par la voie digestive, soit en injections. Il a surtout employé un extrait liquide dont 1 centimètre cube équivaut à 10 grammes de rate fraîche dont il a administré trois cuillerées à soupe par jour par périodes de quatre semaines séparées par quinze jours de repos.

Il a soigné ainsi divers cas de bacillose grave, osseuse ou articulaire avec fistules. On a concurremment continué le traitement général, l'immobilisation et les rayons ultra-violets qui, auparavant, s'étaient à eux seuls montrés insuffisants.

Au bout de deux à trois semaines il y avait déjà amélioration locale et générale : teint et appétit meilleurs, augmentation de poids, abaissement de température ; la suppuration diminue ; il y a une tendance nette à la cicatrisation ; l'œdème de voisinage et les douleurs diminuent.

Mêmes résultats favorables dans des ostéomyélites chroniques à la condition qu'il n'y ait pas de séquestres trop volumineux.

On ne peut encore affirmer à coup sûr que ces résultats sont dus à l'opothérapie ; mais la coïncidence ne peut qu'engager à poursuivre des essais qui paraissent absolument dépourvus de tout danger. R. LEVENT.

L'évolution du colibacille intestinal et ses conséquences. (J. FISCH. *Revue de méd.*, janv. 1930.) — L'auteur a comparé les résultats cliniques et anatomo-pathologiques d'expériences entreprises sur le lapin avec les données fournies par la clinique.

Il y a dans l'infection colibacillaire une première période intestinale où les toxines produites sur place par le B. coli agissent sur l'intestin lui-même qu'elles parésient ou paralysent, d'où troubles d'évacuation qui favorisent le passage ultérieur du microbe dans la circulation.

Il est cependant précédé par ses toxines qui diffusent les premières à travers la paroi intestinale et agissent de façon variable sur le système nerveux ; les accidents qui en résultent peuvent aller jusqu'à la paraplégie ; mais il n'y a pas dans ces cas de lésion médullaire ; il y a seulement imprégnation toxique et les troubles disparaissent quand disparaît l'infection causale.

Les toxines font également sentir leur influence au rein, d'où variations dans la sécrétion rénale, apparition de petits calculs et même anurie réflexe.

Tout ceci prépare le terrain et le rend plus apte à héberger et nourrir le microbe lui-même. Celui-ci finit par passer dans le sang ; mais celui-ci, du fait de son action particulière, semble le plus souvent un milieu peu favorable à son développement.

Le microbe s'élimine par l'urine, mais dans ce cas on ne constate pas toujours de lésion inflammatoire de l'organe ni de présence dans l'urine de leucocytes ; il y a seulement élimination microbienne. R. LEVENT.

La pancréatite chronique et le symptôme : saveur métallique. (Samuel B. SOBEL. *Med. Journ. of Records*, 18 déc. 1929.) — La pancréatite chronique est certainement plus fréquente que nos moyens actuels ne nous permettent de le reconnaître. Il semble, dans les cas diagnostiqués, que le symptôme saveur métallique y soit assez habituel et dans certains cas le malade emploie de lui-même des comparaisons : rouille, fer, cuivre, zinc. Elle existe parfois de façon continue, parfois de façon intermittente, et surtout dans ces cas dans les périodes de troubles digestifs.

Ce même symptôme peut également se montrer dans des cas de diabète, et il semble que le traitement insulinique puisse le faire disparaître en même temps qu'il fait disparaître la glycosurie.

Pour l'auteur, il serait un signe de pancréatite interstitielle chronique et, pour des raisons inconnues, plus fréquemment observé chez la femme, surtout si la tension artérielle est basse.

Peut-être est-il l'effet de l'élimination sous une forme anormale du fait des troubles digestifs des métaux contenus dans les aliments. R. LEVENT.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Les méningonéphrites (les méningites infectieuses latentes dans les urémies nerveuses des néphrites et des ictères graves). (P. SAVY et H. THIERS. *Ann. de méd.*, janv. 1930.) — Apportant à l'appui de leur thèse cinq observations originales, les auteurs attirent l'attention sur le fait qu'au cours de l'urémie les manifestations nerveuses viennent, comme fréquence et importance, au second rang, immédiatement après les troubles digestifs et les troubles cardiaques. Le plus souvent on pense à des troubles d'ordre toxique, bien que dans certains cas, non exceptionnels, l'autopsie ait pu montrer des lésions assez importantes ; aussi est-il le plus souvent très délicat de faire le départ de ce qui est organique et de ce qui est purement fonctionnel.

En dehors des lésions bien connues d'hémorragie ou de ramollissement, des hémorragies méningées, on peut observer des cas où, de façon latente, existe une localisation méningée (méningonéphrite). On peut d'ailleurs observer un syndrome analogue au cours de l'ictère grave (hépatonéphrite).

Dans certains cas, il s'agit d'une infection primitive qui frappe simultanément le rein et les méninges ; dans d'autres cas, à la période terminale d'une néphrite, se constitue une méningite due à une infection par un autre germe que celui qui a causé la néphrite ; c'est la méningo-néphrite secondaire, épisode méningé terminal au cours d'une néphrite.

Dans les deux cas la latence clinique et anatomique est habituelle ; les signes d'urémie nerveuse prennent nettement le pas sur les symptômes méningés. Seule la ponction lombaire permet le diagnostic ; et encore le liquide céphalo-rachidien est-il souvent clair ; un examen bactériologique, souvent répété et toujours délicat, est parfois nécessaire ; le microbe en cause le plus souvent semble être le pneumocoque.

C'est là qu'il faudrait chercher l'explication de certaines élévations de température que rien d'autre ne semble motiver. C'est peut-être aussi ce qui explique certains symptômes nerveux au cours de l'ictère grave. R. LEVENT.

Un cas de néphrose lipoïdique. (M. ROCH. *Soc. méd. de Genève*, 18 avril 1929.) — Un homme de vingt-sept ans est pris en pleine santé de gros œdèmes mous et d'une forte albuminurie qui ne sont pas améliorés par un régime pauvre en protéines et en chlorures. Il apparaît bientôt un hydrothorax bilatéral. L'urine excrétée en quantité normale renferme 10 à 15 grammes d'albumine par litre et contient des cylindres, des cellules avec granulations graisseuses et de la cholestérine. Sérum lactescent ; cholestérinémie à 4,9 p. 1.000, diminution légère des protéines du sérum ; inversion du rapport de la sérine et de la globuline. Pas de troubles généraux, pas d'azotémie, pas de troubles circulatoires. On ne trouve comme étiologie vraisemblable qu'une sinusite et la présence de polypes nasaux. Malade très amélioré par un régime riche en albumine et pauvre en graisses allié à l'opothérapie thyroïdienne. R. LEVENT.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Le traitement de la pneumonie par l'inhalation de gaz carbonique. (Y. HENDERSON, H. W. HAGGARD, P. N. CORYLLOS, G. C. BIRNBAUM. *Arch. of intern. med.*, janv. 1930.) — Le fait que nos connaissances touchant le pneumocoque se

sont étendues n'a guère modifié le traitement ni l'évolution de la pneumonie; il semble donc qu'il faille tenir compte d'un autre facteur, particulier à cette maladie, dont l'action viendrait s'ajouter à celle du germe infectieux.

Les études antérieurement consacrées par les auteurs à la pneumonie postopératoire les ont amenés à incriminer la stagnation et le défaut de drainage de l'organe infecté.

Il semble que le réflexe toux soit un mécanisme naturel de défense; il en est un autre, les mouvements respiratoires qu'accompagne sans doute la contraction et le relâchement alternatifs des bronches et l'action des épithéliums vibratiles.

L'occlusion des bronches paralyse ce mécanisme de défense et provoque rapidement, du fait de la résorption des gaz alvéolaires, l'atélectasie du territoire desservi (Coryllos et Birnbaum); une conséquence autre en est l'accumulation des produits de sécrétion pathologique, ce qui est une condition favorable au développement de l'infection.

Les auteurs ont constaté expérimentalement que pour produire la pneumonie chez le chien il faut, en plus d'une instillation infectante, endormir l'animal assez profondément pour paralyser le réflexe de la toux et pour ralentir la respiration. On a constaté aussi que chez le nouveau-né la persistance localisée après la naissance de l'atélectasie fœtale était une prédisposition à la pneumonie.

Henderson a essayé dans ces cas un traitement préventif par inhalation d'oxygène mélangé de 5 p. 100 de gaz carbonique qui semble avoir été efficace contre l'atélectasie. Les inhalations de CO^2 ont également, comme préventif, paru utiles dans la pneumonie postopératoire, dans le traitement de l'asphyxie par l'oxyde de carbone avec en plus cette propriété d'empêcher, à ce qu'il semble, l'éclosion d'accidents pneumoniques postasphyxiques (Henderson et Haggard). Dans tous ces cas l'inhalation semblerait agir en provoquant des mouvements respiratoires vigoureux.

Selon Coryllos et Birnbaum, au point de vue clinique et expérimental, le premier stade de la pneumonie serait un catarrhe qui obstrue les voies aériennes grandes et petites en les emplissant d'une sécrétion épaisse et visqueuse qui empêche la ventilation par les mouvements respiratoires et le drainage normal. L'air intraalvéolaire résorbé, le territoire pulmonaire se collabe et dans cette zone se développe le processus pneumonique. Radiologiquement les auteurs ont observé que le déplacement du cœur, s'il existe, se fait toujours, comme par attraction due à l'atélectasie, vers le côté malade.

Déjà on avait constaté que dans certains cas une désobstruction bronchique réalisée sous bronchoscopie paraissait soulager le malade.

Les auteurs ont réalisé artificiellement chez le chien une atélectasie et une pneumonie provoquée.

Par un séjour en atmosphère d'oxygène mélangé de 5 p. 100 de gaz carbonique l'atélectasie provoquée a rapidement cédé aux mouvements respiratoires profonds.

Les auteurs en concluent que cette méthode peut rendre des services dans les cas de pneumonie à la condition absolue d'être mise en œuvre aussi tôt que possible. Ils ont également étudié cette méthode au point de vue de ses effets chimiques et de ses conséquences bactériologiques qui doivent faire l'objet d'un travail ultérieur.

R. LEVENT.

De l'examen des suspects de tuberculose pulmonaire. Les « fausses tuberculoses » dues à des affections des voies aériennes supérieures. (A. DUDAN. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 juin 1929.) — L'auteur rappelle d'abord l'unité anatomique, physiologique et pathologique de l'appareil respiratoire. Il n'est plus permis actuellement de se baser sur le seul examen stéthascoustique pour affirmer ou écarter un diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Une technique soigneuse et un examen complètement fait sont nécessaires. Dans l'anamnèse, l'interrogatoire devra insister sur les affections bacillaires ou suspectes, d'une part sur toutes les manifestations d'une diathèse arthritique; d'autre part, sur l'intérêt du passé nasal (rhinites, pharyngites, sinusites plus ou moins frustes). Sur ce point la contribution de l'examen oto-rhino-laryngologique est indispensable. Lors de l'examen physique il convient de ne pas oublier, d'une part, que dans le syndrome classiquement décrit bien des éléments peuvent être réalisés par tout autre chose que la tuberculose, que bien des lésions pulmonaires graves peuvent se développer sans modifier l'apparence floride du malade. D'où la nécessité absolue de faire intervenir l'examen bactériologique et l'examen radiologique.

Seul le concours de tous ces modes d'examen peut éviter de porter des diagnostics erronés par excès ou par défaut et d'exposer le patient aux conséquences parfois terribles, directement ou indirectement, d'une erreur clinique.

R. LEVENT.

GLANDES VASCULAIRES SANGUINES

Le goitre endémique et le myxœdème. (J. WAGNER-JAUREGG. *Wiener Klin. Woch.*, 2 janv. 1930.) — Il y a quelques années on avait sur ce sujet des idées à la fois précises et schématiques; idées étiologiques, considérations géographiques et physiologiques; influence de l'iode; antinomie avec le Basedow. Il faut les reviser.

Si l'on s'en tenait aux considérations géographiques, incontestables, la dénomination de goitre de montagne serait satisfaisante et conviendrait à tous les cas.

On sait maintenant qu'il y a des endémies goitreuses en pays non montagneux. Les caractères, qu'il s'agisse du goitre de Norwège, du goitre de Danzig, du goitre hollandais en sont assez homogènes pour qu'on puisse individualiser un goitre de plaine ou de littoral, bien individualisé cliniquement et anatomiquement.

Bien que l'endémie puisse varier selon les temps et les lieux il semble qu'elle remonte jusqu'aux époques les plus anciennement connues et peut-être même au delà. On connaît maintenant en divers lieux des « vagues de goitre » à la naissance desquelles la sous-alimentation de la guerre n'a sans doute pas été étrangère; l'état d'avant-guerre ne s'est pas encore restitué.

La plupart des théories étiologiques anciennes semblent exagérément théoriques. Il en subsiste pourtant des éléments utiles comme l'influence de l'iode dont le manque ne semble pourtant pas être la cause principale.

Au cours du récent Congrès de Berne on a beaucoup parlé du rôle de l'infection transmise par l'eau de boisson, le lait et d'autres aliments; certains auteurs ont accusé certains parasites alliés ou agissant isolément et peut-être responsables de la déficience iodée. Preuves expérimentales et cliniques restent à fournir. On a proposé aussi une théorie radio-active (radium, émanation, métaux radiants autres) théorie qui cadrerait avec bien des constatations géographiques. On a mis en avant le facteur héréditaire, les avitaminoses d'une espèce encore imprécise.

L'acquis le plus certain est que l'action de l'agent causal inconnu et qui semble nécessaire ne s'exerce que lorsque l'iode est en trop faible quantité pour permettre la résistance ou y aider; sans doute agit-il sur la thyroïde de façon à l'empêcher d'utiliser l'iode; d'où hypertrophie glandulaire de défense. Le passé pathologique du sujet et ses antécédents héréditaires joueraient aussi un rôle dans la réaction de la thyroïde.

L'auteur se refuse à ne faire du goitre endémique qu'un symptôme prédominant d'un syndrome pluriglandulaire; c'est aussi avec la seule thyroïde qu'existent les rapports les mieux établis du crétinisme, du myxœdème et de la surdimutité.

R. LEVENT.

INFECTIONS DIVERSES

L'épidémie de la maladie de Heine-Medin dans le canton de Fribourg pendant l'automne 1928. (H. Perrier. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 sept. 1929.) — Une épidémie de 48 cas a été observée en 1928 dans le canton de Fribourg; un caractère particulier est la saison d'apparition : la plupart des cas ont été en effet observés en automne en nombre égal chez des filles et des garçons, surtout entre deux et dix ans.

Cliniquement on a noté dans 54 p. 100 des cas des formes à type de poliomyélite. On a observé également des formes bulbaires tantôt légères tantôt graves, des formes encéphalitiques 7 fois sur 48. L'identité de nature de ces diverses formes est abondamment prouvée par les détails cliniques individuels et familiaux.

La mortalité a été de 39,5 p. 100; le plus grand nombre de morts a été observé dans les formes encéphalitiques ou dans les formes à type Landry (6 morts sur 7 cas).

Les guérisons observées ont été complètes dans les formes encéphaliques ou bulbaires; elles ont été plus rarement totales dans les formes médullaires.

Pour le traitement des séquelles, les résultats de la méthode de Bordier ont été bons mais sans supériorité marquée sur les autres méthodes. R. LEVENT.

L'Europe et la fièvre jaune. (W. Hoffmann. *Münch. med. Woch.*, 27 sept. 1929.) — L'auteur qui exerce à la Havane arrive à ces conclusions que deux grands territoires dangereux existent encore dans l'univers; l'un endémo-épidémique au Brésil, un autre endémique en Afrique Occidentale. Ces deux repaires de la fièvre jaune constituent pour le monde entier une menace sérieuse et sont pour le commerce et pour le trafic européen, au sens même le plus localisé, une gêne importante. Si l'on peut supposer qu'en raison des mesures prises le foyer américain est voué à une disparition prochaine, il n'en est pas encore de même et l'exploitation rationnelle du continent noir, indispensable à la prospérité européenne, en est ralentie. R. LEVENT.

Observations sur des cas de diphtérie guéris spontanément. (F. Hamburger et J. Siegl. *Münch. med. Woch.*, 13 sept. 1929.) — Dans deux cas antérieurement publiés de diphtérie pharyngée guérie spontanément, le Schick était une fois devenu négatif, une fois demeuré positif.

Une diphtérie pourrait par conséquent guérir sans qu'il y ait formation d'antitoxine; ou peut-être l'antitoxine était-elle demeurée fixée dans les tissus et ne se libère-t-elle qu'au niveau du foyer infectieux; ce qui est en opposition avec la conception habituellement admise de la nécessité de l'antitoxine pour la guérison de la diphtérie.

Les auteurs font, à cette occasion, remarquer que jusqu'ici le Schick ne paraît pas avoir été recherché chez des sujets dont la diphtérie a guéri spontanément.

Les auteurs apportent 17 nouveaux cas de diphtérie nasale ou pharyngée, observés depuis cinq ans et guéris spontanément, sans injection de sérum. Le diagnostic a été établi cliniquement et bactériologiquement. Ils apportent en même temps un cas de paralysie diphtérique tardive ayant succédé à une diphtérie méconnue et non traitée par la sérothérapie.

Quinze cas sur ces vingt présentaient après guérison un Schick positif; cette réaction est demeurée telle sans changement pendant plus de trois ans après la guérison; parmi les autres malades, des Schick d'abord négatifs sont redevenus positifs.

Il faudrait donc en conclure que dans bien des cas de diphtérie spontanément guérie il n'apparaît pas d'antitoxine libre dans le sang. Peut-être faut-il dans le mécanisme de la guérison faire place à côté de l'antitoxine spécifique à d'autres anticorps.

L'auteur conteste la valeur probante de la réaction de Schick vis-à-vis de l'état réfractaire spontané ou acquis et réserve son opinion sur la durée de l'immunité consécutive à une première atteinte. R. LEVENT.

Les nodules d'Aschhoff dans la pneumonie rhumatismale. (A. D. Fraser. *The Lancet*, 11 janv. 1930.) — Etude histologique du poumon dans deux cas de rhumatisme aigu. On a trouvé des lésions pulmonaires montrant que les phénomènes sont dus à une forme spéciale de pneumonie qui peut du reste être accompagnée de pleurésie.

A la période aiguë les lésions pulmonaires sont importantes : modifications vasculaires, prolifération puis nécrose des cellules alvéolaires, lésions destructives des bronches. On trouve des nodules d'Aschhoff typiques dans le tissu interstitiel du poumon en particulier dans les cloisons interlobulaires, le plus souvent au voisinage des petits vaisseaux.

La pneumonie peut passer à l'état chronique; on trouve alors de l'endartérite à des degrés divers; le tissu pulmonaire est détruit il est remplacé par du tissu fibreux. A cette période les nodules d'Aschhoff ont disparu.

R. LEVENT.

Hémoptysies non tuberculeuses. (H. Tecon. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 10 sept. 1929.) — Dans bien des cas l'examen bactériologique de l'expectoration pratiquée à l'occasion d'une hémoptysie ne montre pas la présence du bacille de Koch. Cette constatation a amené l'auteur à faire rechercher dans 800 de ces cas si l'expectoration ne contiendrait pas, au lieu du bacille de Koch, un autre élément parasitaire. Dans 6 p. 100 des cas il a pu mettre ainsi en évidence le spirochète bronchique, dans 0,4 p. 100 le penicillium, dans 0,7 p. 100 d'autres mycoses. Il est ainsi arrivé à établir que dans 71 cas sur 1000 sujets suspects de tuberculose c'est un autre parasite que le bacille de Koch qui est en cause. Il faut donc se garder d'interpréter avec une largeur abusive des résultats négatifs. La revue des données les plus classiques montre combien sont nombreuses les affections qui par des mécanismes variés peuvent provoquer des hémoptysies; les mycoses en particulier sont loin d'être des curiosités scientifiques. Toute tuberculose doit faire sa preuve; en l'absence de celle-ci on doit systématiquement faire un examen complet et répété de l'expectoration au point de vue bactériologique. R. LEVENT.

Le syndrome neuro-végétatif du rhumatisme articulaire aigu. (Ad. van Bogaert et J. Mage. *Ann. de méd.*, janv. 1930.) — Les auteurs résument ici 14 observations personnelles de rhumatisme au cours desquelles ils ont observé, chose d'ailleurs classique, des signes cardiovasculaires et sanguins précoces ne relevant pas d'une lésion anatomique. Les auteurs repoussent dans ces cas l'explication classique par un réflexe à point de départ cardio-aortique. Ils font en effet ressortir la fréquence clinique des souffles précoces à la base du cœur et son contraste avec le nombre relativement restreint des aortites rhumatismales; le parallélisme étroit entre l'apparition et la disparition de ce syndrome clinique avec l'état d'excitabilité du système orthosympathique; l'existence chez des hyposympathicotoniques non rhumatisants du même syndrome clinique. Il est pour eux l'expression de la déficience du système sympathique presseur et de la libération secondaire corrélative du tonus parasympathique. Celle-ci se décèle par la sudation profuse, l'apparition sur les téguments de taches vasoparalytiques contrastant avec un fond de pâleur, la bradycardie à type sinusal, l'abaissement notable de la tension minima avec élévation de la tension maxima amenant un accroissement de la tension différentielle, la brusquerie et l'énergie de l'impulsion cardiaque et l'hypotonie artérielle que traduit la grandeur de l'indice oscillométrique; la présence d'un souffle holosystolique né

de l'aorte et se propageant vers les carotides et les sous-clavières, que vient parfois doubler un bruit crépitant d'origine alvéolaire.

Cette hyposympathicotonie pourrait être due à une parésie périphérique du système. Les auteurs l'attribuent de préférence à l'atteinte par les toxines rhumatismales des centres régulateurs du tonus végétatif au niveau du mésocéphale.

Il existe en effet des syndromes analogues dans certains déséquilibres neurovégétatifs; l'hypotonie sympathique est généralisée; le virus rhumatismal semble, si l'on étudie les cas de chorée, doué d'un tropisme particulier pour le mésocéphale.

C'est également à cette action du virus rhumatismal que l'on pourrait attribuer divers troubles endocriniens observés au cours du rhumatisme, en particulier les dysthyroïdies sans inflammation thyroïdienne. R. LEVENT.

INTOXICATION

Erythrodermie généralisée consécutive à des injections bromurées intraveineuses guéries par le calcium. (René S. MACH. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 avril 1929.) — Les injections intraveineuses bromurées que l'on pratique parfois dans les cas d'affections prurigineuses sont en général bien supportées et le malade n'accuse qu'un peu de chaleur et un érythème passager. L'auteur a cependant, chez un sujet sans antécédents ni tares reconnaissables, observé des accidents. Le malade était porteur d'une éruption érythémato-vésiculeuse suintante et très prurigineuse du dos des deux mains, d'origine vraisemblablement professionnelle. Malgré les traitements les plus divers, elle avait fini par s'étendre aux deux pieds, au cou et aux oreilles.

On pratiqua alors des injections bromurées d'une solution à 10 p. 100 dans les veines; elles furent bien supportées jusqu'à la sixième pratiquée le sixième jour. Alors apparut une rougeur généralisée des téguments avec vive sensation de chaleur; au bout de trois jours apparut une desquamation, plus accentuée au niveau des plis de flexion, atteignant le derme qui devient rouge et suintant. Aucun traitement n'agit pendant trois semaines; d'ailleurs aucun signe général, aucun signe du côté des divers appareils. Légère hyperglycémie et éosinophilie légère. On administre alors de façon quotidienne 10 centimètres cubes de gluconate de calcium intraveineux. Une grosse amélioration se manifeste dès le troisième jour; au bout de 20 injections, la guérison est très avancée; elle est complète en six semaines. L'hyperglycémie a disparu, mais l'éosinophilie persiste.

L'auteur attribue les accidents au bromure de sodium et dénomme les accidents observés érythrodermie exfoliatrice généralisée ou dermatite exfoliante aiguë de Brocq.

Le mode d'action du traitement calcique est inconnu; on peut cependant supposer qu'il a exercé une action hypoglycémiante comme M. Labbé l'a observé chez les diabétiques; on peut supposer aussi qu'il pouvait y avoir ici, comme dans d'autres érythrodermies, hypocalcémie et exagération de la teneur en potassium. R. LEVENT.

Atrophie jaune aiguë du foie causée par le tétrachlorure d'acétylène. (W. SCHIBLER. *Schweiz. mediz. Wochens.*, 26 oct. 1929.) — Il s'agit d'accidents professionnels causés dans une fabrique de chaussures par une colle contenant du tétrachlorure d'acétylène.

Un certain nombre d'ouvriers ont présenté divers troubles dont un ictère et ont guéri. Trois sont morts, deux des sujets étaient des femmes jeunes (seize et dix-sept ans).

Les accidents ont évolué en deux périodes. La première de début a duré une semaine pour une malade, six semaines environ pour l'autre. Les troubles étaient caractérisés par de la fièvre avec troubles généraux, des troubles gastro-intestinaux, vomissements en particulier et un léger ictère.

A la période terminale apparurent des signes nerveux : agitation, délire, mouvements convulsifs des bras, somnolence faisant place peu à peu à un coma profond avec fétidité particulière de l'haleine.

L'ictère apparu dès la première période persistait et s'accompagnait d'hémorragies des muqueuses labiales et d'épistaxis. Le signe de Babinski était positif, la respiration était ralentie, le cœur accéléré. La matité hépatique était diminuée et masquée au niveau de l'épigastre par du tympanisme. Dans les urines, présence d'albumine, de cylindres granuleux et de pigments biliaires. Sang épais, de couleur brunâtre, avec augmentation de l'hémoglobine, des globules rouges et blancs et un état vacuolaire marqué des polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes. Retard de la sédimentation globulaire. Mort dans le coma. R. LEVENT.

Contribution à l'étude de la « panmyélopathie atrophique » et de l'intoxication benzolée dans les imprimeries. Recherches hématologiques. (J. E. W. BROCHER. *Zentrbl. für innere mediz.*, 21 déc. 1929.) — L'auteur relate une observation personnelle avec évolution mortelle et en compare le syndrome hématologique avec les résultats de l'examen du sang de trente et un autres ouvriers du même atelier; dans 80 p. 100 des cas, il a observé de la lymphocytose et dans 90 p. 100, la présence d'hématies à granulations basophiles coexistant avec un nombre de globules rouges et une valeur globulaire tantôt normaux tantôt supérieurs à la normale.

Ces modifications sanguines lui paraissent traduire une excitation de la moelle osseuse précédant le déficit dans la fonction leucopoiétique. R. LEVENT.

La fonction rénale chez les morphinomanes. (R. S. ACKERLY. *Journ. of the amer. med. assoc.*, 11 janv. 1930.) — On a souvent accusé la morphine de produire des lésions rénales; plus récemment cependant, cette action nocive a été contestée par divers auteurs (Haines et Milliken, Sisk et Beyer).

L'auteur étudie une série de 177 cas de morphinisme aigu ou chronique, au point de vue des symptômes rénaux.

174 sujets (98,4 p. 100) n'ont présenté aucun signe de néphrite ni de fléchissement de la fonction rénale. 17 (9,6 p. 100) présentaient dans leur urine de l'albumine, des cylindres ou des globules rouges (11 de l'albumine et des cylindres, 4 de l'albumine des cylindres, et des hématies, 2 des hématies et des cylindres); mais 9 de ces sujets étaient porteurs d'affections autres pouvant suffire par elles-mêmes à expliquer les symptômes et aucun n'a présenté de signe d'insuffisance rénale. Enfin 3 sujets (1,6 p. 100) présentaient des signes cliniques et urologiques de néphrite; l'un était porteur d'une ptose rénale; un autre était vraisemblablement cardiaque.

Il ne semble donc exister aucun rapport fixe entre la morphine et l'insuffisance rénale, il serait ainsi possible d'user de la morphine lorsqu'une indication existe sans redouter de complications rénales dues à son usage. R. LEVENT.

TUMEURS

La maladie cancéreuse et le terrain cancérisable. (A. REDING et A. SLOSSE. *Strasbourg méd.*, 5 sept. 1929.) — Les symptômes de la maladie cancéreuse ne se limitent pas à la tumeur mais se caractérisent en outre par des troubles humoraux : altération du mécanisme glyco-régulateur, de l'équilibre acide base, de l'équilibre ionique, altérations qui ne dépendent pas de la présence de la tumeur, précèdent l'apparition de la malignité et constituent la prédisposition générale au cancer. Cette prédisposition générale est héréditaire et due à une déficience endocrinienne que peut amender la thérapeutique.

L'alcalose des cancéreux est due à un déséquilibre du mécanisme neutralisateur.

L'action sur le cancer des rayons X est à la fois une action élective sur la cellule en mitose et une influence sur les régulateurs biologiques de la division cellulaire; la réaction sanguine de l'alcalose à l'équilibre normal est influencée par la parathyroïde.

La recherche de ces troubles humoraux peut contribuer au diagnostic précoce du cancer; la division cellulaire maligne comme la division cellulaire en général dépend de l'alcalose, de la chute de concentration en ions Ca, des troubles de la glycorégulation qui semblent tous être des facteurs de première importance.

R. LEVENT.

VARIA

La météoropathologie. (Pierre Sée. *Revue de méd.*, janv. 1930.) — « Parmi les facteurs capables de troubler le fonctionnement des appareils chargés de régler l'équilibre thermique, acidobasique, vagosympathique ou autre, les phénomènes météorologiques ont toujours été considérés comme d'importance capitale » (Morhardt).

L'auteur récapitule les constatations diverses faites au cours des âges et en particulier dans ces dernières années où les constatations de la médecine hippocratique et celles de l'expérience quotidienne semblent attirer à nouveau l'attention. La sensibilité barométrique des rhumatisants ou des blessés anciens, la pathogénie a frigore de nombre de maladies qui n'est sans doute pas toujours erronée, l'action du froid sur la production de crises hémoclasiques, son influence sur les actions microbiennes, les effets patents de la cure climatique et de la cure d'altitude sont des jalons qui tout dispersés qu'ils soient semblent placés de loin en loin au long d'une même piste.

Déjà certains auteurs se sont occupés de démontrer des coïncidences : influence du beau temps sur les névralgies, les paroxysmes d'agitation chez les névropathes, les poussées hémoptoïques des tuberculeux (Vallot, Sardou et M. Faure) influence des agents météorologiques sur les accidents convulsifs des épileptiques, sur le nombre des entrées dans les asiles (Lombroso, Féré, Erb, A. Marie); influence du vent et de son orientation (le syndrome du vent du Midi à Lyon et ses trois degrés Mouriquand et Charpentier); influence exagérante du froid, de la pluie, du vent frais sur la dyspnée des cardiaques (Gallavardin); rythme saisonnier de certaines maladies (Woringer).

Bien des explications se présentent à l'esprit : rôle de la carence solaire, de la pression barométrique, du degré hygrométrique; rôle des gouttelettes atmosphériques de Flügge vis-à-vis des agents de contagion et ont sans doute leur action partielle. Les travaux de Storm van Leeuwen ont par ailleurs montré le rôle des poussières. Sardou et Faure incriminent aussi le passage au méridien central de taches solaires; ce passage provoquerait des orages magnétiques dont on retrouverait avec un certain décalage l'influence sur les statistiques nosographiques et les statistiques de mortalité des malades chroniques.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1930)

M. J. Lhermitte, président, prononce, au cours de la séance, l'éloge funèbre de M. Feindel, le collaborateur ancien et fidèle de la *Revue neurologique*.

Sclérose disséminée du névraxe du type de la sclérose en plaques chez le frère et la sœur. — MM. E. Krebs et J.-A. Chavany, à propos de la communication faite à la dernière séance par M. André Thomas, rapportent deux cas de sclérose disséminée du névraxe qui évoluent simultanément chez le frère et chez la sœur. Le début tardif, vers la trentaine, l'absence de systématisation symptomatique, permettent d'écarter le diagnostic de maladie familiale. Aucun signe clinique ni humoral ne permet de soupçonner l'hérédo-syphilis. Par contre, l'évolution, par poussées alternant avec des rémissions, est en faveur de la sclérose en plaques. Le frère est complètement séparé de sa sœur depuis l'âge de cinq ans, ce qui, aux yeux des auteurs, permet d'exclure l'hypothèse d'une contagion. Il y aurait une fragilité spéciale du système nerveux à l'égard des virus neurotropes.

Un cas de polynévrite des membres inférieurs à la suite d'une grippe accompagnée de complications pleuro-pulmonaires. — MM. Fribourg-Blanc et Kyriaco rapportent un cas de polynévrite des membres inférieurs, surtout motrice, survenue deux mois et demi après une grippe qui fut compliquée de suppuration pleurale à streptocoques. Du fait du long intervalle qui sépare le début de la polynévrite du début de la grippe, du fait aussi que les troubles polynévritiques ont évolué parallèlement à la suppuration, les auteurs pensent que, si l'étiologie est mixte, la part principale revient aux toxines de suppuration. Cette polynévrite se rapprocherait ainsi, tant par sa pathogénie que par sa physionomie clinique, de celles qui ont été décrites chez les tuberculeux cavitaires avancés, par infection secondaire des cavernes.

Le syndrome de Parinaud dans la sclérose en plaques. — M. Dereux (de Lille) montre que le syndrome de Parinaud est moins rare qu'on ne l'a cru au cours de la sclérose en plaques, mais que son caractère transitoire l'a fait souvent méconnaître.

Paralysie unilatérale et isolée du grand oblique de l'abdomen. — MM. Laignel-Lavastine et A. Miget présentent un homme de cinquante-cinq ans, qui a été pris insidieusement, sans douleur ni fièvre, d'une paralysie du grand oblique droit, avec hypoesthésie radiculaire dans les domaines de D^{10}, D^{11} et D^{12}, sans troubles sympathiques, mais avec une réaction de dégénérescence. Il s'agit d'une lésion au niveau du nerf radiculaire de Nageotte. Le liquide céphalo-rachidien ne montre d'anormal qu'une légère hyperalbuminose à 0g38. Il n'existe pas de troubles de la mécanique respiratoire analogues à ceux qu'a décrits Duchenne dans les cas de paralysie bilatérale des grands obliques de l'abdomen. Toutes les digitations sont intéressées.

Hémispasme facial à début hypoacousique, névralgique et vertigineux. — MM. Laignel-Lavastine et Jean Guyot présentent une femme atteinte, depuis le printemps de 1927, d'hémispasme facial droit comprenant, d'une part, des frémissements parcellaires très rapides, presque continus, et persistant dans le sommeil; et, d'autre part, des contractions plus globales, plus intermittentes, et susceptibles de se modifier sous l'influence de la volonté et des émotions.

En raison d'un certain degré d'hypotonie de certains muscles innervés par le facial, et particulièrement du peaucier, et de l'évolution des troubles qui ont cessé pendant quinze mois à la suite d'injections d'alcool aux branches superficielles du facial, les auteurs pensent qu'il s'agit d'un hémispasme facial périphérique, et non d'une manifestation myoclonique d'origine encéphalitique.

Le début hypoacousique, névralgique et vertigineux, fait penser, soit à une atteinte directe du nerf dans le canal de Fallope, soit à une réaction secondaire à une infection auriculaire ou à un zona.

Syndrome douloureux du membre inférieur d'origine syphilitique. — MM. André Thomas et Kudelski rapportent l'histoire d'une malade de quarante-quatre ans, chez laquelle s'est installé insidieusement, depuis quatorze mois, un syn-

drome douloureux du membre inférieur gauche ; ce dernier s'est compliqué, ultérieurement, de quelques manifestations de claudication intermittente, avec signe de Barré. Le réflexe rotulien est diminué, le réflexe achilléen aboli, et le réflexe plantaire en extension. Il y a de gros troubles de la sensibilité objective, principalement des sensibilités superficielles, mais pas de troubles sphinctériens ni de troubles sympathiques. Les signes de névralgie sciatique font défaut. Le liquide céphalo-rachidien contient un lymphocyte par millimètre cube et 0,70 p. 1.000 d'albumine. Mais le Bordet-Wassermann est fortement positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Un traitement de cyanure a déjà amené une amélioration très nette.

MM. Haguenau et H. Claude signalent qu'ils ont vu récemment des cas analogues.

Les hallucinations visuelles au cours des tumeurs cérébrales. — M. Th. de Martel rapporte trois observations de tumeurs temporales, qui ont été opérées par lui, et dont la localisation a été exactement diagnostiquée grâce à la constatation d'une hémianopsie latérale homonyme accompagnée de crises hallucinatoires à images précises, localisées dans le champ hémianopsique. Les voies optiques, moins fragiles, fournissent, pour la localisation des tumeurs cérébrales, des signes de localisation plus précis que les voies pyramidales, labyrinthiques ou cérébelleuses.

M. Baruk distingue les hallucinations diffuses, de type onirique, qui se produisent sur fond de confusion mentale, et qui n'ont pas de valeur de localisation, — ce sont les plus fréquentes, — et les hallucinations précises, de localisation limite, qui se produisent par crises en pleine conscience, et qui indiquent une lésion sur les voies ou sur les centres visuels, mais qui ne peuvent être considérées comme pathognomoniques des tumeurs du lobe temporal.

L'un des opérés de M. de Martel étant mort de méningite purulente à la suite de l'opération (complication exceptionnelle), M. Cl. Vincent attribue cet accident à l'usage des muscles de lapin pour l'hémostase des sinus — usage introduit par M. de Martel dans la pratique de la chirurgie cérébrale, et qui a sauvé la vie à de nombreux opérés, — mais qui risque de conférer aux malades la pasteurellose du lapin, affection souvent mortelle dont il vient d'observer un cas.

Pour éviter ce risque, M. Cl. Vincent suggère que le prélèvement des muscles sur le lapin pourrait être fait quarante-huit heures avant l'opération : le muscle serait conservé à la glacière, pendant qu'un fragment en serait mis en culture : seuls seraient utilisés les fragments qui se seraient montrés stériles à la culture.

M. Pasteur Vallery-Radot signale également la fréquence des pasteurelloses chez les lapins, et propose d'essayer la vaccination préventive de ces animaux.

Syndrome de rigidité musculaire postchoréique. — MM. Henri Claude, Jean Lhermitte, P. Meignant et J. Cuel rapportent l'observation anatomo-clinique complète d'un cas très particulier de chorée terminée par un syndrome de rigidité.

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, chez lequel, à la suite d'une commotion, se développa un syndrome choréique. Plus tard survinrent des troubles psychiques extrêmement prononcés, de type dépressif, alternant avec des états d'excitation. Plus tard, la parole déjà perturbée devint absolument incompréhensible, les fonctions psychiques s'effondrèrent, et le malade devint tout à fait dément et gâteux. Enfin, l'on vit la gesticulation choréique diminuer d'intensité, et l'hypotonie musculaire fut remplacée par une hypertonie progressive, qui devint dans la suite absolument généralisée. Il s'agissait d'une contracture plastique, avec renforcement tonique, de tous les muscles du corps. Seul, un mouvement stéréotypé du membre supérieur droit pouvait être réalisé à la suite d'une excitation du membre supérieur.

L'examen anatomique complet vint montrer l'existence de lésions qui portaient, d'une part, sur le cortex cérébral, et, d'autre part, sur le système strié. Atrophié dans son ensemble, le pallidum se montrait atteint des lésions que l'on constate dans la démence sénile pure : atrophie numérique et volumétrique des cellules. Quant au corps strié, son atteinte était bilatérale et consistait dans la disparition de la plus grande partie des petites cellules du striatum et dans des lésions dégénératives et inflammatoires du pallidum. Des lésions inflammatoires plus discrètes apparaissaient également dans le thalamus.

Il est probable que les troubles choréiques et démentiels, qui furent les premiers en date, sont liés à la désintégration chronique des éléments du cortex cérébral et du striatum. L'hypertonie progressive et généralisée est liée à la désintégration des éléments du pallidum. C'est cette hypertonie qui, par son intensité, a réduit et finalement calmé l'agitation choréique.

Un nouveau cas d'ostéo-arthropathie chronique au cours du tabes, avec réaction ganglionnaire riche en lésions vasculaires spécifiques. — M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun présentent un tabétique atteint d'arthrite coxo-fémorale chronique et mutilante, qu'accompagne, non une volumineuse tumeur ganglionnaire, comme dans un cas antérieurement présenté par l'un des auteurs avec Etienne Bernard, mais une réaction ganglionnaire discrète, qui demandait à être recherchée, dans le triangle de Scarpa. Comme dans le cas précédent, une biopsie ganglionnaire a montré des lésions histologiques de vascularite, dont le type était nettement syphilitique. Ces deux cas, dont le dernier paraît le plus probant par la banalité même de son expression clinique, apportent un argument important en faveur de la théorie non trophique, mais syphilitique, des ostéo-arthropathies du tabes, telle que Barré l'a soutenue en 1912 sur d'autres arguments.

Association congénitale d'un double pied bot, d'une double paralysie faciale, et d'une paralysie bilatérale de la VIe paire. — MM. Alajouanine et Huc présentent cinq observations de cette anomalie congénitale qui ne paraît pas familiale. Il est probable qu'il y a association d'une malformation purement périphérique et d'une aplasie nucléaire qui intéresse la VIe et la VIIe paire. Dans trois observations retrouvées dans la littérature, il y a en outre agénésie des muscles pectoraux.

Un cas de mésocéphalite de type infectieux. — MM. Alajouanine et Mollaret présentent un malade qui a été pris, en 1927, de céphalées intenses et d'un syndrome mésocéphalique grave, au point de devenir, en l'espace de quelques mois, un grand infirme : grand syndrome cérébelleux, avec troubles de la station debout, signes d'irritation pyramidale, parésie du voile du palais, diplégie faciale, surdité bilatérale, paralysie des muscles élévateurs des globes oculaires, dysarthrie de type bulbaire. La ponction lombaire révélait une grosse dissociation albumino-cytologique avec 1g50 p. 1.000 d'albumine, mais sans hypertension au manomètre de Claude. La radiographie, l'examen du fond de l'œil étaient négatifs. Les phénomènes ont rapidement rétrocédé après un traitement de radiothérapie profonde, et le malade paraît guéri depuis un an.

M. Baudouin rapporte un cas très analogue, qu'il a observé avec M. Cl. Vincent, et dans lequel le syndrome cérébelleux était presque pur, mais avec hypertension du liquide céphalo-rachidien, sans hyperalbuminose. L'invasion de la maladie et la régression des symptômes ont été encore plus rapides.

Un cas d'encéphalite aiguë à forme cérébelleuse pure. — MM. J. Lhermitte et J. de Massary rapportent, eux aussi, une observation du même ordre. Il s'agit d'une malade qui fut atteinte, à la suite d'une encéphalite avec délire et confusion mentale, d'un syndrome cérébelleux complet, parfaitement dégagé de toutes complications, tant pyramidales que sensitives, sensorielles ou psychiques.

Les réactions sérologiques sont négatives, mais le liquide céphalo-rachidien, qui ne contient ni éléments figurés ni albumine en excès, contient un taux de glucose élevé : 0g91.

Il est évident que le cas de cette malade rentre dans les faits décrits autrefois sous le nom d'ataxie aiguë, mais il s'agit là d'un syndrome aux limites trop floues pour le considérer comme une entité morbide. En réalité, le diagnostic se pose ici entre une encéphalite léthargique à forme cérébelleuse, une poussée aiguë de sclérose en plaques, ou bien une encéphalite à germe neurotrope inconnu, localisé électivement sur le cervelet.

Les auteurs rappellent qu'en 1902, sous le terme d' « encéphalite cérébello-pontique », Redlich (de Vienne) avait décrit des faits analogues, et ils estiment que, dans le cas présent, il s'agit vraisemblablement d'une encéphalite différente de la maladie d'Economo ainsi que de la sclérose en plaques.

MM. Chavany et J. Barré ont également vu des malades de ce genre.

Les récidives des tumeurs de la maladie de Recklinghausen. — Mlle Gabrielle Lévy et Mme Liberson présentent une malade atteinte de neuro-fibromatose généralisée, chez laquelle on observe une tumeur majeure récidivante de la région sus-ombilicale. Les biopsies, pratiquées au niveau de cette tumeur et au niveau des autres éléments cutanés, ont montré qu'il s'agit de tumeurs histologiquement bénignes.

Cette observation montre qu'on peut voir survenir des récidives après intervention dans la neurofibromatose, même au niveau de tumeurs histologiquement bénignes.

Il paraît intéressant, à cet égard, de rappeler l'évolution souvent maligne de la neuro-fibromatose, sa coexistence fréquente avec la sarcomatose localisée, et les faits anatomo-cliniques décrits sous le nom de neurofibrosarcomatose.

Les relations entre ces divers ordres de manifestations pathologiques sont d'autant plus utiles à évoquer que l'observation actuelle pose non seulement un problème de pathologie générale, mais encore un problème pratique, d'ordre immédiat, celui des sanctions thérapeutiques.

M. Roussy discute les indications de la radiothérapie en pareil cas.

Syndrome rolandique d'une métastase de cancer utérin. Régression par la radiothérapie. — M. R. Huguenin et Mme Liberson.

Tumeur intramédullaire cervicale. Extirpation. Amélioration considérable. — M. J. Dereux (de Lille), rapporte l'observation d'un malade atteint d'une tumeur intramédullaire cervicale, opérée avec succès par MM. de Martel et Cl. Vincent. L'auteur fait une étude détaillée des suites opératoires et des caractères anatomiques de la tumeur, qui s'apparente aux médullo-épithéliomes. De telles observations montrent ce que l'on peut attendre actuellement de la neuro-chirurgie.

M. Cl. Vincent montre que le diagnostic de la localisation intramédullaire avait été rendu possible par l'existence d'une atrophie musculaire. Le malade avait un certain degré d'azotémie, mais il s'agissait d'une azotémie secondaire, due à l'influence de la tumeur sur la sécrétion rénale. Le fait s'observe parfois dans les tumeurs cérébrales aussi bien que dans les tumeurs médullaires.

Tumeur de la poche de Rathke. Opération. Résultat satisfaisant. — M. Th. de Martel présente un jeune homme de vingt-trois ans, qui a été pris, à l'âge de dix-huit ans, de céphalées et de troubles visuels : cécité à gauche et hémianopsie temporale à droite, avec pupilles blanches. L'opération donna accès sur une tumeur développée aux dépens de la poche de Rathke, et dont une partie était constituée par un kyste volumineux à liquide vert, riche en cholestérine. La poche fut vidée, remplie de mèches; une partie de la paroi fut enlevée, mais M. de Martel ne crut pas utile de pousser très loin l'extraction, pour ne pas trop fatiguer le malade. L'opération a été faite en deux temps : d'abord le volet ostéo-cutané, puis, vingt heures après, sans anesthésie, l'extirpation de la tumeur.

M. de Martel rapporte, à ce propos, la statistique des 167 cas qu'il a opérés, depuis deux ans, avec Cl. Vincent. Cette statistique comporte une mortalité de 44 p. 100.

M. Cl. Vincent discute l'opération en deux temps, que Cushing ne conseille pas, ainsi que la conduite à tenir en présence d'une tumeur qu'on ne peut enlever en totalité.

D'après les constatations faites au cours des interventions sur la région du troisième ventricule, M. Cl. Vincent estime que l'irritation de cette région détermine quatre symptômes majeurs : la fièvre, la soif avec polyurie, la somnolence, enfin le vomissement.

Le mode de début de la maladie de Friedreich. Etude du liquide céphalo-rachidien. — MM. Georges Guillain et Pierre Mollaret présentent un enfant de sept ans, chez lequel ils ont vu apparaître un tableau de maladie de Friedreich, deux mois après une angine banale.

L'évolution de l'affection, suivie depuis un an chez ce sujet, et rapprochée des constatations faites chez d'autres malades, leur permet de préciser le mode de début normal de la maladie de Friedreich. Ce début comporte essentiellement l'association de deux syndromes : un syndrome cérébelleux d'ordre surtout statique, et un syndrome d'atteinte des racines et des cordons postérieurs (abolition des réflexes ostéo-tendineux, ataxie et diminution de la sensibilité profonde). Tout symptôme de lésion pyramidale fait défaut pendant longtemps; en particulier, le signe de Babinski n'apparaît souvent que plusieurs années après les symptômes précédents.

Contrairement à la règle habituelle, le nystagmus fait totalement défaut chez leur malade. Ceci s'explique sans doute par l'existence d'une inexcitabilité labyrinthique complète d'origine centrale.

Cette abolition des réflexes labyrinthiques, parfois constatée, est à rapprocher de l'abolition des réflexes osteo-tendineux.

La ponction lombaire a révélé enfin un état inflammatoire non syphilitique du liquide céphalo-rachidien (hyperalbuminose à 1,06 avec élargissement de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal). Le liquide a été inoculé sans résultat au lapin et au singe. Une telle constatation présente un grand intérêt du point de vue de la pathologie générale. Elle démontre l'existence, chez ce malade, d'un processus inflammatoire contemporain du début même de l'affection et qui s'est éteint en quelques semaines. Les résultats habituellement négatifs de la ponction lombaire tiennent sans doute au fait que celle-ci n'est pratiquée que trop tardivement.

De tels faits sont importants à connaître pour la pathogénie des cas sporadiques des maladies familiales du système nerveux.

Tumeur de la poche de Rathke. Radiothérapie profonde. Evolution du champ visuel. — MM. Roussy et Bollack présentent un enfant de treize ans, chez lequel évolue un syndrome infundibulo-hypophysaire typique, avec élargissement de la selle turcique et calcifications intra et suprasellaires, et chez lequel un traitement de radiothérapie profonde a été suivi d'un élargissement très net et progressif du champ visuel. C'est donc une erreur de dire que les tumeurs de cette

région, chez l'enfant, sont toujours des tumeurs de la poche de Rathke et sont toujours radio-résistantes.

M. Guillain est du même avis, et fait remarquer que la présence de calcifications n'est une condition ni nécessaire, ni suffisante, pour le diagnostic de poche de Rathke.

M. L. Cornil a vu des tératomes de la région avec calcifications.

Tumeur intraventiculaire droite comprimant les tubercules quadrijumeaux postérieurs. Ablation d'une grande partie de la tumeur. Guérison. — MM. Cl. Vincent, M. David et P. Puech présentent la première observation française de tumeur comprimant les tubercules quadrijumeaux, reconnue pendant la vie, opérée, et présentant ensuite un retour des fonctions auditives.

Chez cette malade aveugle, le diagnostic de localisation fut porté grâce à l'existence d'une surdité bilatérale absolue sans signes labyrinthiques et avec phénomènes locaux relativement peu prononcés.

La ventriculographie vint confirmer ce diagnostic.

L'opération fut suivie d'une amélioration considérable de l'audition.

Histologiquement, la méthode d'Hortega montrait qu'il s'agissait d'un astrocytome fibrillaire.

M. Barré (de Strasbourg) fait observer que l'atteinte des fonctions cochléaires avec intégrité des fonctions vestibulaires a une grande valeur de localisation, alors que la dissociation inverse, ou l'altération simultanée des deux systèmes sont sans valeur.

Trophœdème du membre inférieur. Exploration des vaisseaux iliaques. Sympathicectomie péri-iliaque. Résultats nuls. — MM. Basset, Haguenau et Mlle Gauthron présentent une malade atteinte de trophœdème de Meige, chez laquelle l'exploration de la veine iliaque externe ne permet de retrouver aucune sclérose périvasculaire apparente. La sympathicectomie fut suivie d'une légère amélioration (diminution de 4 centimètres du périmètre), mais le résultat resta très incomplet. L'examen histologique de la gangue permit de constater, non l'absence de gaines lymphatiques, comme dans les observations de Leriche, mais au contraire leur élargissement. Il y aurait donc des cas où l'obstacle à la circulation lymphatique de retour est situé au-dessus de l'iliaque externe.

Myélite cervicale ayant déterminé un syndrome de Brown-Sequard. Etude de son évolution depuis cinq années. — MM. G. Guillain, H. Thévenard et R. Garcin.

Paralysie crurale zostérienne. Remarques pathogéniques. — M. Lucien Cornil.

La chronaxie de quelques réflexes pathologiques. — MM. G. Marinesco et A. Kreindler.

Recherches chronaximétriques dans un cas de dystonie d'attitude. — MM. G. Marinesco et A. Kreindler.

Echinococcose rachidienne. Paraplégie. Guérison après une première opération. Récidive. Deuxième opération. Guérison. — M. B. Conos (de Constantinople).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 15 mars. — Jury : MM. Roger, président; Bezançon, Carnot et Tanon. — M. Doyer de Spéville. Un médecin

poète : Georges Camuset (1840-1885). — M. Defaix. De la rétention d'urine au cours de la fièvre typhoïde. — M. Leblanc. L'état actuel de la vaccinothérapie staphylococcique. — M. Basmadjian. Etude de la leishmaniose cutanée.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES INTRACRANIENS

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Phase compressive. — Les signes en sont retardés et *progressifs*; il faudra donc surveiller le blessé d'*heure en heure*.

Au début si le blessé est encore conscient, il peut accuser une céphalée violente. L'attention peut aussi être attirée par des *vomissements* répétés, par de l'*agitation*, du délire, des *convulsions* à type bravais-jacksonnien du côté opposé à la blessure.

Puis progressivement la torpeur apparaît et s'accroît; le malade somnolent, indifférent, perd peu à peu connaissance et retombe dans son coma. C'est souvent le signe le plus net.

Examen du blessé. — Un symptôme constant, d'une valeur primordiale, est constitué par la bradycardie. Le pouls régulier, ample, est ralenti; il bat à 60, 50 et tend à *se ralentir d'heure en heure*. Parfois il faut savoir, chez des blessés hyperthermiques, déceler par des examens successifs une bradycardie relative. La valeur de ce ralentissement progressif du pouls est capitale : à lui seul il permet de poser l'*indication opératoire d'urgence*.

Ce n'est qu'à titre accessoire qu'on cherchera une mydriase homolatérale (signe de Griesinger) et parallèlement à la bradycardie de la bradypnée avec stertor, de l'hypertension artérielle, une tendance à la baisse thermique (sauf en cas de contusion cérébrale associée).

Plus important est le *syndrome de localisation*.

L'examen du crâne montre de l'œdème diffus, des ecchymoses, une douleur qui localisent la fracture, mais non pas toujours l'hémorragie.

L'examen neurologique révélera, surtout après une crise d'épilepsie bravais-jacksonnienne, des *parésies* postconvulsives : soit hémiplégie, soit surtout monoplégie à type brachial ou même parésies segmentaires, qui toutes ont une valeur considérable lorsqu'elles siègent du côté opposé au traumatisme.

Ces symptômes s'accompagnent d'hyperréflectivité d'abord, avec syndrome pyramidal, signes également controlatéraux. Plus tard d'hyporéflectivité.

Plus rarement on constate une déviation conjuguée, une hémiparésie respiratoire controlatérale (signe d'Ortner), enfin, exceptionnellement et en dehors du coma, une hémianopsie ou une aphasie.

Deux examens peuvent compléter ce tableau. Ils ne feront que confirmer l'indication opératoire immédiate.

La ponction lombaire montre un liquide clair et hypertendu, parfois rosé ou même hémorragique.

L'examen du fond d'œil montre une stase papillaire avec œdème unilatéral du côté traumatisé.

Evolution. — L'évolution est fonction de la *précocité de l'intervention*. Faute d'intervenir d'urgence, on verrait le blessé tomber progressivement dans un *coma* de plus en plus profond, avec inversion des phénomènes bulbaires.

Pouls et respiration deviennent accélérés et irréguliers; on observe souvent du stertor, parfois un rythme de Cheyne-Stokes. La tension artérielle s'abaisse. La température monte à 40 degrés. La mydriase devient bilatérale. Les réflexes disparaissent, y compris le réflexe cornéen qui persiste le dernier.

La mort survient, de façon variable, en quelques heures (vingt-quatre ou quarante-huit). Exceptionnellement on peut voir une guérison spontanée au prix de séquelles graves (épilepsie, troubles psychiques).

Telle est la forme typique de l'hématome extradural. Il nous faut cependant signaler les *formes d'intervention*, cliniquement muettes, et qu'on découvre lors d'une trépanation pour enfoncement ou fracture ouverte.

2° Hémorragies sous-durales. — *A*. Chez l'adulte. — Chez l'adulte elles sont relativement fréquentes, comme l'ont montré les interventions.

Très variables comme symptomatologie, il en existe des *formes frustes* se traduisant par quelques signes psychiques, ou même seulement à la ponction lombaire, et des *formes graves* réalisant un tableau complet.

Intervalle libre. — L'intervalle libre est très variable. Le plus souvent il dure *quelques jours* (cinq, huit) : il est donc prolongé. Mais il peut durer quelques semaines ou même plus, réalisant alors l'*apoplexie traumatique tardive*, ou au contraire succéder rapidement et même sans transition au coma initial.

Le mode de début est également inconstant : tantôt progressif, tantôt brutal, comme dans l'apoplexie tardive.

Période d'état. — L'hémorragie sous-durale s'apparente cliniquement aux *hémorragies méningées* médicales.

On observe, en effet, un syndrome diffus d'irritation cortico-méningée avec céphalée, vomissements, convulsions. Les signes méningés : raideur de nuque, signe de Kernig, contractures généralisées parfois, sont constants. En outre, il existe un syndrome pyramidal bilatéral avec hyperréflectivité, clonus du pied et de la rotule, signe de Babinski bilatéral; parfois des parésies.

Un examen est ici capital : **la ponction lombaire**, qui montre de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et ramène un liquide hémorragique rouge ou rosé. Cette hémorragie est globale et égale dans les trois tubes. Le liquide ne coagule pas; enfin, les globules y sont hémolysés ainsi que le montrerait la centrifugation. Tardivement, le liquide prélevé est devenu xantochromique.

Evolution. — L'évolution se fait par saccades avec *reprises hémorragiques*; celles-ci sont importantes pour le diagnostic.

La guérison, au prix de séquelles neurologiques (troubles psychiques, épilepsie) est fréquente. La mort peut se produire, soit par infection lors d'une fracture ouverte, soit au cours du coma par reprise hémorragique et troubles bulbaires.

Formes cliniques. — Il faut signaler la *forme généralisée*, très grave, aboutissant à un coma mortel. A l'opposé il est des *formes localisées* : *sous-tentorielles* et *péribulbaires*, très graves; *interhémisphériques*, qui sont d'un diagnostic difficile. Certaines formes localisées *corticales* sont particulièrement malaisées à différencier d'un hématome extradural. L'intervention peut du reste les influencer très favorablement.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 19, p. 342.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 10 mars. — Dépouillement de l'anonymat et classement des candidats :

MM. Leibovici, 58; Ameline et Fèvre, 56; Gueullette, 54; Welti, 53; Ménégaux, 52; Garmes, 51; Seillé, 49; Aurousseau et Banzet, 47; Chabrut, 46; Redon, 45; Gérard Marchant et Iselin, 44; Chastang, 42; Huard, 40; Chevallier, 39; Gaume et Gallier, 37; Meillère, 36; Blondin, 35; Brouet, 34.

— Le jury est provisoirement composé de MM. Berger, Martin, qui acceptent; Roux-Berger, Mouchet, Descomps, Schwartz, Clerc, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 19 mai 1930, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du jeudi 24 avril au srmedi 3 mai 1930 inclusivement.

Facultés de médecine. — Paris. — A la suite d'incidents qui se sont produits au cours de M. Blanchetière, agrégé, le ministre, sur la proposition du doyen et du recteur, a décidé que les cours et travaux pratiques seraient suspendus jusqu'au samedi 22 mars inclus.

— *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 26 mai 1930, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1917.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 17 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1930.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 27 mai 1930, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 17 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1930.

Collège de France. — Sous les auspices de l'Institut d'hydrologie, M. Brian, directeur technique de la Compagnie fermière de Vichy, donnera le mercredi 19 et le vendredi 21 mars, au Collège de France, amphithéâtre de médecine, salle n° 6, à 17 h., une conférence avec projections sur « L'embouteillage des eaux minérales » au sujet duquel de remarquables perfectionnements ont été réalisés dans ces derniers temps.

Société internationale de chirurgie orthopédique. — Une réunion du bureau a eu lieu à Londres, le 21 février dernier. Etaient présents : le professeur Sir Robert Jones (de Liverpool), assisté à sa demande du docteur Fairbank (de Londres); le second vice-président, le professeur

Putti (de Bologne); le secrétaire général, le docteur Delchef (de Bruxelles); le trésorier, le professeur Maffei (de Bruxelles).

A la suggestion des membres du Comité français et du Comité allemand, le bureau a décidé de proposer à la prochaine assemblée générale une augmentation du nombre des membres. Il a fixé la date du prochain congrès et choisi les questions qui y seront étudiées.

Le Congrès aura lieu à Paris du 2 au 4 octobre prochain. La première question à l'ordre du jour est : *Le traitement de la luxation congénitale après l'âge de quinze ans.* Un rapport est demandé à l'Amérique, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie.

La seconde question est : *Le traitement des traumatismes du poignet.* Les rapports seront représentés par la France, la Hollande, la Suède.

UNE SEMAINE SUR LA CÔTE D'AZUR. — Nous avons annoncé le IVe Voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen qui aura lieu, cette année, pendant la Semaine Sainte. Il sera composé de deux parties.

Première partie : rassemblement le samedi 12 avril, à Nice. Visite du Cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Bordighera, San Remo, le Cap Martin, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu. — Excursion dans les Alpes. — Le Voyage se terminera le dimanche de Pâques, 20 avril. — Les adhérents qui désireront prolonger leur séjour sur la Côte d'Azur pourront le faire dans des conditions spéciales.

Deuxième partie : excursion en Corse. — Départ de Nice le dimanche de Pâques. — Visite de la vieille ville de Bastia, tour du Cap Corse, citadelle de Corte, Forêt de Vizzavona, Scala di Santa Regina, Calanques de Piana, la ville grecque de Cargese, Ajaccio, la ville, le musée et la maison de Napoléon. — Retour à Nice le 24 ou le 25 avril.

On sait avec quelle minutie sont préparés les Voyages de la Société médicale du Littoral, à quel degré d'agrément et de confort ils atteignent, sans imposer aucune fatigue et dans des conditions exceptionnellement avantageuses. Le séjour est assuré partout dans les meilleurs hôtels, les circuits sont effectués dans les meilleurs autocars, et la traversée de Nice à la Corse est réalisée sur les deux plus beaux paquebots de la Compagnie Fraissinet : le *Général Bonaparte* à l'aller et le *Cyrnos* au retour.

En raison du nombre des inscriptions et afin d'éviter l'encombrement de la dernière heure, nuisible à la bonne préparation, les adhérents sont instamment priés d'écrire, sans retard, au secrétariat de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice. Ils recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif sur les chemins de fer français et italiens, valable en 1re ou en 2e classe, à leur choix.

On peut souscrire à une partie seulement du Voyage, ou aux deux. — Les familles des médecins sont admises, ainsi que les étudiants en médecine.

SECOURS AUX MÉDECINS SINISTRÉS DU MIDI. — Le bureau du Conseil général de l'Association générale des médecins de France, réuni d'urgence, a voté une somme de 5.000 fr. en faveur des médecins sinistrés du Midi. Les dons sont reçus à l'Association, 5, rue de Surène Paris (VIIIe). Prière de les adresser au docteur Bongrand, trésorier général.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Martin (de Plancher-les-Mines), Jean Bosredon (de Brive), A. Gillot (de Plombières), Lefèvre (de Paris), Louis Sauvage (d'Amiens), Emile Jeannin (de Saint-Germain-du-Plain), Lamberger (de Lyon), Henri de Lafont (de Marseille), Charles Reboul (de Lyon), André-Jean Paris (d'Orléans), Branca, ancien agrégé d'anatomie, professeur sans chaire à la Faculté de Paris; Feindel (de Paris), ancien collaborateur de la *Revue neurologique*.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PUÉRICULTURE. — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours, a commencé son enseignement le jeudi 6 mars à 16 h., et le continuera les jeudis suivants avec la collaboration de MM. Lemaitre, professeur agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, Poulard, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Le Mée, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital des Enfants-Malades, Frey, chargé de cours de stomatologie à la Faculté, Cavaillon, chef du service anti-vénérien à l'Office national d'hygiène, Leclainche, chef de service à l'Office national d'gygiène, Vitry et Trèves, anciens chefs de clinique.

— CHAIRE D'HYGIÈNE. — *Conférences d'hygiène coloniale.* — Un enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le professeur Louis Tanon et de MM. les médecins-inspecteurs généraux Lasnet, directeur du Service de santé des troupes coloniales et Boyé, directeur adjoint, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 5 h., à partir du mercredi 2 avril. Il sera accompagné de projections.

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme). — Ces conférences seront faites par M. le professeur agrégé Marion, à l'hôpital Lariboisière (pavillon Civiale). Elles commenceront le mardi 18 mars 1930, à 10 h., et continueront les vendredis, samedis et mardis suivants.

Elles seront faites en liaison avec le cours de technique opératoire qui commencera le 24 mars à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme. — Mardi 18 mars : Traitement des hydronéphroses.

Vendredi 21 mars : Indications opératoires dans la lithiase rénale.

Samedi 22 mars : Traitement des calculs de la vessie; indications de la lithotritie et de la taille vésicale.

Mardi 25 mars : Conduite à tenir dans les cystites après néphrectomie pour tuberculose rénale.

Vendredi 28 mars et samedi 29 mars : L'hypertrophie de la prostate; indications opératoires; soins pré et postopératoires.

Samedi 1er avril : Traitement des tumeurs de la vessie.

Vendredi 4 avril : Traitement des ruptures de l'urètre.

Samedi 5 avril : Indications opératoires dans la tuberculose génitale de l'homme.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MAISON DE RÉGIME ET DE REPOS A CÉDER. Pour renseignements, écrire à M. ROUSSET, 55, boulevard Victor-Hugo, à Nice.

REVUE GÉNÉRALE

LES GROUPES SANGUINS

Par le docteur François MOREL,
Médecin-capitaine.

Si, il y a vingt ans à peine, il eût été impossible d'ébaucher une étude d'ensemble sur la question des groupes sanguins, par contre cette tentative devient fort malaisée à l'heure actuelle tant se sont multipliés les travaux en toutes langues sur ce problème passionnant.

Aussi nous ne saurions exposer dans tous ses détails l'*historique* de ces recherches. Bornons-nous à citer en débutant quelques noms qui reviendront à plusieurs reprises au cours de cette revue comme appartenant aux auteurs qui ont le plus contribué au développement de nos connaissances sur ce point.

Tout d'abord ceux de Landsteiner (1901), Jansky (1907), Moss (1910), à qui l'on doit les classifications sur les groupes encore admises aujourd'hui; de Beth-Vincent dont l'épreuve simplifiée pour la détermination des groupes est très prônée en France. On lira avec fruit les rapports sur la transfusion du sang de Jeanbrau, V. Pauchet, P.-Emile Weil au XXXIIe Congrès français de chirurgie en 1923; les monographies sur le même sujet qui leur ont fait suite de V. Pauchet et Bécart (Doin, édit., 1924) de P. Emile Weil et Isch-Wall (Masson, édit., 1924). Nous tenons à signaler que le nom de Jeanbrau mérite entre beaucoup d'autres d'être rappelé; on ne saurait oublier que c'est cet auteur qui a vulgarisé la transfusion pendant la guerre, mettant à profit les travaux de Hayem, de Hédon, des Américains, de Hustin (de Bruxelles), et que de ce fait « un très grand nombre de soldats lui doivent la vie » (Pauchet). Citons encore Dungern, L. et H. Hirszfeld, Ottenberg, le mathématicien Bernstein qui se sont attachés plus particulièrement à l'étude de l'hérédité des groupes. Signalons la monographie importante du professeur Lattes (de Modène) dont la troisième édition parue récemment en langue française (Masson, édit., 1929) constitue une véritable mine de documents sur toutes questions touchant à « l'individualité du sang en biologie, en clinique et en médecine légale », et renferme un index bibliographique des plus complets. Pour terminer, nous rappellerons le récent rapport de Jeanbrau et Hédon au XXe Congrès de médecine (Montpellier, octobre 1929) intitulé : « Introduction biologique à l'étude de la transfusion du sang dans la thérapeutique des anémies ».

* * *

I. Généralités d'ordre biologique.

— *Sommaire :* Anticorps immunitaires et anticorps normaux. — Hémoagglutinines et hémolysines (hétéro-iso-auto-anti). Mécanisme (agglutinogène, alexine). — Les groupes sanguins). — Classifications. — Tableau de Moss. — Variantes qualitatives, quantitatives. — Notion de groupes cellulaires (greffes). — Fixité du groupe pour chaque individu. — Fréquence relative des groupes, influences ethno-anthropologiques. — Date d'apparition.

Le terme anticorps évoque habituellement la notion d'une réaction dirigée contre l'antigène, c'est-à-dire d'une immunité acquise.

Il existe cependant, à côté des anticorps immunitaires (précipitines, agglutinines, lysines, opsonines), des anticorps normaux présentant avec les premiers d'indiscutables analogies de propriétés, bien qu'en général beaucoup moins actifs et plus fragiles. C'est ainsi que les sérums neufs, tout comme les immunsérums, agglutinent visiblement ou lysent divers microbes ou globules rouges étrangers. La raison d'être de tels principes demeure à vrai dire quelque peu mystérieuse. Pour le sujet qui nous occupe retenons particulièrement l'existence des *hémo-agglutinines* et des *hémolysines*, l'agglutination des hématies étant, comme on le sait, le premier temps de leur destruction (Bordet). Les pratiques anciennes de transfusion à l'homme de sang de provenance animale, généralement suivies de catastrophes, démontrèrent tout d'abord l'existence d'*hétéro-hémoagglutinines* et d'*hétéro-hémolysines*. Mais les transfusions interhumaines permirent de se rendre compte que le sérum sanguin renfermait des substances nocives même pour les hématies d'individus de même espèce; il s'agissait en somme d'*iso-hémoagglutinines* et d'*iso-hémolysines*. Bien plus, on a été jusqu'à parler de substances capables d'agglutiner puis de lyser les propres hématies d'un sujet, autrement dit d'*auto-hémoagglutinines* et d'*auto-hémolysines*.

On conçoit toutefois que ce phénomène paradoxal ne puisse avoir lieu qu'à l'état pathologique, au cours notamment de certains syndromes cliniques pouvant aller, suivant l'intensité du processus hémolytique, depuis l'anémie, l'hémoglobinémie, l'ictère hémolytique (du type acquis) jusqu'à l'hémoglobinurie et l'anurie. Au surplus il est possible d'admettre l'intervention d'autres mécanismes dans la genèse de tels syndromes, en particulier une fragilité globulaire exagérée, rarement primitive, il est vrai, mais surtout une insuffisance antihémolytique du sérum. Il existe effectivement dans les sérums neufs à côté des anticorps normaux dont nous venons de parler des anti-anticorps : *anti-hémo-agglutinines* et *anti-hémolysines* dont nous verrons l'intérêt à propos de la transfusion.

Comment est-il possible de concevoir le mécanisme de la destruction des hématies humaines sous l'influence d'un sérum humain étranger? Le premier terme consiste en l'iso-agglutination des hématies. Dans le déterminisme de ce phénomène interviennent deux facteurs. D'une part une agglutinine, thermostabile, résistant au chauffage à 55 degrés, mais détruite à 60 degrés tandis que les agglutinines immunitaires résistent jusqu'à 70 degrés; cette agglutinine se conserve longtemps (plusieurs années) dans le sérum liquide et stérile, ou à la glacière, ou encore à l'état sec; selon toute vraisemblance il s'agit d'une protéine, très peu diffusible et non dialysable.

Lorsqu'on traite le sérum par des produits capa-

bles de séparer sérum-albumines et sérum-globulines, tels que les sulfates d'ammoniaque, de soude ou de magnésie (technique de Ramon pour l'obtention des sérums purifiés), c'est dans les globulines qu'on retrouve essentiellement l'agglutinine, et particulièrement dans les pseudo-globulines; la fraction euglobulinique, la plus soluble, en renferme de simples traces.

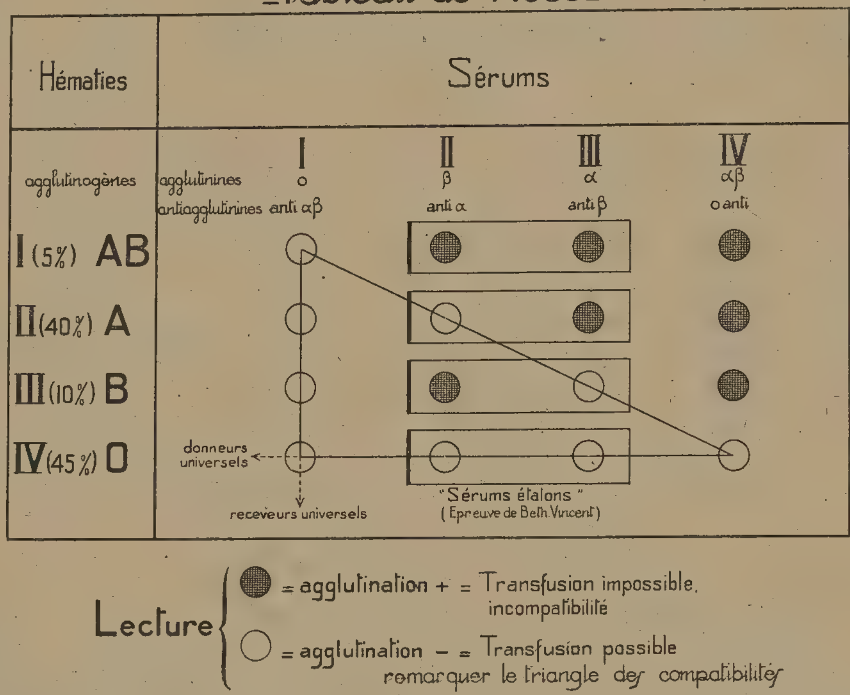
Le second facteur qui intervient dans l'agglutination est une substance agglutinable dite *agglutinogène* (antigène ou récepteur), portée par l'hématie; cet agglutinogène, contenu dans le stroma globulaire semble être, au moins en partie, de nature lipide. L'agglutination provient donc en définitive de l'union de l'agglutinine à l'agglutinogène. L'absorption de l'agglutinine est fonction de la température; elle se fixe déjà à la température ordinaire, mais l'optimum est à o degré; à des températures supérieures l'agglutinine est libérée.

Les hématies agglutinées sont ensuite lysées. Dans cette hémolyse entrent en jeu une *sensibilisatrice* thermostabile et une *alexine* thermolabile. La présence de l'alexine est indispensable, mais il semble bien qu'habituellement l'isolyse ne s'accompagne pas d'une fixation totale de l'alexine, contrairement à ce qui se passe avec les immunsérums.

A Landsteiner revient le mérite d'avoir démontré que les propriétés iso-agglutinantes normales ne sont pas identiques chez tous les individus. A ce point de vue les sangs humains peuvent être répartis en groupes; Landsteiner admettait primitivement l'existence de trois groupes; Jansky et Moss, indépendamment l'un de l'autre, ont porté ce nombre à quatre. On les désigne par les chiffres romains I, II, III, IV. Il faut savoir que le groupe I de Moss correspond au groupe IV de Jansky et inversement, ce qui de tout temps a été une source de confusion. Dans ce travail nous adoptons la classification de Moss, qui bien que postérieure à celle de Jansky, est généralement utilisée en France et d'autre part a servi de base à l'épreuve des tests d'agglutination de Beth-Vincent dons nous reparlerons.

Les inter-agglutinations peuvent être représentées par le *tableau de Moss*. Pour le rendre immédiatement compréhensible, il convient d'ajouter aux chiffres les symboles alphabétiques des agglutinines et des agglutinogènes. Tout se passe en effet comme s'il existait dans le sérum deux agglutinines différentes, — que l'on désigne respectivement par les minuscules grecques α et β, — auxquelles correspondent deux matières globulaires agglutinables ou agglutinogènes, — désignées par les majuscules latines A et B. — Bien entendu il n'est pas possible qu'un sujet possède telle agglutinine et l'agglutinogène qui lui correspond sans quoi il y aurait auto-agglutination; il possède au contraire toujours dans son sérum sanguin les agglutinines actives vis-à-vis des agglutinogènes qui manquent à ses propres hématies (*Règle de Landsteiner*); il peut posséder l'une ou l'autre des deux agglutinines α ou β, ou les deux α β, ou aucune o.

Tableau de Moss



La correspondance de cette nomenclature rationnelle, qui permet d'expliquer toutes les combinaisons observées, avec les groupes de Moss est la suivante :

Groupes.	Agglutinines.	Agglutinogènes.	Antiagglutinines.
I (IV de Jansky)..	o	AB	antiαβ
II	β	A	antiα
III	α	B	antiβ
IV (I de Jansky)...	αβ	O	oanti

Sur ce tableau, nous avons fait figurer, en outre, les anti-agglutinines qui, comme nous l'avons dit, existent à coup sûr dans les sérums : Moss a constaté que la présence du sérum d'un individu affaiblit l'agglutination et la lyse de ses propres hématies par un autre sérum, et l'empêche même complètement si le mélange des deux sérums a séjourné auparavant une demi-heure à l'étuve à 37 degrés; cette action empêchante des anti-agglutinines et anti-hémolysines est spécifique; elle est plus marquée dans le groupe AB et ensuite dans le A et le B pour être nulle dans le O.

Ainsi s'avèrent intelligibles les réactions réciproques des divers groupes. Il suffit pour s'en convaincre de regarder à nouveau le tableau de Moss qui devient de la sorte clair et facile à se graver dans la mémoire. (Remarquer dans le tableau le triangle des agglutinations négatives qui deviendra, lorsqu'on parlera de transfusion, ce qu'Abadie appelle fort judicieusement le *triangle des compatibilités*).

Cette répartition si harmonieuse des sangs humains en quatre groupes, quelques auteurs ennemis de la simplicité se sont efforcés de la battre en brèche. Guthrie et Huck, notamment, ont prétendu qu'elle ne rendait pas compte de toutes les combi-

naisons. Le sang d'un groupe déterminé étant individualisé à la fois par les agglutinines de son sérum et les agglutinogènes de ses hématies, ils ont constaté tout d'abord que les agglutinines pouvaient être qualitativement différentes de celles prévues par la théorie. Ainsi, à l'absence d'agglutinogène O, correspondent classiquement les deux agglutinines α et β; il se pourrait que certains sérums du groupe IV ne renferment que α, ou que β, ou même aucune agglutinine. Il en résulterait un certain nombre de sous-groupes, portant à 9 au lieu de 4 le nombre des combinaisons biologiques.

Mais ce qui compte essentiellement pour individualiser un sang, c'est l'agglutinogène, car il s'agit là, comme nous le verrons, d'une propriété primitive, héréditaire, invariable. Or, selon Guthrie et Huck, dont les interprétations ont été acceptées par plusieurs auteurs, il existerait en plus de A et B un troisième agglutinogène C auquel correspondrait une agglutinine γ. Suivant ces vues, chacun des quatre groupes classiques pourrait théoriquement être « redoublé »; et, en outre, on pourrait avoir une multiplication de sous-groupes suivant les variations des agglutinines comme il a été indiqué précédemment.

Ceci porte cette fois à 27 le nombre total des combinaisons!... Mais Guthrie et Huck eux-mêmes avouent n'avoir rencontré qu'une dizaine des variétés prévues théoriquement. Il semble donc qu'avec Lattes on puisse interpréter d'une manière beaucoup plus élégante toutes ces déviations du schéma des quatre groupes, tous ces groupes « ambigus » (P.-Emile Weil), par des différences individuelles non plus *qualitatives* mais *quantitatives* qui auraient « masqué » le groupe véritable. Les agglutinines, on le sait bien à l'heure actuelle, n'ont pas toutes une égale puissance; de même des hématies cependant de même groupe possèdent une agglutinabilité très variable.

Enfin la plupart du temps ces résultats contradictoires proviennent de techniques défectueuses ou erronées, et ce que l'on observe, en réalité, c'est une *pseudo-agglutination* des hématies en rouleaux, en piles de monnaie, n'ayant rien à voir avec la véritable agglutination en amas irréguliers, ou encore une *pan-agglutination à froid*, exaltation d'une propriété habituelle des sérums.

De tous ces faits, concluons donc qu'à l'heure actuelle on doit s'en tenir jusqu'à plus ample informé au tableau de Moss. Landsteiner même, avec toute son autorité en la matière, tout en tendant à admettre l'existence de différences individuelles plus détaillées, conserve intégralement la subdivision en quatre groupes classiques.

Des recherches récentes tendent à montrer que les caractères individuels des groupes sanguins rentrent dans le cadre général des propriétés communes à toutes les cellules de l'organisme. On a trouvé des substances groupe-spécifiques, capables d'absorber les agglutinines, dans les spermatozoïdes les cellules rénales, les cellules hépatiques, dans les sucs des divers tissus. Il semble donc que l'on doive parler de *groupes cellulaires* plutôt que de groupes sanguins. Il y a lieu de songer à cette notion à propos des *greffes* de tissus, notamment. Ainsi pourrait s'expliquer l'opposition des résultats défavorables de l'expérience chirurgicale concernant les greffes homo- ou hétéroplastiques, et des résultats heureux des greffes autoplastiques.

Le fait d'appartenir à un groupe déterminé est un caractère *fixe* pour chaque individu qui ne peut être modifié ni par le temps, ni par les conditions d'alimentation ou d'existence, ni par les maladies intercurrentes. Nombre d'auteurs, certes, ont essayé de démontrer la variabilité tant des agglutinines que des agglutinogènes d'un sujet sous des influences multiples : médicaments (quinine, digitale, salicylate, arsenic, mercure, chloroforme, etc.); sérothérapie, protéinothérapie, vaccinothérapie; menstruation, grossesse et accouchement; castration; efforts sportifs; rayon X, radium, galvanisation, etc., etc.

Il est hors de doute que plusieurs de ces influences modifient la vitesse de sédimentation des hématies et donnent lieu à une pseudo-agglutination, d'où pas mal de conclusions erronées.

Ce sujet a été étendu d'une manière fort curieuse à la pathologie : on s'est demandé à juste titre s'il existait des relations entre les groupes et la prédisposition aux maladies. Des statistiques nombreuses ont été établies à propos des psychoses, du cancer, de la tuberculose, de la réceptivité aux maladies infectieuses les plus diverses, etc., avec des résultats tellement contradictoires qu'on ne peut et doit en tenir aucun compte jusqu'à présent.

La notion de la fixité du groupe chez le même individu est liée nécessairement à celle dont il sera parlé au troisième paragraphe, de sa transmissibilité héréditaire et également à celle du pourcentage constant des groupes dans une population déterminée. Pour la France, cette proportion est la suivante.

I : 5 % — II : 40 % — III : 10 % — IV : 45 %

On pourrait s'attendre *à priori* à ce que les grandes variétés de l'espèce humaine, race blanche, race jaune, race noire se comportent très différemment au point de vue de la fréquence relative des groupes. Or, les recherches de L. et H. Hirszfeld, en 1917, pratiquées sur de nombreux soldats de toutes nationalites rassemblés en Macédoine par les circonstances exceptionnelles de la guerre, corroborées depuis par beaucoup d'autres travaux, ont établi que les quatre groupes se retrouvaient chez les différents peuples. Mais ce que l'on pouvait constater de la manière la plus nette, c'est l'indépendance des propriétés A et B. La prédominance notable de A sur B est caractéristique chez les populations européennes occidentales et chez celles qui en sont dérivées dans le monde entier (Etats-Unis, Australie). La propriété A diminue au fur et à mesure qu'on passe des nationalités du nord-est de l'Europe à celles du sud-ouest; la propriété B suit un ordre inverse.

En Afrique, en Asie, surtout aux Indes et en Extrême-Orient, les deux fréquences tendent à s'égaliser et même B à surpasser A. Les populations limitrophes ont des rapports intermédiaires.

La raison profonde de la différente distribution des groupes n'est pas encore éclaircie. L. et H. Hirszfeld ont émis l'hypothèse d'une origine séparée du

groupe A et B, le premier en Occident, le second en Orient; de sorte que les répartitions actuelles seraient le résultat du mélange progressif des races.

La propriété A, nous l'avons dit, diminue vers l'Orient mais n'est pas rare même chez les populations asiatiques; au contraire B diminue très rapidement à mesure que l'on avance vers l'ouest : ceci peut faire supposer que la propriété B est plus récente que la A. Quant à la race O, elle est la plus fréquente à peu près partout; d'autre part, elle se retrouve à l'état presque pur chez certains peuples primitifs d'origine lointaine (Indiens, Philippins, Australiens, Esquimaux) : ceci tendrait à prouver que c'est la race primitive. Cette hypothèse se heurte toutefois au fait que A et B ont été retrouvés chez les animaux, en particulier les singes anthropoïdes.

Ces recherches, si intéressantes soient-elles, ne permettent donc encore que des conclusions provisoires; elles rendraient désirable un complément d'enquête organisé sur une base internationale.

Quoique le groupe sanguin soit un caractère individuel fixe, il ne se manifeste pas d'emblée. Debré et Hamburger, Dungern, Hirszfeld ont montré que l'apparition des agglutinogènes est le fait primitif; déjà constatables chez le fœtus, ils sont presque toujours définitifs à la naissance où on les retrouve dans le sang du cordon. Au contraire, le développement des agglutinines est secondaire. Elles apparaissent dans les semaines qui suivent la naissance et, chose curieuse, si elles doivent apparaître toutes deux, comme par exemple dans le groupe O, elles peuvent le faire indépendamment l'une de l'autre, α précédant le plus souvent β.

***

II. Applications à la transfusion du sang. —

Sommaire : Les obstacles à la transfusion. — Coagulation du sang. — Revue rapide des techniques. — Incompatibilité sanguine. — Accidents observés. — Choix des donneurs. — Epreuves hématologiques. — Epreuves indirectes : technique de Beth-Vincent. — Epreuves directes (essentielle : SR sur GD; supplémentaire : SD sur GR). — Epreuve du cobaye. — Epreuve biologique. — Donneurs professionnels. — Transfusion entre consanguins. — Transfusions chez les nourrissons. — Inconvénients des transfusions répétées. — Autotransfusion.

Dans le précédent paragraphe, nous mentionnions, à propos des greffes, l'importance de la connaissance des groupes sanguins. On conçoit que cela devienne une nécessité quand il s'agit de cette *greffe sanguine* qu'est la transfusion, car des différences de groupes peuvent entraîner des accidents d'incompatibilité mortels. Avant d'étudier ces derniers, nous voudrions préciser sommairement quels sont les gros obstacles à la transfusion du sang; nous n'avons en vue pour le moment que l'isotransfusion, c'est-à-dire d'homme à homme.

Le premier obstacle sérieux est la coagulation du sang au cours de l'opération. Comment peut-on y parer? A cet égard deux ordres de techniques se partagent les faveurs des opérateurs, soit l'emploi du sang pur, soit l'emploi du sang stabilisé.

En ce qui concerne la transfusion du *sang pur*, nous ne faisons que citer la transfusion « directe » par anastomose artério-veineuse suivant le procédé primitif de Crile, à peu près abandonné aujourd'hui.

Certains auteurs utilisent des seringues ordinaires mais opèrent très rapidement (?).

La plupart enfin recueillent le sang dans des récipients ou seringues paraffinés : nous ne faisons que mentionner les ingénieuses instrumentations de Bécart (ampoule à renversement 1922, dérivée du tube de Kimpton et Brown), de Louis Jubé (seringue aspirante et foulante 1923), de Bécart (seringue à piston autovaselineur 1924). de Tzanck (transfuseur à trois voies 1926), de Bretey (1928). Toutes ces techniques, excellentes en soi, nécessitent de la part de l'opérateur une dextérité et une rapidité que tous les médecins ne peuvent avoir; elles exigent, en outre, un matériel relativement compliqué que seuls des spécialistes peuvent posséder; enfin, certaines d'entre elles rendent nécessaire la transfusion de bras à bras, ce qui est parfois un désagrément pour le donneur.

Aussi les préférences vont-elles actuellement aux techniques utilisant le *sang stabilisé* par un anticoagulant : citrate de soude à 4 p. 1.000 (taux optimum selon Pauchet et Bécart, soit 4 centimètres cubes d'une solution de citrate à 10 p. 100 pour 100 grammes de sang); sulfarsénol (Flandin et Tzanck — une ampoule de 0g06 diluée dans 3 centimètres cubes d'eau bidistillée suffit pour une transfusion moyenne de 250 à 300 grammes de sang); sang dilué dans du sérum glucosé isotonique dans la proportion d'une partie de sang pour deux parties de solution sucrée *chaude* (Hustin, Dupuy de Frenelle et Ribereau).

Les procédés imaginés sont innombrables. Citons ceux de Jeanbrau (avec son ampoule à bec en col de cygne), de G. Rosenthal, Ameuille, Finney, P.-Emile Weil, Béraud, Thévenard, Bécart, Danis, Dupuy de Frenelle, Rieux, Gutmann, etc...

Seuls, à notre avis, méritent d'être retenus ceux à la portée de tout médecin. De ce nombre sont les procédés extrêmement pratiques préconisés par P.-Emile Weil, par les professeurs Rieux et Pilod, au Val-de-Grâce qui nécessitent simplement comme matériel : une aiguille de Vernes pour le donneur, un verre à pied gradué avec agitateur où l'on mêle le sang à la solution anticoagulante, deux seringues de 50 ou 100 centimètres cubes à embout excentré pour la réinjection.

Jeanbrau a montré ce qu'il fallait penser de la prétendue nocivité du citrate de soude. Il conclut son rapport au Congrès de médecine de 1929 comme il avait conclu celui au congrès de chirurgie de 1923 en disant : « Dans la pratique civile comme dans la pratique de guerre, en chirurgie comme en médecine, la transfusion du sang citraté demeure la méthode de choix par sa simplicité, sa sécurité et son efficacité ».

Abordons maintenant le second obstacle majeur à la transfusion, nous voulons parler de l'*incompatibilité sanguine*. Nous pourrons être assez bref, ayant essayé de poser le problème d'une manière aussi claire que possible dans notre première partie.

Quels sont donc les accidents que l'on peut observer lorsque le sang du donneur et celui du receveur ne sont pas compatibles?

1° Des accidents immédiats légers, sans gravité aucune, très fréquents, « la monnaie courante de la transfusion » (Jeanbrau et Giraud), dus seulement à l'injection trop rapide du sang.

2° Des accidents immédiats graves, mortels souvent, se traduisant par des troubles respiratoires, du collapsus cardiaque; la mort survient en quelques secondes ou en quelques heures dans le coma.

Dans les éventualités moins graves, le malade survit et l'on voit apparaître quelques heures ou quelques jours plus tard de l'ictère hémolytique, de l'hémoglobinurie et la mort pourra survenir de façon tardive par urémie. Ce sont bien là les *accidents d'incompatibité proprement dits*, relevant en dernière analyse de l'*hémolyse*.

Nous allons voir qu'ils sont parfaitement évitables. Au surplus, la mort par incompatibilité de groupe serait à craindre au maximum dans 3 p. 100 des cas d'après Jeanbrau.

3° Des accidents tardifs, véritables réactions sériques d'ordre anaphylactique : prurit, urticaire, œdème, arthralgies, hyperthermie.

[Nous tenons en passant à souligner le fait qu'on ne saurait se montrer trop exigeant sur le choix des donneurs en ce qui concerne tuberculose, paludisme et surtout syphilis; nous avons rapporté par ailleurs six cas connus de syphilis sans chancre, intraveineuses d'emblée (F. Morel, syphilis sans chancre, *Paris méd.*, 28 déc. 1929) apparue après transfusion; il convient donc à cet égard de s'entourer de toutes les garanties cliniques et sérologiques.]

Pour éviter les accidents d'incompatibilité, un choix judicieux des donneurs s'impose donc. Etant donné que les agglutinines d'un sang peuvent agir sur les agglutinogènes de l'autre, on pourrait croire *à priori* que receveur et donneur doivent appartenir au même groupe sanguin, ce qui limiterait singulièrement les possibilités de transfusion. Heureusement, il n'en est rien. Dans la pratique, on ne doit tenir compte que de l'action du sérum du receveur (SR) sur les globules rouges du donneur (GD). En effet, si le sérum du donneur était agglutinant ou hémolysant *in vitro* pour les globules du receveur, ses agglutinines ou hémolysines *in vivo*, injectées en faible quantité par rapport à la masse sanguine totale du receveur aurait tôt fait d'être diluées et neutralisées par les anti-agglutinines ou antihémolysines du sang du receveur. Au contraire, l'action des antagonistes du donneur ne peut se faire sentir étant donné la faible proportion de son sérum qui est injectée.

On peut donc fixer à l'avance dans tous les cas le choix du donneur.

1° Si le receveur appartient à un groupe déterminé, dans quels groupes pourra-t-on choisir les donneurs?

	SR connu			
	I (o)	II (β)	III (α)	IV (αβ)
GD?	I (AB)			
	II (A)	II (A)		
	III (B)		III (B)	
	IV (O)	IV (O)	IV (O)	IV (O)

On voit que le groupe I est le groupe des *receveurs universels*, pouvant accepter n'importe quel donneur du fait que leur sérum ne renferme aucune agglutinine. Leur proportion est minime : 5 p. 100.

2° Inversement, si le donneur appartient à un groupe déterminé, à quels receveurs éventuels pourra-t-il convenir?

GD connus	SR?			
I (AB) →	I (o)			
II (A) →	I (o)	II (β)		
III (B) →	I (o)		III (α)	
IV (O) →	I (o)	II (β)	III (α)	IV (αβ)

On voit que le groupe IV est le groupe des *donneurs universels*, pouvant convenir à n'importe quel receveur, du fait que ses globules ne possèdent aucun agglutinogène. Leur proportion est forte : 45 p. 100 soit presque un individu sur deux.

On remarquera que nous avons disposé les tableaux précédents d'une manière analogue à celui de Moss, pour bien faire ressortir ce que nous avions annoncé sous le nom de *triangle des compatibilités*.

Avant toute transfusion, il importe donc de déterminer le groupe du receveur et celui des donneurs éventuels. Pour cela, il suffit de déposer sur une lame de verre une *grosse goutte* de sérum connu de chacun des groupes, sérums étalons stockés à l'avance, et conservés citratés (pour éviter la coagulation du sang qu'on va y mêler) et légèrement antiseptisés (quinosol). On y ajoute une *très petite goutte* du sang à éprouver, pris au lobule de l'oreille ou à la pulpe de l'index.

On balance légèrement la lame pour éviter la sédimentation. En quelques minutes, on voit s'il se produit ou non l'agglutination; si oui, il apparaît un fin précipité floconneux couleur brique pilée dans le sérum que devient presque incolore; sinon le mélange reste parfaitement homogène.

En examinant une fois de plus le tableau de Moss, on constate que l'épreuve avec des sérums étalons des groupes II et III seulement est nécessaire et suffisante : c'est l'épreuve simplifiée proposée par *Beth-Vincent*. Elle permet, en effet, d'observer une des quatre éventualités suivantes :

1. Agglutination par les sérums II et III = sang du groupe I.
2. — par le sérum III seulement = sang du groupe II.
3. — par le sérum II seulement = sang du groupe III.
4. Aucune agglutination = sang du groupe IV.

Il existe dans le commerce pour réaliser cette épreuve des nécessaires très pratiques tels que la trousse du docteur Bécart (fournie par les Laboratoires Bruneau, 17, rue de Berri, Paris) ou le nécessaire du docteur Paul Michon (de Nancy), (fourni par la Maison Duffaud, 11, rue Dupuytren, Paris).

Falgairolle a apporté un perfectionnement important à l'épreuve de Beth-Vincent en montrant que

l'adjonction d'une substance inerte telle que le *kaolin* au mélange sérum-hématies permet d'éliminer les « pseudo-agglutinations ». La suspension de kaolin (kaolin lavé 1 p., eau physiologique à 9 p. 1000 2 p.) peut être ajoutée avant ou après l'apparition de l'agglutination de façon à réaliser les proportions : sérum étalon : 3 parties, sang à éprouver : une partie, suspension de kaolin : une partie. Seule résiste à cette adjonction la véritable iso-agglutination; au contraire les hématies simplement accolées artificiellement en piles de monnaie se dispersent.

Ajoutons que pour avoir la notion exacte du groupe auquel appartient un sujet, il conviendrait en outre d'éprouver son sérum vis-à-vis d'hématies-étalons; or celles-ci ne peuvent être stockées à l'avance comme les sérums; on peut utiliser des suspensions d'hématies fraîches de groupes connus, surtout A et B, choisies naturellement parmi les plus sensibles au point de vue agglutinabilité. Cela mettrait à l'abri d'accidents survenant parfois chez des individus de même groupe et dûs à l'existence possible de sous-groupes.

Les épreuves hématologiques que nous venons de décrire pour la recherche des incompatibilités, consistant à déterminer le groupe sanguin tant du donneur que du receveur peuvent être appelées méthodes *indirectes*.

Par opposition il existe des méthodes hématologiques *directes* qui peuvent être employées comme complément d'étude, ou exclusivement, si l'on est dépourvu des sérums étalons II et III.

a. *Epreuve essentielle*, suffisante en pratique : mettre en présence une grosse goutte du sérum du receveur et une très petite goutte de sang du donneur. S'il n'y a pas d'agglutination, receveur et donneur sont compatibles, on peut transfuser.

b. *Epreuve supplémentaire :* mêler une petite goutte de globules du receveur à une grosse goutte de sérum du donneur. S'il n'y a pas d'agglutination à nouveau, receveur et donneur sont de même groupe, la garantie est plus grande encore.

Le kaolin peut être utilisé comme dans l'épreuve indirecte pour éviter les « pseudo-agglutinations ».

Dans la pratique, il est assez long d'attendre que le sang coagulé ait laissé exsuder le sérum (deux heures au moins). P.-Emile Weil recueille le sang dans un tube contenant un demi-centimètre cube de sérum citraté à 1 p. 100; au bout de dix minutes, les hématies commencent à sédimenter et on peut facilement recueillir la goutte de plasma clair nécessaire à l'examen. Bécart laque le sang dans de l'eau distillée et obtient immédiatement de la sorte du sérum dilué qu'il éprouve avec une goutte de sang en solution physiologique citratée, c'est-à-dire en réalité une suspension globulaire. Nurnberger (épreuve des trois gouttes, 1920), se contente de déposer sur une lame : une goutte de solution de citrate à 10 p. 100; une goutte de sang du donneur éventuel; une goutte de sang du receveur; il mélange les trois gouttes intimement et observe s'il y a agglutination au microscope.

Lattes fait remarquer à juste titre que toutes ces méthodes simplifiées, suffisantes pour la pratique des transfusions qui exige de la rapidité, doivent céder le pas à des méthodes de laboratoire plus savantes exécutées par un hématologiste spécialisé, lorsqu'il s'agit de la résolution de problèmes scientifiques, biologiques ou médico-légaux, et de l'élaboration de statistiques.

Tzanck a proposé pour l'étude des incompatibilités une *méthode expérimentale* originale, qui consiste à injecter dans le cœur d'un cobaye un demi-centimètre cube de chaque sang. S'il y a incompatibilité, en quelques secondes l'animal présente des phénomènes de choc anaphylactique mortel.

Il peut arriver que la transfusion s'impose avec une telle urgence qu'on n'a pas le temps de recourir aux diverses épreuves précitées. Il est alors une dernière ressource, véritable *épreuve biologique*, qui est d'ailleurs toujours à utiliser, même lorsque les recherches préalables ont pu être effectuées; elle se résume dans la précaution suivante : injecter au receveur 40 à 50 centimètres cubes de sang, *très lentement*. Si aucun phénomène subjectif n'apparaît (douleurs lombaires, abdominales, thoraciques, dyspnée, angoisse précordiale, fourmillements dans les extrémités) on peut continuer prudemment l'opération. Il est même recommandable de ne prélever le surplus du sang du donneur qu'après avoir pris cette précaution, afin d'éviter tout gaspillage inutile de sang.

Certains hôpitaux, surtout en Amérique, possèdent des listes de *donneurs professionnels*, véritables « vendeurs » de sang. Il est ainsi toujours possible de trouver soit un donneur de même groupe que le receveur, soit de prendre un donneur universel. Il est bon toutefois de tenir des observations sur les conditions de vie de ces donneurs habituels pour empêcher tout dommage à leur santé. On doit notamment pratiquer leur Wassermann tous les trois mois.

En France, sauf pendant la guerre, cette façon de faire n'est pas entrée dans le domaine courant des réalisations.

On préfère s'adresser à un membre de la famille du malade, tout en sachant que cela ne dispense pas des recherches hématologiques. L'étude de l'hérédité des groupes nous expliquera dans un instant le pourquoi de cette affirmation.

En ce qui concerne les *nourrissons*, la date d'apparition très variable des agglutinines dans leur sérum, habituellement tardive il est vrai comme nous l'avons vu, rend recommandables néanmoins chez eux aussi les examens sérologiques avant toute transfusion.

On s'est demandé si les *transfusions répétées* chez un même individu pouvaient avoir des inconvénients. On peut affirmer tout d'abord que le groupe d'un individu ne change pas même après transfusion avec le sang d'un autre groupe. Tous les auteurs rapportent le cas d'un sujet du groupe I (par conséquent receveur universel) qui a subi sans dommage, à la clinique chirurgicale des frères Mayo, de Rochester, soixante-quinze transfusions avec des sangs provenant d'individus des quatre groupes, sans que son propre sérum s'en soit trouvé modifié.

Mais, fait plus important, après des transfusions

répétées surtout du même donneur au même receveur, il se formerait des anticorps immunitaires, dans le sérum de ce dernier, risquant de compromettre les opérations ultérieures. Une déduction s'impose : il convient pour de tels sujets de refaire toujours les épreuves préalables d'incompatibilité, particulièrement les épreuves directes.

Un mot pour finir ce chapitre sur l'*auto-transfusion* (nous omettons volontairement de parler des hétéro-transfusions qui n'ont plus leur raison d'être à l'heure actuelle). Certains chirurgiens ont proposé, dans des cas d'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire, de recueillir aseptiquement le sang au cours de l'intervention, de le filtrer sur gaze, et de le réinjecter tiédi. Il est recommandé d'éviter toute altération mécanique du sang et de ne pratiquer cette « réinfusion » que lorsque le sang n'a pas séjourné trop longtemps dans l'abdomen, moins de seize heures en pratique. On a pu remarquer quelques légères réactions (malaise, dyspnée, frissons, hyperthermie, ictère tardif, hémoglobinuries légères) intéressantes en ce qu'elles peuvent être comparées aux incidents de l'isotransfusion compatible, et en ce qu'elles constituent un argument pour soutenir l'origine artificielle de ces derniers.

*
* *

III. **Déductions médico-légales.** — *Sommaire :* Hérédité des groupes sanguins. — Ses lois. — Influences mendéliennes. — Théorie de Dungern-Hirszfeld. — Théorie de Bernstein. — Divergences. — Discussion. — Problèmes en cours d'étude (sélection dans l'hérédité, infécondité de certains ménages, immunité héréditaire, cas des jumeaux, superfécondation). — Recherche de la paternité. — Identification des nouveau-nés (infanticides). — Identification des nourrissons. — Recherche et identification des criminels. — Diagnostic des taches de sang.

Nous avons réservé intentionnellement pour ce troisième chapitre l'étude de l'*hérédité des groupes sanguins* dont les applications les plus immédiates relèvent du domaine de la médecine légale.

Les travaux de V. Dungern et Hirszfeld, depuis 1909, corroborés depuis par bien d'autres, ont fourni ce premier résultat fondamental : les propriétés A et B des hématies n'apparaissent jamais chez un enfant si elles ne sont pas présentes chez l'un ou l'autre des deux parents. Autrement dit des parents A. B. ou AB peuvent avoir des enfants de ces mêmes groupes ou des enfants O. Si les parents, au contraire, appartiennent au groupe O, les enfants appartiennent également toujours à ce même groupe.

Les propriétés A et B peuvent être considérés comme des « caractères dominants » conformément aux doctrines classiques de Mendel sur l'hérédité; leur absence O comme un « caractère récessif ».

Des études en série ont montré, comme l'avaient déjà fait les considérations ethno-anthropologiques, l'indépendance de A et B; ces propriétés peuvent être séparées ou réunies par l'hérédité.

Exemples : parents AB × O, enfants A, B; parents A × B, enfants AB, B, A, A.

Plus récemment, en 1924, le mathématicien Bernstein a repris ces études. Sa théorie diverge de celle de Dungern-Hirszfeld en ce que, selon lui : lorsque l'un des parents possède le groupe AB, les enfants peuvent bien être AB, A ou B, mais jamais O. En outre, dans le cas spécial de la combinaison matrimoniale O × AB, les enfants ne peuvent pas non plus appartenir au groupe AB.

En totalisant les recherches statistiques internationales effectuées jusqu'alors, on arrive à près de 5.000 familles avec 12.000 enfants. Or, sur ce total réellement imposant on ne trouve, faisant exception tant à la théorie de Dungern-Hirszfeld qu'à celle de Bernstein, qu'une trentaine de familles avec une centaine d'enfants.

Comment expliquer ces divergences?

La première hypothèse qui vient à l'esprit et qui est certainement fondée, c'est qu'une bonne part de ces exceptions doit être attribuée à l'illégitimité de certains enfants. Il est remarquable que dans tous les cas divergents l'un au moins des parents appartient au groupe O. On conçoit dès lors que l'intervention illégitime d'un père A ou B puisse introduire un nouvel agglutinogène dans la descendance; tandis que si la combinaison est A × A ou B × B, l'intervention illégitime la plus probable d'un père O (45 p. 100) ne laisse aucune trace révélable (Thomsen).

Toutefois un cas de Mino est instructif : parents O × O, enfants O, O, O, O, A, A. Or, trois des premiers enfants présentaient une syndactilie de deux orteils; un des enfants A présentait cette même syndactilie encore plus prononcée ; le père était normal, mais dans sa famille cette anomalie s'était rencontrée souvent.

Cette observation fait supposer que la divergence ne dépend pas toujours de l'illégitimité.

Un autre facteur qui intervient également à coup sûr, c'est l'emploi de techniques défectueuses ou erronées, donnant lieu à de fausses agglutinations. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que le nombre des divergences est nettement moindre dans les travaux récents, depuis que la connaissance plus approfondie des causes d'erreur a amélioré partout la technique et a stimulé la révision des cas paradoxaux.

Depuis que Bernstein a publié sa théorie, les travaux de ces dernières années ont porté précisément sur la vérification de l'hérédité du groupe AB. Les divergences entre père et enfants peuvent s'expliquer comme précédemment par l'illégitimité. Mais, par contre, les contradictions existant entre mère et enfants ne peuvent être interprétées de la même façon. Selon Bernstein, en effet, une mère AB ne peut avoir de fils O, et une mère O ne peut avoir de fils AB, indépendamment du groupe du père.

Constatons d'abord que les divergences vis-à-vis de la mère sont bien moins fréquentes que celles vis-à-vis du père.

Il est, du reste, toujours possible de penser à leur sujet aux erreurs de technique.

Mais la meilleure preuve que l'on puisse apporter en faveur de l'exactitude de la théorie de Bernstein, c'est que les travaux récents, notamment ceux de Lattes et de ses collaborateurs, portant sur plus

d'un millier de mères O et AB n'ont jamais révélé d'enfants en opposition avec cette théorie.

La notion de l'hérédité des groupes sanguins est grosse de conséquences de tous genres. On aurait constaté, par exemple, qu'on retrouverait chez les enfants les groupes maternels plus souvent que les paternels ce qui tendrait à faire croire au rôle possible des groupes dans la symbiose fœto-maternelle et dans la pathogénie de certains accidents comme l'éclampsie. On a voulu, d'autre part, expliquer l'infécondité de certains ménages par une incompatibilité de groupe (simples hypothèses jusqu'à présent). Hirszfeld, s'attachant à solutionner le problème de l'hérédité de l'immunité envers certaines maladies infectieuses a abordé cette question par une voie indirecte en se demandant s'il existait une corrélation avec la transmission des groupes. C'est ainsi qu'il a constaté que la réaction de Schick : 1° peut être positive ou négative indifféremment dans tous les groupes; 2° si les deux parents sont réceptifs, tous les enfants le sont aussi; 3° si les deux parents sont immuns, la plus grande partie des enfants l'est aussi; les autres surtout les plus jeunes, peuvent être réceptifs; 4° enfin si l'un des parents est réceptif, l'autre immunisé, les enfants qui ont le groupe du premier sont aussi réceptifs, ceux qui ont le groupe du second sont en partie résistants, en partie réceptifs.

Une question intéressante est celle des jumeaux. Dans les grossesses univitellines, les enfants ont toujours le même groupe sanguin; dans les grossesses bivitellines il diffère souvent, comme chez des frères non jumeaux. Un problème qui pourrait être éclairci par l'étude des groupes est celui de la superfécondation; son existence sera démontrée le jour où une mère O et un père A donneront naissance à deux jumeaux, l'un A, l'autre B; cela prouvera nécessairement l'intervention d'un second père B.

Ceci nous amène tout naturellement à parler de la *recherche de la paternité* en médecine légale par l'étude des groupes sanguins.

La question peut être envisagée sous plusieurs jours différents. D'après ce que nous avons énoncé précédemment, il est facile de construire des tableaux établissant, en présence de telle combinaison matrimoniale les enfants possibles ou non.

On peut, au contraire, en se basant sur le groupe de la mère et de l'enfant prévoir ou éliminer tel groupe chez le père. On conçoit toutefois qu'il y ait certaines combinaisons mère-enfant où aucun père ne peut être exclu; ce sont celles où la mère et l'enfant possèdent les mêmes agglutinogènes A. A. ou B. B. Dans ces cas évidemment, toute recherche de paternité est vaine. Dans tous les autres cas (y compris celui de mère AB-fils AB), on peut exclure chez le père un, deux, ou trois des groupes.

Selon la théorie de Bernstein, le fils O exclut le père AB et le fils AB le père O, indépendamment de la mère.

Lorsque le groupe prévu existe chez le père supposé, tout ce que l'on peut conclure, c'est que cet homme *peut* être le père réel; mais on ne peut l'affirmer. Au contraire, on peut être tout à fait catégorique lorsqu'il s'agit d'exclusion.

La recherche de la paternité au moyen des groupes sanguins, dans les limites d'application qui viennent d'être indiquées et sous sa forme négative d'exclusion n'est plus actuellement une simple conception théorique; elle est passée largement dans le domaine de la pratique. Dans les pays latins, France, Italie, Espagne, le dogme : *pater semper incertus* est toujours considéré comme intangible. Il n'en va pas de même dans d'autres pays, Allemagne surtout, Autriche, Pays scandinaves, Russie, où le nombre des affaires judiciaires de recherche de paternité ne se compte plus.

A Berlin, on cite 3.000 procès de cette nature en 1924! Il peut être intéressant de donner une idée du nombre de cas où l'on a fait appel à des recherches hématologiques. Rien qu'en Allemagne en quelques années, on peut évaluer ce nombre à plus d'un millier de cas, avec une centaine d'exclusions.

La recherche des groupes sanguins peut être utile également pour l'*identification des nouveau-nés* en cas d'abandon d'enfant ou d'infanticide, puisqu'on sait que les propriétés agglutinantes du sang ne disparaissent qu'avec la putréfaction.

Elle peut aider également à l'*identification des nourrissons*, notamment dans des cas d'erreurs de maternité. En voici un exemple :

Dans une maternité, la sage-femme prend pour les laver deux enfants de deux mères qui viennent d'accoucher; ayant enlevé par mégarde leurs marques distinctives, elle ne sait plus à quelle mère appartient chaque enfant. Le cas était difficile. Heureusement la recherche des groupes sanguins donna ici des résultats très probants :

Famille M : mère A, père A.
Famille P : mère B, père A.
Enfants : l'un A, l'autre B.

L'enfant A pouvait évidemment appartenir à l'une quelconque des deux familles; mais l'enfant B ne pouvait appartenir qu'à la famille P. Un peu plus tard certains caractères familiaux confirmèrent le bien fondé de cette conclusion.

Les groupes sanguins peuvent servir encore à la recherche des criminels; cela constitue un caractère de plus pour l'identification du récidiviste, s'ajoutant aux données anthropométriques, aux empreintes digitales, etc. Cela permet en outre d'établir l'origine des taches de sang sur le lieu d'un crime.

Ceci nous conduit à l'étude du *diagnostic des taches de sang* qui n'est certes pas l'un des moindres problèmes de la médecine légale.

Trois questions sont posées généralement :

1. S'agit-il d'une tache de sang?
2. Est-ce du sang humain?
3. Ce sang appartient-il à telle ou telle personne, par exemple à la victime ou à l'agresseur?

1. La première question est résolue par l'emploi de méthodes de probabilité : réaction d'Adler à la benzidine (coloration vert bleue), réaction de Meyer à la phénolphtaléine (coloration rouge), — qui ne mettent pas à l'abri de certaines causes d'erreurs (rouille, sels de cuivre); — et surtout de méthodes de certitude : recherche des globules, réaction de Teichmann (cristaux d'hématine), spectroscopie.

2. La seconde question est résolue de la manière


Bacilloses
États infectieux pulmonaires
Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'
Antiphymique Vadam
Réalise l'antisepsie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.
FORMULE
Iode 0,01
Cholestérine . . . 0,10
Cinnamate de Benzyle . . . 0,05
Eucalyptol 0,05
Goménol 0,05
Gaiacol 0,05
Huile stérilisée. 1c.c. 5
Synergyl Vadam
Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.
Antiphymique Vadam
CACHET DE GARANTIE
Échantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone : Archives 08-27


CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS
Laboratoires WARIN
4, chaussée de la Muette
PARIS
CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE
PUB. PICARD

suivante : la tache suspecte dissoute dans une solution physiologique fournit un liquide rouge qu'on clarifie par centrifugation; s'il s'agit de sang humain, le liquide clair ainsi obtenu se trouble par addition d'un sérum de lapin préparé par quelques injections de sang humain. Ce phénomène est basé sur l'existence de précipitines immunitaires spécifiques.

3. La troisième question est la plus intéressante pour le sujet qui nous occupe. Elle peut être résolue de manière simple par la réaction de Landsteiner-Richter : Si l'extrait d'une tache de sang humain agglutine les hématies d'un individu, la tache ne peut provenir de ce dernier.

Mais la manière idéale de répondre à la question posée est sans conteste la détermination du groupe sanguin. On sait en effet que la simple dessiccation du sang n'altère pas sensiblement les agglutinines; quant aux agglutinotènes ils se montrent encore plus résistants à toutes les influences nocives.

Pour arriver au diagnostic individuel d'une tache, on peut donc suivre deux chemins différents : l'un consiste dans la recherche des propriétés iso-agglutinantes spécifiques du sérum; l'autre tend à constater les propriétés d'agglutinabilité électives des hématies; bien entendu pour ces épreuves on devra faire appel aux hématies-étalons et aux sérums-étalons choisis parmi les plus actifs.

C'est pour ces recherches délicates et dont les conséquences peuvent être capitales qu'il est particulièrement recommandé d'éviter à tout prix les fausses agglutinations (Lattes), et pour ce, de n'employer que des techniques de laboratoires rigoureuses, relevant du spécialiste et n'ayant que de lointaines analogies avec les procédés simplifiés relativement grossiers que nous avons décrits à propos de la transfusion.

*
* *

Arrivés au terme de cette étude, faisons remarquer simplement combien est riche cette question des groupes sanguins, à combien de domaines elle touche, en biologie, en clinique, en médecine légale. Ces considérations rendraient désirable que soit pris en considération le vœu émis au dernier Congrès de médecine par Hédon et Jeanbrau de la création dans les grands hôpitaux de laboratoires d'hématologie bien outillés, ayant à leur tête des hématologistes de carrière compétents et... bien rémunérés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 MARS 1930)

Sur les lois d'excitabilité électrique par décharges très brèves sur les muscles rapides. — M. Philippe FABRE.

Démonstration de l'existence de l'ultravirus tuberculeux par inoculation directe dans les ganglions lymphatiques. — M. C. NINNI. Il ressort des expériences de l'auteur :

1° Que l'injection intraganglionnaire de filtrat de cultures tuberculeuses, ou du virus de passage, est le moyen le plus facile et le plus sûr pour mettre en évidence les formes visibles de l'ultravirus tuberculeux avec les plus faibles doses de filtrat;

2° Que l'on trouve ces bacilles, comme l'ont constaté MM. Calmette et Valtis, dans les quinze premiers jours qui suivent l'inoculation. Après cette date les bacilles sont susceptibles de disparaître.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 MARS 1930)

Notice nécrologique. — M. Paul RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. Bard (de Lyon), associé national de l'Académie, récemment décédé.

Vieillissement et magnésium. — MM. DELBET et Pierre BRETEAU ont étudié la teneur en calcium et en magnésium de l'organisme aux différents âges. Chez l'enfant, le calcium et le magnésium sont en égale quantité. Chez l'adulte, on trouve moins de magnésium que de calcium. Chez le vieillard, enfin, le calcium augmente encore et le magnésium est en quantité infime. L'étude des différents organes montre que le magnésium diminue notamment dans le testicule et le cerveau du vieillard.

M. Delbet pense que le magnésium qui améliore les prurits des vieillards doit à priori amener une amélioration dans le cerveau et le testicule. C'est dans ce sens qu'il oriente ses recherches actuelles.

Résultat d'une prospection zoologique des eaux de source de la Syrie au point de vue médical. — M. PALLARY envoie une note d'où il résulte qu'il faut rayer la bilharziose du cadre des maladies syriennes. Sauf à Saïda où il existe un *Bullin*, il y a très peu de chance qu'elle s'établisse au Liban et dans l'Antiliban, pays d'eaux vives et torrentielles.

On sait que la bilharziose est spéciale aux pays à climat désertique et pauvre en eau courante (Egypte, Gafsa, Marrakech, Irak, Palestine).

A propos des inondations. — M. LE PRÉSIDENT invite l'Académie à ouvrir une souscription parmi ses membres.

Comité secret. — A 3 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret afin d'étudier les propositions de candidatures pour une place vacante dans la section des membres libres, en remplacement de M. Georges Clemenceau, décédé. L'Académie doit aussi procéder à l'élection de neuf membres à adjoindre à la section.

On sait que les candidats sont MM. Henri de Rothschild, Louis Mourier, Raoul Blondel, Henri Bouquet, Trillat et Kling.

A 5 h. 1/2, la discussion, qui fut paraît-il fort animée et parfois fort vive, n'était pas encore terminée.

L'élection aura lieu le 1er avril prochain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1930)

Hernies embryonnaires. — M. Küss a opéré par cerclage de l'orifice un nouveau-né, une heure trois quarts après sa naissance. Excellent résultat. M. Küss expose ensuite ses idées sur le traitement des hernies congénitales.

Perforations des ulcères gastriques. — M. GUIMBELLOT a opéré vingt-sept cas de perforations d'ulcères gastriques. A deux reprises il a observé des douleurs en coup de poignard qui ne correspondaient pas à une perforation.

Ostéo-synthèse et arthrotomie dans les arthrites suppurées. — M. MOUCHET fait un rapport sur plusieurs observa-

tions de MM. Négrié et Canton concernant différents cas d'ostéosynthèse et d'arthrotomie.

Ulcère chronique duodénal expérimental après fistule biliaire totale chez le chien. — M. Gosset rapporte les travaux de M. Loevy qui a obtenu sur quatre chiens par dérivation totale et isolée de la bile, dans un cas un ulcère, dans trois cas une teinte rouge du duodénum avec hémorragies digestives.

Grosses hernies inguinales. — M. Métivet a opéré deux grosses hernies contenant des magmas d'intestin grêle agglutinés. Il a libéré ces anses et les a rentrées. Les deux malades ont guéri.

Fibrome de l'utérus et cancer sigmoïdien. — M. Okinczyc. Une malade chez laquelle on avait constaté un fibrome revient brusquement à l'hôpital pour subocclusion qui se complète. Pas de débâcle à la rachianesthésie. A la laparotomie médiane on constate que le fibrome n'est pas cause de l'occlusion, mais l'hystérectomie permet de donner du jour et de repérer un squirrhe du côlon sigmoïde qu'on extériorise. Résection ultérieure et anus artificiel. Ultérieurement nouvelle occlusion : adhérences et coudure du grêle au fond du Douglas. On tourne cet obstacle par anastomose intestinale. Guérison.

M. Sorrel réintervenant pour péritonite après appendicite à chaud a eu un succès qu'il attribue peut-être à l'emploi du sérum salé hypertonique.

M. Métivet a opéré un cas où le fibrome s'accompagnait d'un cancer du côlon transverse.

Cancer du côlon pelvien. — M. Okinczyc rapporte une observation de cancer de la partie terminale du côlon pelvien. Il a pratiqué la résection et a terminé par invagination du côlon dans le rectum. Par cette opération de Mummery il a pu conserver le cours des matières chez une malade jeune. Guérison.

M. Picot : Desjardin aurait décrit avant la guerre un procédé assez analogue.

M. Proust demande à quelle hauteur siégeait le cancer.

M. Okinczyc précise qu'il s'agissait d'un cancer de la partie terminale du côlon sigmoïde.

Découverte opératoire et exploration du cervelet. — M. de Martel a renoncé à l'incision en arbalète de Cushing et taille un volet ostéoplastique à charnière inférieure répondant au trou occipital, tout en ne conservant de l'écaille occipitale qu'une mince bande osseuse répondant aux insertions du trapèze et du splénius. Cette bande remise en place et fixée par deux fils de bronze rend à la nuque sa force et son galbe et dispense d'innombrables sutures. Un film représentant un enfant atteint de tumeur du vermis médian, avant et après l'opération, illustre cette communication.

Présentation d'instrument. — M. Mocquot présente un appareil métallique solidarisant l'aiguille à la seringue pour injections.

HYGIÈNE PUBLIQUE

APRÈS LES INONDATIONS

UNE CIRCULAIRE DE M. DÉSIRÉ FERRY, MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique, vient d'adresser aux préfets des départements inondés la circulaire suivante indiquant les mesures immédiates à prendre pour éviter les épidémies :

« Les inondations qui viennent de dévaster votre départe-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Psychoses évitables, par le docteur Marcel Nathan, ancien chef de clinique de la Faculté, ancien interne des hôpitaux. Bibliothèque des Connaissances médicales dirigée par le docteur Apert. In-18 jésus. — Prix : 12 fr. — Paris, E. Flammarion.

Les Délirants, par le docteur R. Mallet, médecin inspecteur des Asiles, expert près les Tribunaux. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 106 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ment peuvent avoir, au point de vue de la santé publique, au moment où les eaux se retirent, comme conséquences d'une gravité toute particulière, la propagation de certaines maladies épidémiques et notamment de la fièvre typhoïde.

Quelques-uns des dangers à redouter résultent d'une disposition spéciale ou d'accidents locaux (effondrement, éboulement, ouverture de cimetières) et il ne peut y être apporté remède qu'après des travaux plus ou moins importants inspirés de l'état des lieux.

Mais, déjà, on peut considérer :

1° Que tous les puits ont été souillés, ils doivent donc tous être condamnés sans exception. En cas où des distributions d'eau par camion-citerne seraient impossibles, la recommandation absolue doit être faite de faire bouillir l'eau d'alimentation pendant dix minutes.

2° Qu'il est nécessaire de blanchir à la chaux toutes les maisons inondées, sur les murs desquelles se sont forcément déposés des détritus organiques et la vase entraînée par les eaux.

3° Que toutes les vases déposées sur le sol dans les maisons doivent être désinfectées, avant d'être retirées, par un lait de chaux additionné de 10 p. 100 de sulfate de cuivre pour désodoriser (1 litre de lait de chaux peut suffire pour 2 mètres cubes).

4° Que les cadavres d'animaux doivent être incinérés ou, en cas d'impossibilité, enfouis profondément, et à cinquante mètres au moins des sources et des puits, et après avoir été aspergés de lait de chaux. Les lieux où ils auront été recueillis seront arrosés d'eau de Javel, diluée dans de l'eau (une cuillerée à soupe par litre) ou saupoudrée d'hypochlorite de chaux (plus économique), ceci sur un rayon d'un mètre dans chaque sens au moins, autour du cadavre.

5° Que, pour les étables dans lesquelles sont morts des animaux, un nettoyage complet et une désinfection ultérieure à la chaux et à l'hypochlorite de chaux sur le sol et sur les murs sont obligatoires avant de rouvrir le local.

6° Qu'il importe d'attirer l'attention sur les soins corporels, parmi lesquels le lavage des mains au savon, qui avant tout repas est obligatoire. L'exposition incessante à toute contamination par les matières en putréfaction rend cette mesure indispensable.

7° Qu'aucun légume ne devra être consommé cru.

Ces recommandations doivent être faites et, au besoin, contrôlées par les services d'hygiène, s'il en existe localement (bureau d'hygiène). Il sera utile de les faire connaître à la population par voie d'affiches, et verbalement par les gardes champêtres.

Vous aurez enfin à constituer, sur les ordres d'un médecin désigné par vous, des équipes de désinfection chargées de distribuer les produits antiseptiques et de donner des conseils à chaque occasion.

Les indications ci-dessus n'excluent pas, bien entendu, toutes précautions complémentaires qui apparaîtraient opportunes et vous seraient suggérées tant par mon délégué que par vos services d'hygiène.

Je vous prie de me tenir au courant de la situation. »

LIVRES NOUVEAUX

La costituzione degli Eredotubercolosi. (La constitution des hérédo-tuberculeux) (1), par le professeur Mario BARBARA.

Hérédité de germe ou hérédité de terrain? La question demeure débattue et la découverte des formes filtrantes ne l'a pas simplifiée. Sans vouloir en négliger l'importance, l'auteur apporte sa contribution à la thèse opposée. Dans une longue étude, il passe en revue toute une série d'observations considérées au point de vue du développement quantitatif, qualitatif de l'organisme de l'hérédo-bacillaire. Il étudie ensuite le rythme de ce développement et les particularités anatomiques ou fonctionnelles des divers appareils en faisant état des résultats fournis par les modes d'exploration les plus récents.

Chacune de ces monographies se présente avec une importante documentation clinique et anthropologique, une abondante bibliographie, de nombreux graphiques, schémas et photographies. R. L.

(1) Bologne, 1929, L. Cappelli.

La soudure à la portée de tous. Collection « Les livres du Bricoleur » (1).

Cette petite brochure contient tout ce qu'il est indispensable de connaître pour apprendre à souder tous les métaux (fer, cuivre, zinc, plomb), en feuilles ou en tubes, et à réparer la plupart des ustensiles de cuisine. Après avoir décrit l'outillage du soudeur et indiqué la manière de le choisir et de l'employer, l'auteur dévoile une quantité de « trucs » et tours de mains, publie la composition de toutes les soudures et de tous les décapants habituellement employés. La soudure des tuyaux et des plaques de plomb, la réparation des toitures en zinc et des casseroles, la soudure des ligatures pour câbles électriques sont ensuite décrites avec précision.

Les médecins dont beaucoup sont des « bricoleurs » liront avec intérêt cette plaquette. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 17 mars. — Jury : MM. Legueu, président; Couvelaire, M. Labbé et Laignel-Lavastine. — Mme RÉKIS. La valeur de la réaction sérologique de la syphilis au cours de la gestation. — M. KORESSIOS. Sérothérapie hémolytique de la sclérose en plaques. — M. LEVAXELAIRE. Etat actuel de la question des abcès corticaux du rein.

Mardi 18 mars. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Jeannin et Basset. — M. BLOCH. Etude de la souffrance fœtale. — M. DEBU. Le traitement des grandes hémorragies. — M. AMESTOY. Les septicémies puerpérales à bacillus perfringens. — M. GIMBERT DE FALLOIS. Dilatation aiguë de l'estomac après l'accouchement.

Mercredi 19 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Nicolas, Panisset et Lebouyries. — M. BERTRAND. De l'emploi du formol pour la conservation des sérums. — M. DEVOUASSOUX. La septicémie des veaux.

Jeudi 20 mars. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Rathery et Debré. — M. COURNAND. Etude clinique et thérapeutique de l'actinomycose du maxillaire. — Mlle PICHOT. Vaccination avec l'anatoxine de Ramon. — M. CASALIS. Etude d'un hémostatique à base de ferments végétaux. — M. GRINSTAIN. Etude de la gencivectomie dans la maladie de Fauchard.

Jury : MM. Claude, président; Gougerot, Lévy-Valensi et Gastinel. — M. CAMPANA. Etude des états liés à l'hyperémotivité anxieuse et de leur traitement. — M. BESSON. Etude de psycho-pathologie. — M. COHEN. Eléphantiasis et ulcères chroniques de la vulve et de l'anus. — M. PELLEGRIN. Les adénites vénériennes sans chancres.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Tanon, Dechambre et Lebouyries. — M. LEFEBVRE. Le Tchad (les animaux domestiques). — M. MÉNARD. Le mouton dans le Tadla.

(1) Une plaquette de 40 pages 160 × 225 millimètres. — Franco recommandé contre mandat de 3 fr. 75. — E.-H. Lemonon, éditeur, 27, rue d'Enghien, Paris (Xe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Berger, Martin, Roux-Berger, Mouchet, Descomps, Schwartz, Clerc.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination du médecin stomatologiste qui sera chargé de la direction du service dentaire à créer dans les hôpitaux de Rouen à l'usage des malades hospitalisés et des indigents de la ville s'ouvrira le mardi 14 octobre 1930, dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

Se faire inscrire au secrétariat des hospices de Rouen. La liste sera close le 20 septembre 1930.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — L'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'anatomie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, fixée au 6 octobre 1930, est reportée au lundi 27 octobre 1930.

— L'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, fixée au 9 octobre 1930, est reportée au jeudi 30 octobre 1930.

CONCOURS POUR DES POSTES DE MÉDECIN DU CADRE DES ASILES PUBLICS. — Le nombre des postes de médecins du cadre des asiles publics mis au concours ouvert le 31 mars 1930, est porté de huit à dix.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — L'assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le mercredi 2 avril prochain, à 16 h. 30, au musée social, 5, rue Las-Cases, Paris.

Ordre du jour. — 1° Séance administrative : *a.* allocution du président; rapport du secrétaire général; rapport du trésorier.

b. Admission des nouveaux membres.

Les membres de la Ligue qui auraient des candidats à présenter voudront bien envoyer leurs noms le plus tôt possible au secrétariat, 51, rue Bonaparte, Paris.

c. Organisation du travail de la Ligue.

Recensement et organisation des consultations et des services pour rhumatisants.

Collaboration aux travaux de la Ligue internationale.

2° Séance scientifique : *a.* Communication du professeur Etienne : « Myocardites rhumatismales aiguës essentielles. »

b. Communication du professeur Gaujoux : « Rhumatisme et syphilis. »

c. Communication du docteur Mathieu-Pierre Weil : « La calcémie dans le rhumatisme. »

d. Communication du docteur Léri : « Le rhumatisme blennorragique. »

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Ce Congrès se tiendra à Rome, du 22 au 27 septembre prochain, sous la présidence d'honneur de S. E. Benito Mussolini et la présidence effective du Commandeur Pietro Capparoni, professeur d'histoire de la médecine de l'Université de Pise.

Questions à l'ordre du jour :

1° *Comment l'Europe du moyen-âge se protégea contre la lèpre.* — Rapporteur : professeur Jeanselme, de Paris.

2° *Les relations médicales et scientifiques de l'Italie avec les états européens pendant la renaissance scientifique aux XVIe et XVIIe siècles.* — Rapporteur : professeur Castiglioni, de Padoue.

3° *Sur la nécessité de rendre obligatoire dans les Universités*

l'étude de l'histoire de la médecine. — Rapporteur : professeur Szumoswsky, de Cracovie.

Secrétaire général, M. le docteur Filippo Rocchi, Corso Vittorio Emanuele, 173, Rome (Italie).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. — La leçon inaugurale du cours de M. le professeur A. Baudouin, qui devait avoir lieu le lundi 17 mars, est reportée au lundi 24 mars, à 18 h., au grand amphithéâtre de la Faculté.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. P. CARNOT.) — Cours de Pâques. — *Cours pratique de physiothérapie.* — Ce cours aura lieu du lundi 24 mars au samedi 19 avril 1930, à la Polyclinique physiothérapique Gilbert, tous les matins, de 9 h. 1/2 à midi, avec démonstrations techniques et exercices individuels de traitement (électrothérapie, actinothérapie, radiothérapie, hydrothérapie, cinésithérapie).

Prix du cours : 300 fr.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres et dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau. — (Professeur : M. Léon BERNARD.) — Tableau de l'enseignement :

Lundi à 9 heures. — Pneumothorax artificiels compliqués (docteur Triboulet, chef de clinique). Expertises militaires pour la tuberculose (docteur Renard).

Lundi à 14 h. 30. — Au dispensaire : policlinique par les chefs de clinique; service médico-social, par le docteur Baron, assistant.

Mardi à 10 h. 30. — Examen des malades du service par le professeur (salle des conférences de la clinique).

Mercredi à 9 h. 30. — Pneumothorax artificiels simples (MM. les docteurs Triboulet, Poix et Valtis). Examen radioscopique des malades du service, par le docteur Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec.

Mercredi à 11 heures. — Leçon clinique, par le professeur.

Jeudi à 9 h. 30. — Au dispensaire : policlinique avec examens radioscopiques; prophylaxie anténatale de la première enfance, par le professeur; service médico-social, par le docteur Baron.

Vendredi à 10 heures. — A la crèche Landouzy : clinique et prophylaxie post-natale de la première enfance, par le professeur et le docteur Lamy, chef de clinique.

Samedi à 9 h. 30. — Au dispensaire : sélection des malades de préventorium et de sanatorium, par le docteur Georges Guinon. Policlinique avec examens radioscopiques, par le professeur et les chefs de clinique. Service médico-social par le docteur Baron.

Cours complémentaire sur les troubles fonctionnels dans la tuberculose pulmonaire, par le docteur E. Rist.

Le docteur E. Rist donnera six leçons sur ce sujet les samedis matins, à 10 heures, à partir du 3 mai (salle des conférences de la clinique).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 24 mars 1930, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Ce cours sera fait en liaison avec un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale urinaire, sous la direction de M. le professeur agrégé Marion, cours qui sera fait en mars et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Le cours de perfectionnement du professeur Portmann, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Leuret, Petges, Réchou et Teulières; de MM. les professeurs agrégés Aubertin, Jeanneney et Papin, et de MM. les docteurs Retrouvey et Despons, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Martinaud, chef de clinique, aura lieu du lundi 30 juin au samedi 12 juillet 1930, à l'hôpital du Tondu et à l'annexe Saint-Raphaël.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants; la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développés avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

Rappelons qu'un cours de perfectionnement en anglais le « Five weeks american course » aura lieu du jeudi 21 juillet au samedi 23 août 1930.

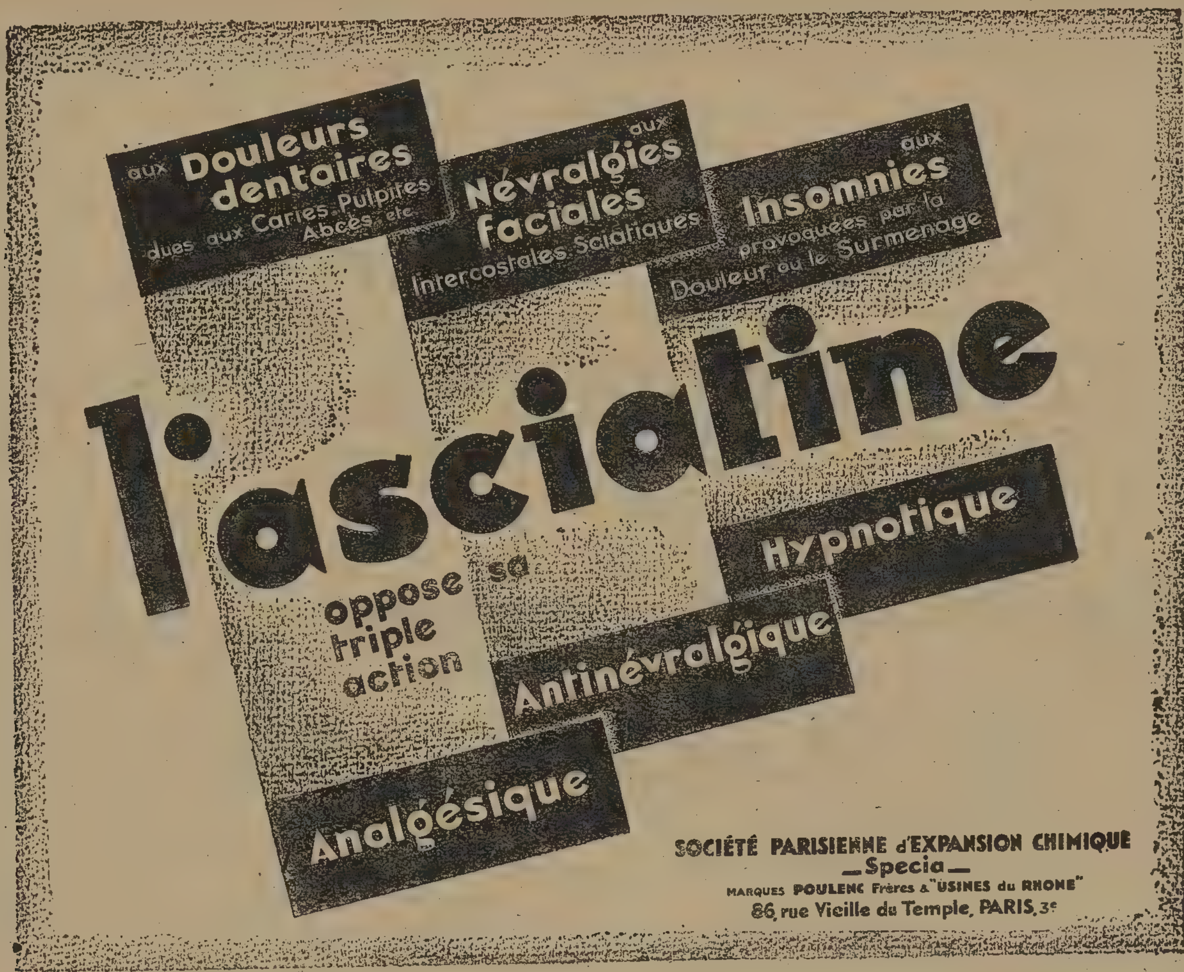
NOTES DE PRATIQUE

ANTISEPSIE PULMONAIRE

L'activité du camphre, menthol, eucalyptol, thymol, éther, n'est plus à démontrer. L'association judicieuse de ces différents corps réalise dans les maladies infectieuses — et tout particulièrement dans la grippe — une synergie médicamenteuse du plus heureux effet.

Si l'on se souvient des travaux récents sur les relations étroites existant entre l'intestin et le poumon, d'une part, et du rôle de l'intestin dans les infections générales de l'autre, on cherchera à prévenir les complications pulmonaires souvent si graves par une action conjuguée sur l'intestin et sur le poumon.

Le Cétémol employé par voie buccale ou par voie sous-cutanée permet d'exercer cette action conjuguée.


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites, Abcès, etc.
aux Névralgies faciales
Intercostales Sciatiques
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3e


ANŒSTRUS
ŒSTRUS
Folliculine CHOAY
Hormone sexuelle femelle
en ampoules stérilisées de 2cc
titrées à 10 unités physiologiques
CHOAY
LABORATOIRES CHOAY 48 rue Théophile Gautier PARIS (XVIe)

DE LA RECONSTITUTION OSSEUSE PAR GREFFES

APRÈS EXCISION DES LÉSIONS

DANS LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE EN ÉVOLUTION

et des tuberculoses ostéo-articulaires en général

Par R. LERICHE.

J'ai essayé dans ces dernières années de traiter la coxalgie en évolution en excisant au bistouri les abcès sous-musculaires et péri-osseux, en enlevant les fongosités intra-articulaires, en évidant à la curette les lésions osseuses, en remplissant de greffes ostéopériostées ou rigides les pertes de substance ainsi créées, et en mettant pour finir une greffe extra-articulaire.

Je n'y suis pas arrivé d'emblée. Dans le premier cas, où j'avais voulu appliquer cette méthode en 1926, après avoir disséqué et extirpé en bloc d'énormes abcès de la fesse et de la cuisse, trouvant des lésions osseuses trop étendues, je n'ai pas osé utiliser la greffe que j'avais cependant déjà prélevée. J'ai fait une résection sous-capitale avec évidement du col, et sutures sans drainage. Après coup, j'ai regretté de n'avoir pas mis ma greffe, étant donné la simplicité des suites post-opératoires. Aussi étais-je décidé à essayer à première occasion, quelle que fût la gravité du cas.

En janvier 1927, je le rencontrai chez un jeune homme de dix-sept ans, dont j'avais opéré la sœur d'une tuberculose du genou par résection d'une tuberculose du poignet par sympathectomie périartérielle, et qui était bien guérie. Ce jeune homme, dont j'ai présenté l'observation à la *Société de chirurgie de Lyon*, le 8 mai 1928 (1), avait une coxalgie droite à évolution progressive depuis un an. La radiographie montrait une grande cavité assez régulière, creusée en plein col, et une tache au niveau de la tête. Sur ces signes anatomiques, je me décidai à intervenir, pensant trouver des lésions encore localisées.

Le 22 janvier 1927, sous rachianesthésie, j'abordai l'articulation par l'incision de Smith-Petersen. Sous le tenseur du fascia lata, je trouvai un volumineux abcès caséeux, à pus épais, qui s'étalait en deux poches bien distinctes au devant de l'articulation. Je pus les disséquer toutes les deux sans les ouvrir et finalement les pédiculiser au-devant de la capsule articulaire. Le pédicule, gros comme une allumette, s'insinuait entre les faisceaux de la capsule qui était entièrement remplie de fongosités. J'ouvris la capsule. J'excisai tout ce que vis de pathologique. Le col, dans sa partie supéro-interne, près de la tête, présentait une grande caverne caséeuse, bien plus grande que la radiographie ne l'indiquait. Elle se prolongeait dans la tête. Je nettoyai cette cavité à la curette. Cela me conduisit à évider la tête jusque sous le cartilage qui était décollé. Quand l'évidement parut complet, je pris sur le tibia un greffon rigide. Je le coupai en deux : une partie fut mise comme un pont du trochanter à la région sus-cotyloïdienne, après soulèvement, de part et d'autre, d'un clapet osseux, me permettant de faire une solide fixation autostatique; la seconde partie du greffon fut introduite dans la tête et le col, de façon à combler la cavité. Sutures et immobilisation plâtrée.

Les suites furent très simples, sans la moindre réaction fébrile. Au bout de cent trente-six jours, le 7 juin, cliniquement l'ankylose paraissait solide. Je permis au malade de marcher. Il en abusa, tomba le 12 juin, et à cette occasion fractura sa greffe extra-articulaire. Quelques petits mouvements apparurent dans la hanche. Je réimmobilisai jusqu'au 30 juillet. A ce moment, l'ankylose était cliniquement complète. Le malade ne souffrait plus. Je lui permis de marcher. Il quitta l'hôpital. En octobre, il eut une petite fistulisation sur sa cicatrice : un peu de liquide séreux s'écoula. Quelques injections caustiques firent fermer la minime plaie. Il quitta le service, en novembre 1927, en parfait état, marchant bien, sans fatigue, pouvant se tenir sans appui sur son membre ankylosé.

Je l'ai revu le 21 février 1930, soit plus de trois ans après l'opération, complètement guéri, travaillant depuis deux ans et demi dans une corderie, debout la moitié du jour, sans douleurs ni fatigue. Cliniquement, sa hanche n'est pas ankylosée. Sans chaussures, il boîte; avec chaussures, presque pas. On trouve à la main de très petits mouvements de flexion, mais il bloque son articulation activement avec ses muscles et entraîne son bassin quand il soulève la cuisse.

Radiographiquement, depuis juillet 1927, il n'y a plus trace de lésion du col. Sur la radiographie de ces jours derniers, on voit que la greffe extra-articulaire n'est plus soudée au trochanter, que la tête est encore en voie de remaniement, ainsi que les parties avoisinantes du bassin. Je crois que cela aboutira finalement à une solide ankylose. En tout cas, ce malade est guéri cliniquement depuis novembre 1927, travaille depuis lors en bonnes conditions, et son traitement n'a duré que neuf mois.

***

Dans un autre cas, j'ai obtenu un résultat meilleur encore au point de vue orthopédique. Il est vrai que les lésions osseuses étaient peu marquées, que la maladie évoluait depuis longtemps, et que, sans les résultats de l'inoculation et de l'examen histologique je n'aurais pas été certain qu'il s'agissait de tuberculose.

Ce malade avait trente-deux ans. Il avait une arthrite de la hanche depuis 1916, survenue avec une allure aiguë au cours d'un état infectieux qui fut qualifié à l'époque de typhoïde. Ultérieurement apparut un abcès qui se fistulisa, guérit spontanément, récidiva. A différentes reprises, il en eut d'autres, et le malade dit que de 1918 à 1927, il a en somme continuellement suppuré. De nombreux médecins l'ont déclaré incurable, et on lui a même proposé une désarticulation de la hanche.

(1) On trouve une de mes observations complètement rapportée à la Société de chirurgie de Lyon, le 8 mai 1928, ou *Lyon chirurgical*, t. XXV, p. 558, et une autre dans la Thèse de Bérard, Lyon 1729, p. 156.

A l'entrée, le 9 septembre 1927, il présentait des signes d'arthrite en évolution, avec de vives douleurs, une très grande impotence fonctionnelle, une limitation considérable des mouvements. L'état général était médiocre. Il y avait un amaigrissement important et des sueurs nocturnes.

La radiographie montrait un élargissement et un aplatissement de la tête fémorale avec des contours irréguliers, tout à fait flous dans la partie interne. Le col avait perdu sa structure et avait des foyers de décalcification et peut-être des lésions d'ostéite d'interprétation difficile. J'étais indécis sur le diagnostic à porter, et d'autant plus que sur divers os longs, il y avait des hyperostoses diffuses régulières.

Cependant il ne paraissait pas s'agir de syphilis, et surtout il y avait de volumineux abcès juxta-articulaires, dont l'un était fistuleux. Pour trancher le diagnostic, j'y fis injecter du lipiodol. La radiographie montra un long trajet, allant de la moitié inférieure de la cuisse jusqu'au niveau du col fémoral. Après quelques hésitations, j'intervins le 24 octobre 1927, sous rachianesthésie. Je commençai par exciser l'abcès en partant du milieu de la cuisse et en remontant à sa suite à travers les muscles jusqu'à l'articulation. Là, l'abcès présentait deux diverticules : l'un sous les muscles antérieurs, l'autre en contact même de l'articulation. Ils furent excisés en bloc. Ils contenaient un pus visqueux, ressemblant assez mal à du pus de tuberculose. J'ouvris la capsule. Elle était occupée par du tissu scléreux. J'en excisai ce que je pus. J'examinai le col et la tête, sans y trouver de lésions ostéitiques. Le cartilage était irrégulier, la tête très déformée. Je taillai alors sur ce col même trois baguettes osseuses, que j'engageai dans la cavité articulaire, tout autour de la tête, et je refermai tout avec un drain au contact. Les suites furent très simples. L'immobilisation fut maintenue quatre-vingt-onze jours. A ce moment, l'ankylose était complète cliniquement et radiologiquement. Le malade reprit son travail un mois plus tard, marchant de façon très satisfaisante et ne souffrant pas.

Entre temps, l'examen histologique des tissus scléreux prélevés pendant l'opération montrait qu'il s'agissait microscopiquement de tuberculose. J'avais fait part à Oberling de mes doutes. Il fit la recherche des bacilles de Koch dans les tissus, en trouva, et me répondit : il s'agit incontestablement de tuberculose.

En août 1928, le malade revint se montrer, parce qu'il souffrait un peu de sa cicatrice. Elle recouvrait en effet un nouvel abcès. Le lipiodol le montrait remontant jusqu'à la face interne du grand trochanter. Y avait-il là un foyer osseux qui m'avait échappé ? C'était bien probable. La hanche était ankylosée. Je réintervins le 9 août. J'excisai l'abcès en masse. Cela me conduisit sur un point osseux juxta-cervical que j'évidai à la curette. Je refermai tout sur un drain. La réunion se fit par première intention. Le malade quitta le service guéri, le 23 août, et reprit son travail presque de suite. Le 4 mars 1929, il nous donna de ses nouvelles, qui étaient excellentes. Dans sa lettre, je relève ces mots : « Beaucoup de médecins m'ont traité et déclaré inguérissable, et certains ont même voulu désarticuler ma hanche. Depuis l'intervention, tous les abcès ont disparu. La jambe est droite. J'ai oublié toutes mes douleurs au repos et à la marche, mon manque d'appétit et ma faiblesse générale. Ce qui est à peine croyable : je suis devenu colporteur. Je fais tous les jours et par tous les temps plus de 20 kilomètres à pied avec une charge de 20 kilogrammes, sans me fatiguer et sans ressentir aucune douleur ».

Le 6 février 1930, deux ans et trois mois après la première intervention, le malade est revenu me voir. Il va tout à fait bien, travaille toute la journée, dans une usine d'automobiles, et n'a plus interrompu ses occupations depuis le 15 septembre 1928. La hanche est solide. La cuisse est en parfaite position. Les cicatrices sont souples. Il y a 5 centimètres d'atrophie, et un raccourcissement de 1cm5. Il peut sauter, courir. Il lui arrive de marcher dix à douze heures par jour. La radiographie montre une tête récalcifiée, soudée au bassin à sa partie inférieure, et ne présentent aucune lésion osseuse.

Ce cas est assez particulier. Il s'agit évidemment d'une tuberculose bénigne. Son intérêt vient de la présence de volumineux abcès d'origine ostéo-articulaire avec des lésions osseuses très réduites, et de la perfection de la guérison.

*
* *

Dans un troisième cas, j'ai par contre échoué. Il s'agissait d'un homme de trente et un ans, à antécédents familiaux très chargés, ayant une coxalgie en évolution depuis deux ans, et une laryngite bacillaire depuis un an. Il y avait, en outre, de petites lésions pulmonaires. J'eus le tort de passer outre, parce que radiologiquement, les lésions osseuses paraissaient peu marquées. Elles étaient énormes en réalité.

Le 18 juillet 1928, je découvris l'articulation. Sous les fessiers, je trouvai un volumineux abcès non encore liquéfié. Je l'excisai. Dans la capsule, il y avait six grands grains non riziformes, mais courgiformes, beaucoup de fongosités en arrière et sur la face supérieure. Gros foyer d'ostéite sur le rebord du cotyle, lésion du col au contact du cartilage de la tête, soulèvement cartilagineux. J'évidai tout, sans enlever le cartilage, mis une greffe rigide allant du trochanter à la cotyloïde, puis je bourrai de greffes ostéopériostiques le cotyle, la tête et le col. Réunion *per primam*.

Après trois mois d'immobilisation plâtrée, j'autorisai le malade à se lever sans plâtre. J'eus tort. Il recommença à souffrir. Une radiographie montra une intense raréfaction du cotyle et de l'extrémité supérieure du fémur et des greffes en voie de résorption. Je mis un plâtre et renvoyai le malade chez lui. Il revint en mars 1929 (huit mois après l'opération) avec une fistule au niveau du grand trochanter, un état général très touché, et des lésions pulmonaires en évolution. La radiographie montrait une disparition presque complète de la tête. Nouveau plâtre. En octobre 1929, suppuration abondante, fistulisation. Tête disparue. Subluxation en haut et en arrière

du moignon du col. Hémoptysies. Lésions pulmonnrires bilatérales. J'ai eu de ses nouvelles ces jours-ci : l'aggravation continue.

Ce cas est donc un échec complet. Mais, évidemment l'indication était mal posée. Ce sont des choses que l'on aperçoit quelquefois trop tard.

***

Ces cas sont évidemment trop peu nombreux et trop disparates pour qu'on en puisse tirer des conclusions fermes. Ils montrent tout de même la voie dans laquelle on peut s'engager. Actuellement toute la faveur du jour se porte sur l'arthrodèse extra-articulaire, et on ne s'inquiète pas des lésions qui, certainement, persistent indéfiniment dans les épiphyses ankylosées. Je pense que l'on peut faire mieux. En matière de tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte, *le vrai traitement est certainement celui qui supprime les lésions.*

On a tort de croire que cela n'est possible que par résection et comme à la hanche la résection ne donne pas d'excellents résultats fonctionnels, on rejette toute idée d'action directe sur le foyer. Ce n'est peut-être pas justifié. Vignard a montré chez les enfants et chez les adolescents qu'on pouvait parfaitement évider les lésions, les curetter, les plomber, et avoir d'excellents résultats. A la hanche, il a obtenu de cette méthode un chiffre important de guérisons en d'excellentes conditions. Sur une série de 33 malades opérés avant 1918 (1) avec une technique encore hésitante, il en a retrouvé, en 1924, 24 survivants avec 15 bons résultats orthopédiques, dont 5 très bons, le délai de guérison étant de dix à dix-huit mois. Dans un second groupe opéré depuis 1919, il compte 5 résultats presque parfaits, malades marchant de façon à peu près parfaite sans boiterie, 6 avec une légère boiterie et 2 à 3 centimètres de raccourcissement, plus 2 ankyloses vicieuses (1).

Ce que j'ai fait chez l'adulte, s'inspire au fond de sa méthode : dissection de toutes les lésions visibles, évidement osseux atypique, bourrage avec des greffes, immobilisation par une greffe extra-articulaire. Il n'y a dans ce que je fais que trois différences : il s'agit d'adultes, je remplace le mélange de Mosetig par des greffes osseuses, et j'ajoute à cela une arthrodèse extra- ou intra-articulaire.

Maintenant que nous savons aborder la hanche par des incisions donnant beaucoup de jour, enlever les abcès en bloc et guérir nos malades par première intention, je crois que cette méthode doit être essayée sur une plus large échelle. Malheureusement, j'en ai personnellement peu l'occasion. Je ne vois, à Strasbourg, que très peu de coxalgies, et je n'ai guère l'occasion d'en opérer. Les assurances sociales en sont la cause.

***

La méthode dont je parle est d'ailleurs une méthode générale, que j'ai essayée à l'épaule, à la tibio-tarsienne, dans la tarse antérieure, et au poignet. Dans une série de cas, j'ai utilisé les greffes après excision des lésions, pour faire une véritable reconstruction osseuse.

A l'épaule, le 19 novembre 1918, après avoir enlevé la tête humérale atteinte de carie sèche, à travers la capsule fendue parallèlement à ses fibres et évidé le col, et sans désinsertion des tubérosités, après avoir largement cureté la cavité glénoïde assez malade, j'ai mis des greffes ostéopériostiques épaisses allant en arc d'un seul jet de la cavité d'évidement à la cavité glénoïde, elle-même fortement atteinte, évidée et soigneusement curettée. J'ai tout suturé, immobilisé deux mois. Ma malade a commencé la mobilisation au bout de trois mois, elle a rapidement récupéré la part de ses mouvements sauf la rotation. Elle s'est trouvée assez bien guérie pour venir se placer comme femme de chambre à Paris. J'ai eu de ses nouvelles récemment. Elle va très bien, travaille sans gêne et sans douleur. Je n'ai malheureusement pas pu avoir d'elle une radiographie récente. Le résultat date de quatorze mois. La radiographie de trois mois après l'opération montre une tête parfaitement reconstituée, non soudée à la glénoïde récalcifiée.

Au poignet, j'ai fait, en 1928, une résection atypique chez une femme, à laquelle j'avais déjà fait une résection du coude, pour tumeur blanche. Les lésions étaient particulièrement marquées sous le radius ; sur les os de la première rangée. La radio-cubitale était disloquée par une grande quantité de fongosités ramollies. Par une seule incision dorsale, j'évidai le radius, excisai toutes les fongosités, enlevai la première rangée, puis je mis une vis cubito-radiale pour solidariser les deux os, et je remplis la cavité de résection avec des greffes ostéo-périostiques. En deux mois, j'obtins une solide ankylose très simplement. L'opération date d'octobre 1928. La malade est restée parfaitement guérie.

Au pied, chez un jeune homme de dix-huit ans, pour une tuberculose datant de un an, ayant détruit la tête et le col astragaliens et le scaphoïde, j'ai enlevé l'astragale et le scaphoïde, excisé les fongosités, puis rempli la cavité astragalienne avec des greffes ostéopériostiques, le 2 août 1928. Le 30 octobre, j'ai enlevé le plâtre. Le pied était solide, bien fixé en bonne position. En décembre, j'ai revu mon opéré marchant bien, sans douleur, avec une chaussure orthopédique. Il y avait de petits mouvements entre la jambe et le pied. La radiographie montrait la formation d'une masse osseuse nouvelle, inter-tibio-calcanéenne, faisant poulie, sur laquelle glissait l'os dans les mouvements de flexion. Le résultat était excellent : morphologiquement et fonctionnellement.

Enfin, pour *une tuberculose du tarse antérieur abcédé*, j'ai, le 22 avril 1929, excisé l'abcès et les fongosités, évidé à la curette le scaphoïde et les cunéiformes, mis des greffes ostéopériostées. Actuellement, dix mois après l'intervention, le malade marche sans appareil, avec un pied solide, non douloureux, cliniquement guéri.

Il est à noter que les greffes ainsi mises dans des cavités osseuses ne se modifient radiologiquement

(1) J'ai rapporté ses résultats dans mon *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1er vol., pp. 496 et 520.

que lentement, mais elles augmentent de volume, et je crois que l'on peut en espérer beaucoup.

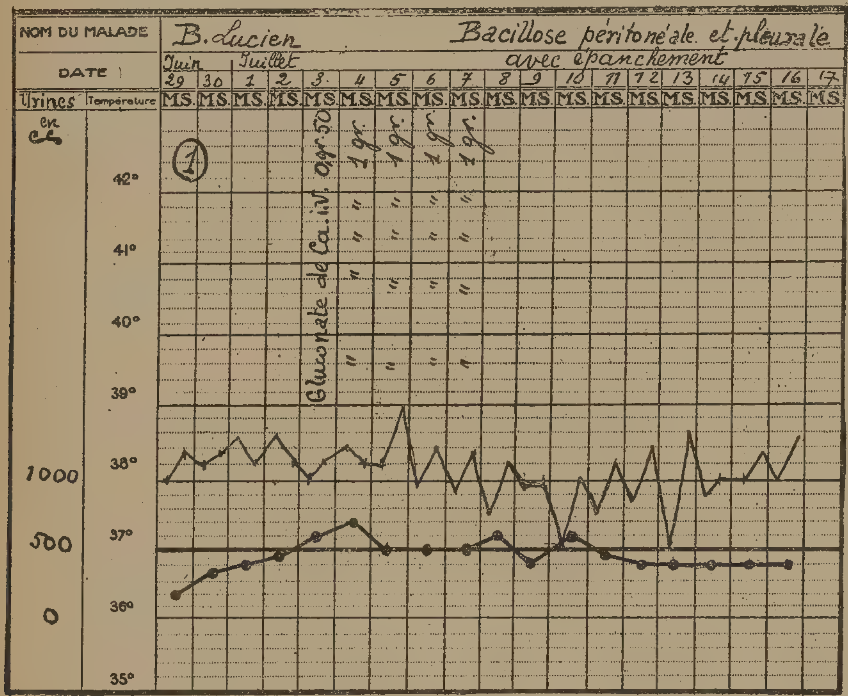
Ce ne sont là que les premiers essais d'une méthode générale qui peut être encore beaucoup perfectionnée. Elle permettra, je crois, d'opérer plus tôt et par conséquent de faire des opérations plus conservatrices avec un meilleur résultat fonctionnel et un gain de temps considérable. Je n'entends pas l'opposer à la résection d'Ollier ou aux greffes extra-articulaires. Certainement tous les procédés ont leurs indications. Mais je pense que nous pouvons, actuellement, aller plus loin que nous ne l'avons fait jusqu'ici en matière de tuberculose ostéo-articulaire et opposer à la tuberculose, *même abcédée*, grâce à la greffe, une méthode thérapeutique vraiment ostéo-reconstructrice.

GLUCONATE DE CHAUX ET DIURÈSE

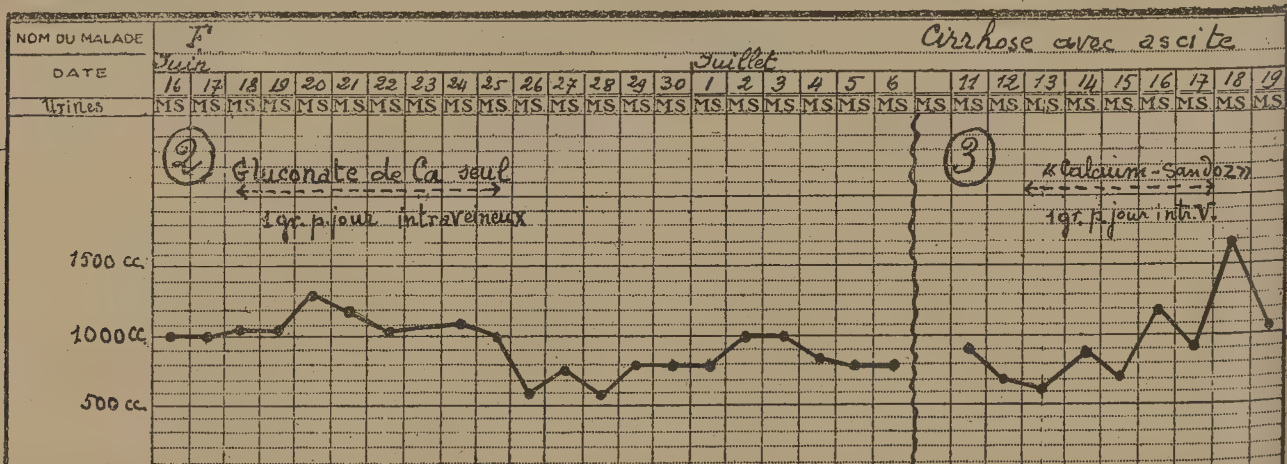
Par Paul MICHON,
Médecin des hôpitaux de Nancy.

Il nous a paru intéressant d'étudier l'action du gluconate de chaux sur la diurèse, en raison, d'une part, du pouvoir diurétique reconnu à l'ion Ca et, d'autre part, de l'administration possible de ce nouveau sel de chaux par la voie intraveineuse, ce qui permet son absorption intégrale et rapide.

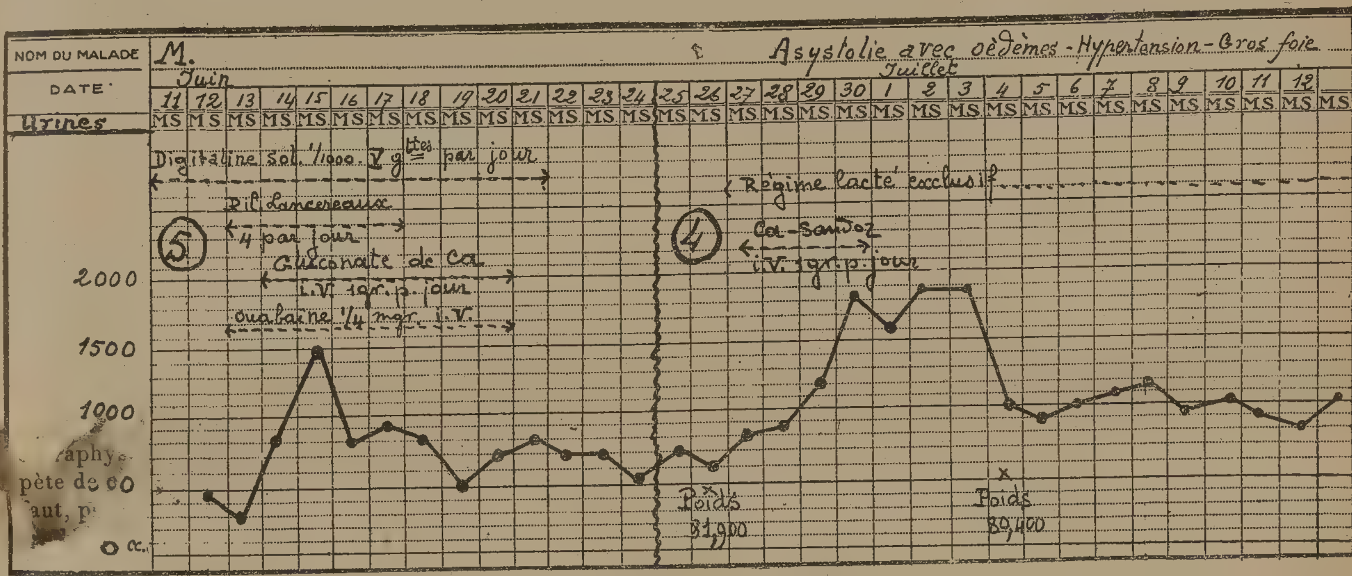
La première constatation qui ressort d'une série de plus de 60 injections intraveineuses de 0g50 à 1 gramme d'une solution à 10 p. 100 de gluconate de Ca, renouvelée maintes fois toutes les vingt-quatre heures, est d'abord l'innocuité de cette médication. Ni choc, ni réaction générale, ni symptômes intestinaux n'ont été observés par nous. Même chez des asystoliques se trouvant dans un état précaire et chez des fébricitants, la tolérance a été parfaite. Nous pouvons en donner l'exemple suivant (courbe 1) : un bacillaire atteint de lésions péritonéales et pleurales, chez lequel une injection intraveineuse de ce nouveau sel de Ca, faite pendant cinq jours consécutifs, ne provoqua même pas d'incident thermique.



On ne peut interpréter comme réactions fâcheuses certains symptômes qui suivent habituellement de très près l'injection. Moins d'une minute après le début de celle-ci, poussée très lentement, il est de règle, en effet, qu'un malade s'observant un peu déclare ressentir dans la bouche une sorte de goût métallique, et, à la région périnéale (muqueuses anale, vulvaire), une sensation de chaleur assez vive. Une minute environ représente la durée de ces phénomènes, qui ne laissent aucune trace et se renouvellent, chez le même sujet, régulièrement à chaque piqûre. Quant à l'action diurétique du gluconate de Ca, elle ne s'avère pas, d'emblée, très nette. *Per os*, à la dose moyenne de 4 grammes par jour, ce calcium ne nous a pas fourni de résultats appréciables. Par la voie intraveineuse (1 gramme par jour), employé seul, il n'a pas, en général, d'effets remarquables et les courbes de diurèse du type 1, sont celles que nous avons le plus souvent observées. Pourtant, il est des exceptions, et le tracé 3, comme le tracé 2, recueillis chez la même malade (cirrhose avec ascite) en sont un bel exemple.



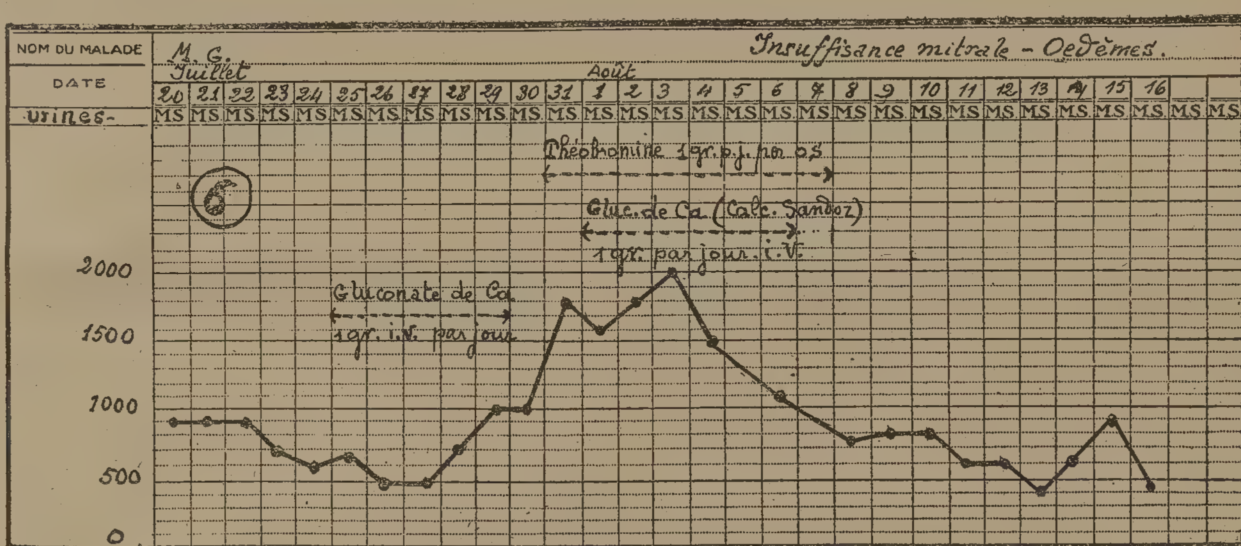
Dans un autre cas, c'est une ascension urinaire impressionnante de 600 centimètres cubes à 1.850 centimètres cubes que nous enregistrons sous l'influence du gluconate de chaux, associé, il est vrai, à un régime lacté exclusif, mais à distance de toute association médicamenteuse. Une chute de poids de 1kg500 en huit jours, est le résultat de cette élimination (courbe 4).



Cette dernière, après s'être maintenue quatre jours après la cessation du gluconate de Ca, baisse ensuite de près de la moitié, malgré la continuation du régime.

C'est principalement en association médicamenteuse que le gluconate de Ca nous semble fournir son appoint diurétique le plus net. Employé un peu avant la digitale ou en même temps qu'elle, chez deux malades asystoliques, soumis de longue date à des traitements tonicardiaques intermittents, il nous a toujours paru relever la diurèse à un chiffre supérieur à celui que ces diurétiques seuls avaient pu atteindre. Ainsi, dans un de ces cas (œdèmes, gros foie asystolique), le tracé 5 nous montre une pointe de diurèse, éphémère, il est vrai, à 1.500 centimètres cubes alors que sous l'influence des seuls tonicardiaques (digitale, ouabaïne intraveineuse) précédemment administrés sans association avec le calcium, l'élimination urinaire n'avait jamais dépassé 900 à 1.100 centimètres cubes.

L'association à la théobromine (tracé 6) est encore plus probante, puisque le gluconate de Ca, appliqué seul quelques jours plus tôt, n'avait pu enrayer l'oligurie.



En regard de ces bons résultats, nous n'aurions garde d'omettre les échecs observés, notamment dans deux cas de néphrite hydropigène, que le gluconate de chaux n'influença nullement quant à la diurèse. Il apparut pour le moins inoffensif et nous le considérons comme non irritant pour le parenchyme rénal.

Après ces premiers essais, le gluconate de Ca intraveineux, agissant vraisemblablement par son ion calcique, apparaît comme un diurétique d'appoint non négligeable, d'application facile et inoffensive, méritant d'être associé aux tonicardiaques et aux théobromines. Il rendra surtout services dans les traitements de longue haleine, lorsque ces diurétiques principaux auront besoin d'être mordancés, et aussi chez les malades intolérants aux médicaments absorbés par la voie digestive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1930)

Méningite syphilitique avec narcolepsie simulant l'encéphalite épidémique. — MM. Georges GUILLAIN, P. MOLLARET et G. THOYER présentent un malade de vingt-huit ans qui, depuis une année, a des accès quotidiens de narcolepsie qui s'accompagnent, à différentes périodes, de céphalée, de vomissements, d'un état subfébrile. Le malade fut considéré comme atteint d'encéphalite épidémique et on lui fit un abcès de fixation. Une ponction lombaire montra l'existence d'une méningite syphilitique évolutive très accentuée : 50 centigrammes d'albumine, réaction de Pandy positive, 72 cellules par millimètre cube, réaction de Wassermann et réaction du benjoin colloïdal positives. La réaction de Wassermann du sang était également positive.

Les auteurs attirent l'attention sur cette méningite syphilitique évoluant pendant un an avec des accès de narcolepsie. Il apparaît vraisemblable que chez ce malade la méningite syphilitique a coexisté avec des lésions basilaires des centres du sommeil aujourd'hui précisées.

Syndrome du carrefour hypothalamique. — MM. G. GUILLAIN et L. ROUQUÈS présentent une malade chez laquelle on observe la symptomatologie la plus typique du syndrome décrit sous le nom de syndrome du carrefour hypothalamique.

Ce syndrome, chez cette malade ayant une très forte hypertension, a été créé par un foyer limité de ramollissement situé au-dessous, en arrière et un peu en dehors de la couche optique et atteignant à la fois le faisceau pyramidal, la voie sensitive, la voie optique, les faisceaux du pédoncule cérébelleux supérieur et certaines radiations extrapyramidales.

Anaphylaxie digestive de causes multiples traitée avec succès par l'insuline. — M. L. LANGERON rapporte un cas d'eczéma de la face dont l'apparition était liée chez un homme bien portant mais probablement après une consommation prolongée et abondante de vin, à l'ingestion d'abord d'alcool, de sucre et de sel, puis progressivement de la plupart des aliments : pain, lait, légumes, à l'exclusion cependant de la viande et des œufs. Toutes les thérapeutiques usuelles ayant échoué, on s'adressa aux injections d'insuline qui permirent immédiatement l'usage des aliments autrefois nocifs sans aucune manifestation pathologique. L'intérêt de ce cas vient de l'action anaphylactisante très rarement signalée du sucre et du sel et de l'action thérapeutique de l'insuline.

Manifestations tuberculeuses pleurale, laryngée et adénopathique au déclin d'un accès aigu de polyarthrite rhumatismale. — MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt et un ans qui, au décours d'une polyarthrite rhumatismale (adhésive), fut atteint de manifestations diverses de nature tuberculeuse : 1° congestion pulmonaire à bascule laissant, après sa disparition, des sommets grisâtres ; 2° une pleurésie avec épanchement, surtout à lymphocytes, qui fut suivie d'une pachypleurite intense; 3° une laryngite qui, bien qu'éphémère, se localisa spécialement sur les arythénoïdes ; 4° une poussée douloureuse d'adénopathie sur une polymicroadénopathie préexistante.

Les auteurs estiment qu'il faut faire une discrimination sérieuse au sujet des complications pleuro-pulmonaires survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu. En effet, dans leur cas, ils ont distingué, avant la survenue de la tuberculose, celle qui était due à une hyposystolie pour laquelle l'association de la digitale et du salicylate de soude fut utile pour agir efficacement.

Quand il s'agit d'infection secondaire, le salicylate de soude reste sans effet.

Les auteurs concluent que parfois le rhumatisme articulaire aigu est une infection allergisante.

Un cas de diabète insipide. Recherches sur le principe antidiurétique du lobe postérieur de l'hypophyse. — MM. M. LABBÉ, BOULIN et JUSTIN-BEZANÇON.

Ulcérations phagédéniques multiples. Présence de streptocoques. Amélioration par le novarsenobenzol. Reprise et mort par infarctus pulmonaire. — M. MILIAN.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1ᵉʳ MARS 1930)

Action de la choline et de ses dérivés sur le r[illegible]piratoire. — MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BE[illegible] et R. CACHERA. Nos expériences ont été poursuivies à [illegible]e du chlorure de choline, du chlorure d'acétylcholine, du chlorure de formylcholine, du chlorure d'isobutylcholine, du bromure de bromocholine et du bromure d'α méthylacétylcholine.

Malgré les différence importantes dans la constitution des molécules de ces divers dérivés de la choline, tous déterminent des modifications identiques du rythme respiratoire.

L'injection intraveineuse d'une dose minime provoque chez le chien chloralosé de la polypnée. L'injection intraveineuse d'une forte dose détermine une courte polypnée, puis une apnée prolongée.

Cette action respiratoire est liée au groupement cholinique, du moins dans les dérivés qui possèdent une action cardio-vasculaire semblable.

L'apnée cholinique : I. Effets de la respiration artificielle. — MM. M. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et R. CACHERA décrivent sous le nom d' « apnée cholinique », la suspension des mouvements respiratoires consécutive à l'injection intraveineuse d'une forte dose, non seulement de choline, mais de certains de ses dérivés. La durée de cette apnée est proportionnelle à la dose injectée. Elle est également en rapport avec le temps nécessaire pour que l'homocholine disparaisse de la circulation. Il se produit de la même façon après section bilatérale des pneumogastriques.

La respiration artificielle permet de sauver les animaux qui ont reçu par voie intraveineuse une quantité d'homocholine suffisante pour déterminer la mort.

La mort déterminée par une dose élevée de certains dérivés de la choline administrée par voie intraveineuse n'est pas due à une action directe sur le cœur, mais relève de l'asphyxie consécutive à l'apnée cholinique.

Du rôle de l'atropine dans les intoxications chloroformiques cardiaques. — MM. L. GARRELON, R. THUILLANT et T. GALLET présentent les résultats d'expériences grâce auxquelles ils ont pu, par des injections intracardiaques d'atropine, faire rebattre des cœurs d'animaux arrêtés à la suite d'une intoxication cardiaque chloroformique secondaire, l'arrêt du cœur précédant l'arrêt de la respiration. Le chloroforme agit dans ce cas en excitant les ganglions inhibiteurs cardiaques puisque leur paralysie par l'atropine, aidée de la respiration artificielle, permet la reviviscence du cœur.

M. BABONNEIX. Au sujet de ces expériences de M. GARRELON, il convient de rappeler les dosages de M. NICLOUX, montrant que, dans l'intoxication par le chloroforme, le pneumogastrique contient des proportions très élevées de cette substance.

Etude du rapport chlore-sodium dans le sérum sanguin de l'homme normal. — MM. M. LAUDAT et A. GRANDSIRE confirment d'abord les résultats que l'un d'eux avait précédemment exposés pour la chlorémie; de nouvelles recherches leur permettent d'insister sur sa fixité lorsqu'on la recherche à différentes reprises chez le même sujet.

Ils étudient ensuite la natrémie qui varie à peu près comme la chlorémie. Ils ont obtenu une valeur moyenne de 3g40 et des extrêmes de 3g25 et de 3g50.

Un rapport chlore-sodium relativement fixe caractérise le sérum des sujets sains; il est en moyenne de 1,10; les auteurs l'ont vu s'abaisser à 1,07 et s'élever à 1,13 dans leur statistique.

Sur les conditions expérimentales qui font, occasionnellement, du nerf de Hering un nerf presseur. — MM. A. TOURNADE et J. MALMEJAC. Alors qu'une stimulation normale du nerf de Hering, au niveau de ses récepteurs, par une augmentation intrasinusienne de la pression engendre, en tout cas, de la dépression réflexe, une excitation artificielle extraphysiologique, telle que la faradisation du bout centripète de ce nerf, peut déterminer une hypertension réflexe. Il faut, pour que se produise cette manifestation, que la cardiomodération réflexe ne puisse se produire et que le sujet en expérience ait conservé ou retrouvé sa sensibilité. Tournade et Malmejac considèrent cette hypertension observée en pareil cas comme une simple réaction douloureuse, au même titre que l'agitation et la dilatation pupillaire que présente simultanément l'animal.

La part des lipides dans le dosage réfractométrique des protéines du sérum. — MM. Ch. ACHARD, A. GRIGAUT et A. CODOUNIS étudient la valeur de l'indice réfractométrique du sérum sanguin en fonction de la teneur en lipides et en protéines.

Les lipides influent considérablement sur l'indice réfractométrique du sérum et rendent illusoire tout dosage des protéines fondé sur l'appréciation de l'indice réfractométrique. Les écarts entre le dosage réfractométrique et le dosage chimique rigoureux (méthode à l'alcool) sont d'autant plus accusés que le chiffre des lipides est plus élevé. Il est à remarquer que si la réfractométrie donne toujours des résultats plus élevés que la pesée, ceux-ci diffèrent relativement peu du total des protéines et lipides chimiquement dosés.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1930)

Concrétions calcaires de la peau avec sclérodermie localisée chez la mère et la fille. — MM. LEREBOULLET et Marcel LELONG présentent une fillette de sept ans, obèse, sans signes endocriniens nets présentant en divers points du corps des concrétions calcaires cutanées ou sous-cutanées : jambe gauche, pied gauche, paroi abdominale, nuque. Les unes s'accompagnent de sclérodermie localisée, les autres sont plus profondes. La plupart sont opaques aux rayons X. Enfin, la calcémie est sensiblement normale.

La mère, qui a noté l'existence de ces nodules dès les premières années de l'enfant, a elle-même à l'avant-bras gauche une masse de consistance pierreuse et irrégulière s'enfonçant dans l'avant-bras gauche à la manière d'un crayon et n'entraînant aucune gêne fonctionnelle. Cette masse, opaque aux rayons X, se serait accompagnée, il y a quelques années, d'une induration de même ordre au pied gauche.

Ce caractère familial des concrétions calcaires multiples semble exceptionnel.

A propos du traitement de la diphtérie maligne. — M. COMBY proteste contre l'emploi de l'abcès de fixation dans le traitement de la diphtérie maligne; cette méthode comporte trop d'inconvénients et ne doit pas être utilisée.

Pleurésie interlobaire localisée grâce au lipiodol. Ponction évacuatrice. Guérison. — MM. ARMAND-DELILLE et GAUCHER insistent sur l'intérêt des injections intrapleurales de lipiodol pour le diagnostic des collections suppurées enkystées. Ils rapportent l'observation d'un enfant de sept ans, atteint depuis trois semaines d'une pneumopathie aiguë à début insidieux. L'état général était médiocre, les examens cliniques et radiologiques montraient des signes d'épanchement diffus des deux tiers inférieurs du poumon droit. Une ponction faite sous écran ayant permis de retirer un peu de pus épais, on injecta dans la cavité quelques centimètres cubes de lipiodol, et on put ainsi préciser les limites de la collection. Une ponction évacuatrice amena une guérison rapide et complète de l'enfant.

Oxygénation endonasale continue dans le traitement des broncho-pneumonies de l'enfance. — M. DORLENCOURT reconnaît l'efficacité de l'oxygénothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies, mais en critique les modalités actuelles, inhalation continue ou intermittente, injection sous-cutanée. Il propose l'oxygénation endonasale continue réalisant un bulle à bulle continu d'oxygène dans le pharynx supérieur.

L'auteur donne tous les détails de la technique et rapporte les résultats de ses neuf premières observations. L'influence de l'oxygénation continue s'est toujours montrée favorable, surtout dans les formes anoxhémiques où elle semble parer mieux que toute autre méthode aux dangers de l'asphyxie.

L'arrêt de croissance du sixième au huitième mois, Syndrome de carence fruste. — MM. RIBADEAU-DUMAS, R. MATHIEU et WILLEMIN montrent que ce symptôme banal constitué par l'anorexie, l'agitation avec insomnie, la pâleur et l'arrêt de croissance, ressortit dans un très grand nombre de cas à l'insuffisance dans l'alimentation de l'enfant au sein ou au biberon de l'une des vitamines A, B, C, D et guérit facilement par l'adjonction au régime de ces substances en quantité suffisante.

M. Georges SCHREIBER traite et améliore ces enfants dans la plupart des cas par l'emploi simultané des bouillies maltées, du jus de fruit et des rayons ultraviolets.

Indications des différents sérums artificiels dans les marasmes infantiles. Valeur du rapport $\frac{\text{Cl globulaire}}{\text{Cl plasmatique}}$. — MM. RIBADEAU-DUMAS, R. MATHIEU, Max LÉVY, FLEURY et MIGNON ont étudié le taux du chlore globulaire parallèlement à l'azotémie et la réserve alcaline chez sept nourrissons cachectiques atteints d'infection subaiguë. Ils ont trouvé dans un cas une hyperazotémie avec hypochloruration qui a guéri par le sérum salé. Dans les six autres cas, il y avait une élévation du rapport chloré; l'alcalinisation par le sérum bicarbonaté isotonique a donné des résultats thérapeutiques remarquables.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1930)

Présentation de malades. — M. L'HIRONDEL présente un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutif à une infection cutanée.

Ostéomyélite chronique de la mandibule. — A propos de 4 cas, nouvelles observations d'ostéomyélite chronique de la mandibule, M. DECHAUME fait une revue générale de cette affection déjà bien décrite par Lannelongue et Comby, en 1879.

Stomatite leucémique. — A propos de 2 cas de stomatite leucémique, MM. Ch. RUPPE et HENAULT rappellent que la stomatite peut être la première manifestation de la leucémie aiguë qui a une allure pseudo-scorbutique, non infectieuse. Il importe d'en savoir faire le diagnostic, car le pronostic de cette affection est fatal.

Couronne Jacket. — M. THIBAULT précise les indications et la technique, illustrant sa communication de projections et de modèles.

LIVRES NOUVEAUX

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. Les enfants assistés pupilles du département de la Seine. Ecole d'Alembert Montévrain (1).

Que deviennent les enfants trouvés? Sont-ils abandonnés de la Société comme ils l'ont été de leurs parents? Ou leur est-il permis, au contraire, d'avoir, eux aussi, leur part de bonheur, de recevoir éducation et instruction, d'être, un jour, utiles à leur pays? Question qui, de tout temps, a préoccupé l'opinion. Dès le XVIe siècle, le Parlement de Paris n'ordonne-t-il pas de les recueillir, à l'hospice de la Trinité? N'est-ce pas pour eux qu'est fondée la maison de la Couche? *Monsieur Vincent*, dès 1638, n'entreprend-il pas une croisade de charité qui, en 1670, aboutit à la création d'un hôpital spécial, installé rue Neuve-Notre-Dame, face à l'Hôtel-Dieu, dont la première bienfaitrice fut la chancelière d'Aligre et où furent soignés, sous l'ancien régime, plus de 400.000 enfants? Les Assemblées révolutionnaires ne posent-elles pas le principe de l'éducation par la Nation des enfants trouvés, dont la tutelle fut confiée aux Commissions administratives des hospices? Le décret du 19 janvier 1811 ne prévoit-il pas la création, dans chacun des hospices destinés à recevoir ces malheureux, « d'un tour où ils devront être déposés »?

N'empêche que c'est à l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, que revient le mérite d'avoir groupé des efforts jusque-là isolés, de les avoir coordonnés, adaptés aux circonstances et sans cesse perfectionnés, en utilisant les moyens les plus variés : secours préventifs d'abandon, secours en argent et en nature, placement des enfants moralement abandonnés, pensions à ceux qui prennent en charge des orphelins, allocation de layettes, etc. De nos jours, elle se conforme aux deux règles fondamentales : éviter l'abandon toutes les fois qu'il est dû seulement à la misère des parents : est-il inévitable, sauver l'enfant, lui créer une famille, assurer son instruction et son éducation, veiller à son développement physique, le mettre à même, le moment venu, de gagner sa vie, l'aider, dans la suite, moralement et matériellement, comme le ferait sa famille matérielle.

Magnifique programme et qui fait honneur à ceux qui l'ont conçu! Louons donc, sans réserves, l'Assistance publique de cette œuvre, qu'elle a entreprise il y a déjà longtemps, qu'elle a su poursuivre, malgré tous les obstacles, avec méthode et ténacité, et que l'ardente volonté de ce grand administrateur qu'est M. Mourier lui a enfin permis de mener à bien.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume in-18 de 146 pages. — Paris 1930.

Le traitement de la paralysie générale et du tabes par la malaria provoquée (1), par A. FRIBOURG-BLANC, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La malariathérapie appliquée aux affections syphilitiques du système nerveux est une méthode aujourd'hui bien connue.

Le but de cet ouvrage est de renseigner le praticien sur les résultats qu'il est en droit d'en attendre et de lui fournir sous une forme succincte les indications essentielles relatives à son application. Les résultats obtenus apparaissent aujourd'hui indiscutables. Ils sont prouvés par les observations cliniques et les contrôles biologiques rassemblés depuis plus de dix ans par de très nombreux médecins de tous les pays.

L'auteur ne s'attarde pas ici sur les discussions pathogéniques relatives au mode d'action de la malariathérapie, mais il présente de façon objective les données susceptibles de fournir au praticien tous éléments d'appréciation utiles sur la valeur du procédé et il expose tous les détails de technique nécessaires à l'application rationnelle de cette thérapeutique. Les quelques cas cliniques qu'il rapporte à titre d'exemple montrent les services qu'on peut attendre de cette méthode.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES INTRACRANIENS

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [2]

B. **Chez le nouveau-né.** — Les hémorragies sous-durales obstétricales donnent lieu à des symptômes caractéristiques.

L'enfant naît le plus souvent en état de *mort apparente*, en syncope blanche ou en syncope bleue; dans ce dernier cas seulement on a quelque espoir de le ranimer. D'autres fois il naît « étonné ».

Les jours suivants il présente des *convulsions* et des raideurs (trismus, raideur de nuque). Il existe de la bradycardie et de la *tension de la fontanelle*. Enfin la ponction de la fontanelle ou la ponction lombaire ramènent du sang.

Souvent l'enfant succombe rapidement. S'il survit, l'hémorragie sous-durale est génératrice de maladie de Little ou de troubles mentaux graves. D'où l'indication pour certains auteurs d'intervenir chirurgicalement de façon précoce et systématique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel des hémorragies intracraniennes traumatiques ne se pose pratiquement que chez l'adulte.

Dans les cas les plus nets, on a des notions d'accidents progressifs survenant chez un blessé du crâne après une phase latente. Le diagnostic est facile; il ne se pose qu'en cas d'intervalle lucide prolongé, avec la *méningo-encéphalite tardive* : c'est la ponction lombaire qui tranchera le diagnostic.

Le plus souvent, il est beaucoup plus difficile, le malade étant amené dans le coma à l'hôpital, après un traumatisme mal précisé.

On pense immédiatement pour les éliminer par un examen rapide aux *comas médicaux* : coma éthylique, urémique, diabétique. Un seul, l'*hémorragie cérébrale*, peut être retenu, mais il ne donne pas de signes de compression et s'accompagne d'une hémiplégie caractéristique.

L'hémorragie méningée non traumatique soulève de grosses difficultés : il faut alors rechercher par une palpation soigneuse une douleur localisée, de l'œdème, des suffusions sanguines; chercher une otorragie, une paralysie faciale qui signeront la fracture du crâne.

Il reste à établir la cause de ce coma traumatique.

La commotion cérébrale ne donne pas de signes centraux, pas de bradycardie, les symptômes tendent spontanément à *régresser*.

La contusion ne donne aucun signe de compression. L'hyperthermie est constante et précoce. La progressivité des symptômes est très lente.

Mais la difficulté peut paraître insurmontable car l'intrication des divers syndromes commotionnel, contusionnel, hémorragique, est possible. Il faudra donc avant tout se baser sur l'**accentuation du syndrome compressif** qui, d'heure en heure, aux examens successifs, se précise.

Il ne faudra pas s'attarder au diagnostic avec un *enfoncement*, une *embarrure*, puisque l'intervention s'impose dans les deux cas de façon également urgente. De même, il est souvent impossible de différencier les *formes corticales sous-durales* de l'hématome extra-dure-mérien, formes d'ailleurs curables chirurgicalement. On ne peut se baser que sur la longueur de la phase lucide; sur l'état du liquide céphalo-rachidien; l'existence possible d'associations complique encore ce diagnostic.

Enfin il est une lésion qui ne sera reconnue qu'à l'intervention, c'est l'*œdème cérébral traumatique*.

En définitive c'est donc surtout un *diagnostic d'intervention d'urgence* qu'il faut poser sur l'existence de *signes de compression*. Rappellons la valeur de la *bradycardie*, de la *torpeur*, d'une mydriase unilatérale chez un blessé du crâne, et de *la progressivité de ces signes* d'heure en heure.

TRAITEMENT

1° **Hématome extradural**. — *La trépanation d'urgence* s'impose.

Le côté en sera déterminé d'après le siège de la fracture, les signes neurologiques controlatéraux, la mydriase.

L'anesthésie sera minimum : nulle si le blessé est comateux ou anesthésie locale. On accède au foyer par un volet sous-temporal large. L'hématome, très adhérent, est vidé au doigt et à la curette. La ligature du vaisseau, souvent impossible, est remplacée par un tamponnement. Fermeture sans drainage ou avec simple mèche si l'hémostase est imparfaite.

Le pronostic est bon si la dure-mère est revenue et bat, le cerveau reprenant la place de l'hématome, si la pupille se rétracte. Sinon, il faut craindre une hémorragie sous-durale ou surtout une grosse contusion cérébrale.

Les résultats sont fonction de la précocité de la trépanation, de l'existence d'un foyer de contusion encéphalique et de l'infection possible.

Mais il arrive parfois qu'on ne trouve pas d'hématome extra-dural. Cependant la dure-mère, tendue, bleuâtre ne bat pas. On incise alors prudemment et on trouve le sang poisseux de l'*hématome sous-dural*.

Enfin, lorsque le côté blessé est trouvé intact, il faut penser à explorer le côté opposé qui peut être le siège d'un *hématome par contre-coup*.

2° **Hémorragies sous-durales**. — Pour les hémorragies sous-durales le traitement est beaucoup plus discuté.

Certains ont proposé systématiquement une trépanation décompressive bilatérale. On a tenté également le traitement chirurgical systématique avec évacuation aussi complète que possible de l'épanchement. Cette méthode n'est applicable qu'aux hématomes localisés, mais elle peut donner de très beaux résultats. Il importe cependant d'être prudent, car elle expose à des reprises hémorragiques et à l'infection.

En cas de formes étendues, on se contentera de ponctions rachidiennes répétées, peu abondantes et pas trop précoces, de peur de favoriser de nouvelles hémorragies.

(1) Un volume de 112 pages. (Collection Médecine et Chirurgie pratique). — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, nos 19, p. 342, et 21, p. 383.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Un concours pour une place de médecin spécialiste suppléant pour l'électro-radiologie s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Nantes le lundi 30 juin 1930.

— NIMES. — Un concours pour une place de médecin adjoint d'ophtalmologie s'ouvrira le 5 mai 1930. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux de Rouen aura lieu le mardi 7 octobre 1930, à 15 h. 30.

Se faire inscrire au secrétariat des hospices de Rouen. La liste sera close le 17 septembre 1930.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — AVIS DE TIRAGE AU SORT DES JURYS DES CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE (2e degré). — Le tirage au sort des membres des jurys des concours du 2e degré de l'agrégation des facultés de médecine, ouverts en mai 1930, aura lieu en séance publique le jeudi 3 avril 1930, à 11 h., à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (petit amphithéâtre).

— PARIS. — A la suite de démarches faites auprès du Doyen de la Faculté, celui-ci a obtenu du ministre de l'Instruetion publique la réouverture des cours et travaux pratiques à dater du 17 mars.

— A l'occasion de la Mi-Carême, la Faculté de médecine sera fermée le jeudi 27 mars 1930.

GUERRE. — M. le médecin colonel Lahaussois est promu au grade de médecin général et maintenu directeur du Service de santé de la 6e région à Metz.

MANIFESTATION FRANCO-BRÉSILIENNE. — Un dîner vient d'être offert par l'A. D. R. M. au docteur Magalhaës, professeur d'obstétrique à Rio, et président de l'Académie brésilienne des belles-lettres.

A ce dîner assistaient les professeurs d'obstétrique de Paris et les médecins français ayant été au Brésil.

Après quelques paroles de bienvenue prononcées au nom de l'A. D. R. M. par son président le professeur Hartmann, le doyen de l'obstétricie française le professeur Pinard, le professeur Roger, doyen de la Faculté, le professeur Gley au nom des médecins ayant été au Brésil ont pris la parole. Le professeur Magalhaës, qui en toutes circonstances s'est montré grand ami de la France, a exprimé ses remerciements et tout le plaisir qu'il avait eu à passer quelques semaines à Paris où l'Institut franco-brésilien l'avait convié à faire des conférences.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE. (PARIS, juillet 1931.) — Le IIIe Congrès international de radiologie se tiendra à Paris, à la fin de juillet 1931, sous le haut patronage de M. le Président de la République et sous la présidence d'honneur de Mme P. Curie.

Les travaux du Congrès se répartiront entre les sections suivantes :

1re section : Radio-diagnostic; 2e section : Rœntgen et curiethérapie; 3e section : Radiobiologie; 4e section : Radiophysique; 5e section : Héliothérapie naturelle et artificielle; 6e section : Electrologie médicale.

Conformément au règlement des Congrès internationaux de radiologie, pourront être admis comme membres du Congrès :

1° Les membres des sociétés nationales de radiologie médicale régulièrement constituées;

2° Les personnes acceptées par lesdites sociétés de radiologie.

Le bureau du IIIe Congrès international de radiologie est ainsi constitué :

Président : M. Antoine Béclère; vice-présidents : MM.

Belot et Regaud (Paris), Cluzet et Rechou (Province); secrétaire général : M. Ledoux-Lebard; trésorier : M. Henri de Rothschild; trésorier adjoint : M. Morel-Kahn; secrétaires : MM. Claude Béclère et P. Gibert.

LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LE RHUMATISME. — Suivant la décision prise au Congrès de Budapest, l'assemblée internationale aura lieu à Liége, du 18 au 21 septembre 1930.

Ce Congrès succédera immédiatement au Congrès international de physiothérapie qui aura lieu du 14 au 18 septembre, et certaines manifestations données en l'honneur des congressistes seront communes aux deux assemblées.

Jeudi 18. — 10 h. : Départ en autocar pour Spa. Visite des établissements. Conférence; — 1 h. : Lunch offert par l'administration Spa Monopole; — 16 h. : Liége. Ouverture du Congrès contre le rhumatisme à l'Université. Rapport de la Commission. Classification du rhumatisme (docteur Fischer); — 17 h. 30 : Visite de l'exposition de Liége; — 20 h. : Réception.

Vendredi 19. — 9 h. : Séance générale sur la question « Les troubles de la circulation de la peau dans le rhumatisme chronique » (plusieurs rapports); — 14 h. : Discussion sur la question traitée le matin et communication se rapportant à cette question ; — 19 h. : Banquet à Liége.

Samedi 20. — 9 h. : Communication sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement du rhumatisme; — 14 h. : Clôture des travaux ; — 16 h. : Visite et thé ; — 18 h. 40 : Départ pour Bruxelles. Théâtre.

Dimanche 21. — 9 h. 30 : Visite du Centre antirhumatismal de l'hôpital Brugmann ; — 11 h. 30 : Visite de Sainte-Gudule, des bois de la Cambre, forêt de Soignes.

Les congressistes pourront ensuite choisir, soit une excursion à Bruges, une excursion à Anvers, ou un voyage à Amsterdam.

Un Comité de dames a été constitué.

Conditions de participation. — Les abonnés aux *Acta Rheumatologica* peuvent assister librement aux séances (abonnement : 15 florins par an).

Les membres du Congrès de physiothérapie ainsi que les membres de la International Society of medical hydrology (I. S. M. H.) ont libre accès aux séances.

La participation à toutes les fêtes, excursions, aux deux banquets et réceptions sera de 200 fr. pour ces trois catégories de membres.

Les cotisations sont reçues par M. le docteur Michez, à Bruxelles.

Les communications scientifiques seront reçues par M. le docteur van Breemen, 489 Keizersgracht, Amsterdam.

Les inscriptions seront reçues par le professeur Gunzburg, 1, rue des Escrimeurs, Anvers.

Les membres de la Ligue française contre le rhumatisme pourront demander une inscription pour le samedi 20 septembre, à 9 h. du matin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Camille Viguier (de Lison, Calvados), correspondant de l'Académie des sciences (section d'anatomie et zoologie); Charles Gasperini (de La Crau, Var); Edmond Aubert, chef des travaux d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Marseille; Haie (de Nantes); Famechon, médecin principal en retraite.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'HYGIÈNE. (Professeur : M. TANON.) — *Préparation au concours de médecin-inspecteur des Ecoles.* — Le prochain concours pour le Département de la Seine qui devait avoir lieu en mars est prévu pour le mois de mai. Il est destiné à recruter des médecins-inspecteurs à la fois pour les Ecoles de Paris et celles des communes suburbaines. Les candidats doivent compter cinq années de pratique professionnelle (deux ans seulement pour les anciens internes des hôpitaux de Paris). Pour les autres conditions et formalités d'inscription, s'adresser à la Direction de l'Enseignement de la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, Paris.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène, sous la direction de MM. Tanon, professeur d'hygiène et Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, directeur-adjoint de l'Ecole de puériculture, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec la collaboration de MM. Duvoir, agrégé, médecin de la Maison municipale de santé (Dubois) et médecin-inspecteur des Ecoles; Harvier, agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon et médecin-inspecteur des Ecoles; Joannon, agrégé et chef des travaux pratiques d'hygiène; Armand-Delille, médecin de l'hôpital Hérold; Heuyer, médecin de l'hôpital Necker, directeur de la Clinique de neuropsychiatrie infantile et médecin-inspecteur des Ecoles; Guibert, médecin-inspecteur en chef des Ecoles; Bing, Dufestel, Guerrier, Moulin et Vitry, médecins-inspecteurs des Ecoles; Grandjean, inspecteur des bâtiments et des services d'hygiène scolaire; Mme Bonhomme, secrétaire de l'inspection médicale des Ecoles.

Le cours de préparation qui devait avoir lieu du 19 février au 5 mars a été reporté. Il aura lieu du 19 mars au 2 avril. Il comprendra des leçons données chaque jour de 16 h. 1/2 à 18 h. 1/2 et trois visites d'écoles.

Seront admis tous docteurs en médecine et étudiants à scolarité terminée.

Les inscriptions sont reçues les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h., au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4.

Le droit à verser est de 200 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie médicales aura lieu du 7 au 19 avril 1930, sous la direction du professeur Piéry, et sera assuré par les membres de l'Institut d'hydrologie et de climatologie et leurs collaborateurs : MM. Arloing, Barral, J. Cluzet, Paul Courmont, Doyon, Mouriquand, Pic, Piéry, Savy, Rochaix, Imbert et Milhaud, et avec le concours de MM. Roman, professeur de géologie à la Faculté des sciences, et G. Doyon, architecte.

Cet enseignement est destiné aux docteurs en médecine se spécialisant dans les cures climatiques ou hydro-minérales et aux étudiants en médecine ou en pharmacie désireux de compléter leurs connaissances sur ce point de thérapeutique. L'inscription est gratuite. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GENÉRALE

LES HÉMATIES A GRANULATIONS VITALES

Par P. S. PÉTREQUIN,
Interne des hôpitaux de Strasbourg.

« A l'aide de procédés de coloration spéciaux on a pu mettre en évidence, dans certains globules rouges des granulations particulières, qui présentent une affinité tinctoriale différente de celle du protoplasme de l'hématie. Ces granulations ont fait donner aux éléments qui les renferment la dénomination d'*hématies granuleuses* » [Fiessinger et Abrami (1)].

Ces hématies à granulations sont de deux sortes :

Les unes mises en évidence sur des préparations de *sang fixé*, par des colorants basiques. Ce sont les hématies à granulations *non* vitales, basophiles.

Les autres, basophiles également, ne sont mises en évidence que par des procédés spéciaux de *coloration vitale*, sur du sang frais et non fixé. Ce sont les *hématies à granulations vitales*, les seules dont nous nous occupons ici. Comme ces granulations vitales revêtent, au contraire des précédentes qui sont isolées, l'aspect d'un réseau, on les désigne aussi sous le nom d'*hématies réticulées*.

L'étude de ces hématies à granulations vitales, ou hématies réticulées présente un double intérêt :

Théorique par les nombreux problèmes d'histologie, de technique hématologique, et d'histogénèse des globules rouges que pose la présence des granulations vitales dans certaines hématies.

Pratique par les renseignements que peut donner l'étude des hématies à granulations vitales, tant au point de vue du diagnostic (ictères, anémies) que du pronostic (en montrant l'activité des organes hématopoiétiques).

Dans cette étude des hématies à granulations vitales ou hématies réticulées, après un bref aperçu historique, nous exposerons la technique de coloration, nous étudierons ensuite la morphologie des hématies réticulées, leur nombre chez le sujet normal, leur séméiologie, puis nous envisagerons ce que l'on sait de leur physiologie, enfin de leur genèse et de leur signification.

Historique. — Les hématies à granulations vitales furent mises en évidence pour la première fois, à l'aide du rouge neutre par Pappenheim (2) [1895], puis par Israël et Pappenheim (3) [1896], Maximow (4) [1899], Bettmann (5) [1898], Césaris-Demel (6) [1901].

Mais ce n'est qu'ultérieurement qu'on a vraiment insisté sur l'importance des hématies à granulations vitales. Chauffard (7) en effet, après avoir montré l'origine hémolytique de certains ictères congénitaux, a mis en évidence avec Fiessinger (8), un caractère hématologique bien spécial à l'anémie des ictériques hémolytiques, à savoir la présence d'un grand nombre d'hématies à granulations vitales, décelables en faisant agir sur le sang frais et non fixé le réactif de Pappenheim (pyronine et vert de méthyle).

MM. Widal, Abrami et Brulé (9) ont alors montré que ces hématies granuleuses des ictères hémolytiques ne devaient pas être identifiées avec celles décrites antérieurement dans les états anémiques et les intoxications et décelées par les procédés de coloration non vitale.

Mises en évidence pour la première fois dans l'anémie des ictères hémolytiques, les hématies à granulations vitales furent retrouvées ultérieurement dans de nombreux autres états anémiques et plusieurs auteurs, en particulier Istomanowa montrèrent que leur présence en plus ou moins grand nombre traduit l'activité régénératrice plus ou moins intense des organes hématopoiétiques.

En même temps étaient étudiées les propriétés des hématies à granulations vitales au point de vue biologique [Harrop (10), etc.], leur rapport avec la formation des globules rouges adultes [Jolly (11)], de sorte qu'actuellement l'étude des hématies à granulations vitales dépasse de beaucoup le cadre des ictères hémolytiques.

Technique de coloration. — Plusieurs procédés de coloration des hématies réticulées ont été successivement proposés. Tous sont basés sur l'action d'un colorant basique agissant sur le sang frais et non fixé.

A. **Coloration par la pyronine.** — Le procédé initial de Chauffard et Fiessinger (8) consiste à faire une coloration « quasi-vitale » du sang par la pyronine à l'aide du réactif de Pappenheim (pyronine et vert de méthyle). Le sang est étalé sur lame en couche très mince, séché par agitation mais non fixé. On fait alors agir sur la préparation une goutte du réactif; on recouvre d'une lamelle et l'on peut examiner de suite. On voit alors apparaître dans le protoplasme de certaines hématies des granulations colorées en rouge par la pyronine, alors que les autres hématies ayant perdu leur hémoglobine sont presque incolores et pour ainsi dire réduites au contour de leur membrane d'enveloppe.

Cette méthode a deux avantages : sa rapidité, sa simplicité. Mais elle a des inconvénients : les préparations ne se conservent pas et surtout on peut lui objecter que la coloration n'étant que quasi-vitale, elle n'est pas aussi fidèle que les méthodes de coloration vitale.

Aussi a-t-on préconisé l'emploi des colorations vitales par les bleus basiques (bleu de toluydine, bleu de méthylène basique, bleu de Unna, bleu azur, bleu de crésyl brillant) ou par d'autres colorants basiques comme la thionine. Parmi toutes ces colorations, celles qui nous ont paru les plus intéressantes sont la coloration par le bleu de Unna et celles par le bleu de crésyl brillant.

B. **Coloration par le bleu de Unna.** — Elle peut se faire extemporanément de la manière suivante : placer une gouttelette de sang entre lame et lamelle,

(1) Les chiffres indiqués à la suite des noms d'auteurs renvoient à la bibliographie.

déposer à la périphérie de la préparation une goutte de bleu polychrome de Unna diluée dans quatre parties de sérum physiologique, laisser le colorant diffuser deux à trois minutes, examiner à l'immersion. On voit alors le protoplasme des hématies d'un vert très pâle et les granulations vitales apparaissent en bleu foncé.

Cette coloration a pour elle le mérite de la rapidité. Elle peut fort bien être utilisée en clinique quand on ne désire que faire une numération des hématies à granulations vitales. Mais pour pouvoir étudier l'aspect de ces hématies, les caractères de leurs granulations, il est préférable d'utiliser une méthode qui permette un étalement plus parfait du sang. Pour cela il faut utiliser la technique proposée par Widal, Abrami et Brulé (9) : recevoir quatre à cinq gouttes de sang à examiner dans un tube à centrifuger contenant 3 centimètres cubes de bleu de Unna en solution isotonique et oxalatée, de façon à éviter à la fois le laquage et la coagulation du sang — laisser au repos dix minutes — centrifuger — décanter et prélever le culot à la pipette, étaler sur lames comme pour un étalement de sang ordinaire.

Cette méthode, si elle permet un bon étalement du sang et par conséquent une étude morphologique des hématies à granulations vitales, n'est pas exempte d'inconvénients : en effet la densité des hématies banales étant plus forte que celle des hématies granuleuses, celles-ci après centrifugation se trouvent rassemblées à la partie supérieure du culot. Une numération faite dans ces conditions sera donc fausse. Certains auteurs [Morawitz (12) et Komiya] ont même basé sur ce fait un procédé d'isolement des hématies réticulées.

La coloration par le bleu de Unna suivie de centrifugation, extrêmement utile pour l'étude morphologique des hématies à granulations vitales est donc formellement contre-indiquée lorsqu'on veut faire une étude numérique précise de ces éléments. Dans ce cas il faut utiliser la coloration au bleu de Crésyl-Brillant.

C. **Coloration par le bleu de crésyl brillant.** — Pour cette coloration on suit la technique suivante : on prépare une série de lames sur lesquelles on a déposé et laissé évaporer une goutte de solution alcoolique au 1/20 de « brillant-crésyl-blau ». Il reste une tache de colorant adhérent à la lame. Pour se servir de ces lames préparées, on renverse sur la tache de colorant un couvre-objet avec une gouttelette de sang, on laisse au contact deux secondes, on étale, on laisse sécher et on peut examiner à l'immersion. Ce procédé très fidèle au point de vue numérique est par excellence le procédé à utiliser en clinique pour la recherche et la numération des hématies réticulées.

D. **Coloration vitale suivie de fixation et de coloration des autres éléments du sang.** — Toutes les méthodes précédentes ont un inconvénient commun : les préparations ne se conservent pas. On y remédie, quelle que soit la méthode que l'on ait choisie, en faisant suivre la coloration vitale d'une fixation de la préparation à l'alcool ou à la chaleur. Il peut même être utile, pour certaines recherches, en particulier pour voir les rapports entre hématies réticulées et hématies nucléées, entre granulations vitales et polychromatophilie, etc., de faire suivre cette fixation d'une coloration au Leishmann-Giemsa ou au May-Grunwald-Giemsa. On aura ainsi des préparations où tous les éléments figurés du sang, y compris les granulations vitales des hématies seront colorés. Mais les numérations d'hématies réticulées faites sur ces préparations fixées et recolorées donnent toujours un nombre inférieur à celui obtenu sur les préparations traitées uniquement par la méthode de coloration vitale; et cette particularité les rend inutilisables pour une étude numérique exacte.

De cette étude de la valeur comparée des procédés de coloration des hématies à granulations vitales nous pouvons conclure :

a. Que le meilleur procédé de recherche clinique et de numération des hématies à granulations vitales est celui au bleu de crésyl brillant.

b. Que pour l'étude morphologique des granulations vitales, on peut employer soit le procédé de Unna avec centrifugation, soit le procédé du bleu de crésyl suivis de fixation et s'il y a lieu de recoloration au Giemsa.

Connaissant les procédés de coloration, nous pouvons passer à l'étude morphologique des hématies à granulations vitales.

Morphologie des hématies à granulations vitales. — Quel que soit le procédé de coloration que l'on a utilisé, les hématies à granulations vitales, généralement de plus grand diamètre que les autres, se présentent sous des aspects un peu variables, bien que les granulations soient toujours basophiles.

1° Le plus souvent, les granulations, plus ou moins abondantes, se trouvent à la partie périphérique de la cellule. Elles n'apparaissent pas comme des ponctuations isolées, mais sont au contraire réunies les unes aux autres par de fins tractus basophiles, de sorte que l'ensemble granulations et tractus forme une espèce de réseau à mailles plus ou moins serrées rappelant l'aspect d'un noyau. Dans les hématies où les granulations sont moins nombreuses, elles peuvent présenter l'aspect de chaînettes. C'est à cause de ces mailles plus ou moins serrées que l'on a donné aux hématies à granulations vitales le nom d'hématies réticulées, les opposant aux hématies ponctuées, mises en évidence chez les anémiques et les saturnins par les procédés de coloration non vitale.

2° Les granulations peuvent, quoique plus rarement, présenter un autre aspect : elles peuvent être centrales, plus épaisses et ressembler d'assez près à des noyaux.

3° Enfin elles peuvent, plus rarement encore, être réparties uniformément dans toute la cellule. L'hématie apparaît alors au premier coup d'œil comme uniformément colorée en bleu, ce n'est qu'après une mise au point plus précise que l'on s'aperçoit qu'elle est parsemée de petites granulations bleues.

Répartition homogène, aspect pseudo-nucléaire,

aspect de chaînettes et enfin réseau véritable, tels sont par ordre de fréquence croissante les différents aspects que peuvent revêtir ces granulations vitales des hématies chez l'adulte.

Chez l'embryon, il en est un peu autrement; les granulations sont en général plus épaisses, centrales et rappellent de plus près un noyau. Ce réseau central présente même quelquefois une apparence de membrane d'enveloppe.

Ce même aspect se retrouve chez le nouveau-né comme nous avons pu nous en rendre compte en prélevant au moment de la naissance du sang du cordon. Même aspect aussi, quoique moins net, chez les individus jeunes, dans les régénérations intenses.

Enfin on a retrouvé un aspect exactement analogue dans des frottis de moelle osseuse et d'autant plus nettement qu'elle appartenait à un animal plus jeune. Dans les frottis de moelle d'embryon, on reconnaît l'apparition des premières traces de substance vitale en même temps que l'apparition des premières traces d'hémoglobine. Ces granulations vitales siègent au voisinage du noyau alors que l'hémoglobine apparaît à la périphérie du protoplasme cellulaire.

L'étude morphologique des hématies à granulation vitale pose encore deux autres problèmes :

1° Celui du rapport de ces hématies réticulées avec les hématies ponctuées des anémiques et des saturnins.

2° Celui du rapport des hématies réticulées avec les hématies polychromatophiles.

Le premier de ces problèmes qui a pu se poser au moment des premières recherches sur les hématies granuleuses est actuellement définitivement résolu : il n'y a aucun rapport entre ces deux sortes de cellules qui sont totalement différentes les unes des autres :

a. Elles apparaissent par des procédés de colorations différents, sans fixation pour les hématies réticulées, après fixation pour les hématies ponctuées.

b. Elles apparaissent dans des conditions physiologiques et pathologiques différentes. Elles présentent donc chez le même sujet une grande différence de nombre : les hématies réticulées peuvent être à 50 p. 100 alors qu'il n'y a pas d'hématies ponctuées.

c. Enfin l'aspect des granulations est différent : réseau dans les hématies à granulations vitales, ponctuations isolées dans les hématies ponctuées.

De sorte qu'il n'y a aucune analogie entre ces deux sortes de granulations des hématies.

Quant au problème des rapports entre hématies réticulées et hématies polychromatophiles, il est plus complexe : en effet, si on compte chez un même individu les deux sortes d'hématies, on trouve, en général, des nombres très voisins [Sabrazès et Leuret (27), de sorte que dès 1908, Biondi (13) émettait cette théorie que la présence du réticulum vital dans certains globules rouges était la cause de leur polychromasie. Schilling (25), un peu plus tard, reprenait cette même idée; enfin, tout récemment, Seyfarth (14) reprit la question et faisant la numération des deux sortes de cellules, trouva que dans un même sang il y a parallélisme entre les nombres de ces deux sortes de globules rouges; mais que les hématies à granulations vitales sont toujours un peu plus nombreuses que les hématies polychromatophiles. Ceci prouverait simplement pour lui que la coloration vitale est plus sensible et il en conclut à l'analogie exacte entre les deux sortes d'érythrocytes.

En réalité, sur des préparations à colorations combinées, on se rend compte que la plupart des hématies réticulées sont en même temps polychromatiques et inversement; mais il y a aussi des éléments polychromatophiles sans granulations vitales, et des hématies réticulées orthochromatiques. Il y a donc sans doute un rapport très étroit entre les deux sortes d'éléments; mais ce point aurait encore besoin d'être précisé, d'autant plus que Denecke (15) a prétendu que dans certains ictères hémolytiques où les globules rouges réticulés sont très nombreux, on trouve peu d'hématies polychromatophiles. Il en rapproche cet autre fait, signalé par certains auteurs que l'hypermétabolisme du sang est dans ces cas peu marqué ou nul, malgré la présence d'un grand nombre d'eléments à granulations vitales, pour en conclure que ces hématies réticulées de l'ictère hémolytique sont des éléments anormaux, produits d'une réaction médullaire atypique et n'ont pas la même signification que les hématies réticulées que l'on peut trouver dans certains autres cas d'anémie. Nous reviendrons sur cette question et nous la discuterons en étudiant le métabolisme des hématies réticulées.

Nombre des hématies à granulations vitales chez l'homme normal et dans les circonstances physiologiques. — Les érythrocytes à granulations vitales mis en évidence d'abord dans des cas pathologiques ont été retrouvés ensuite chez tous les sujets normaux, mais en très petit nombre.

Chez un sujet normal, nous n'avons jamais trouvé de chiffre dépassant 2,5 p. 100 du nombre total des globules rouges; mais la moyenne est bien au-dessous de ce chiffre. Fiessinger et Abrami (1) donnent comme moyenne 0,30 à 0,50 p. 100 chez l'homme adulte normal. Seyfarth (14) dans un travail récent donne un pourcentage plus faible : 0,1 à 0,2 p. 100. Les chiffres que nous avons trouvés chez les sujets normaux se rapprochent davantage de ceux de Fiessinger et Abrami, notre moyenne étant de 0,4 à 0,6 p. 100.

Chez le nouveau-né ce chiffre est beaucoup plus fort. On a signalé des chiffres de 5 à 10 p. 100. Dans une série de numérations faites en prélevant au moment de la naissance du sang du cordon ombilical de nouveau-nés à terme, nous avons trouvé une moyenne de 7 p. 100. Ce nombre considérable à la naissance augmenterait encore dans les heures qui suivent pour diminuer progressivement à partir du premier jour. Chez les prématurés, la proportion est encore plus forte : on note de 10 à 30 p. 100 d'hématies à granulations vitales [Cathala et Daunay (26)].

Certains auteurs ont fait des numérations d'hématies réticulées chez les animaux et ont trouvé des

chiffres variant entre 0,1 et 0,2 p. 100 chez le cheval et 4 à 6 p. 100 chez la souris. Ce qui est plus intéressant à noter c'est la constance avec laquelle on constate l'augmentation de cette proportion chez l'animal nouveau-né dont le sang présente 20, 30, 40 p. 100 d'hématies réticulées; on a même noté des chiffres de 30 à 80 p. 100 chez le lapin.

Le nombre d'hématies à granulations vitales de l'individu normal peut d'ailleurs varier sous l'influence de circonstances physiologiques. On a noté une augmentation de ces globules sous l'influence des rayons thermiques, des mouvements intenses du corps, des rayons ultraviolets [Seyfarth (14)], des rayons X [Gaviati (16)], au cours de la grossesse [Seyfarth (14)], chez les animaux maintenus dans un local à air confiné ou à une température de 37 à 40 degrés [Grawitz (17)].

Une étude systématique des modifications du nombre des hématies réticulées dans les diverses circonstances physiologiques n'a pas encore été faite et ne manquerait pas d'intérêt.

En tous cas ces variations numériques dans les circonstances physiologiques sont toujours minimes. Il n'en est pas de même dans certaines circonstances pathologiques où leur nombre peut atteindre de très notables proportions, ce qui confère à la numération des hématies à granulations vitales une grande valeur séméiologique.

Séméiologie des hématies à granulations vitales. — Il y a essentiellement deux groupes d'affections dans lesquelles le nombre des hématies à granulations vitales est modifié :

1° Les ictères hémolytiques;
2° Les états anémiques.

1° Les hématies à granulations vitales dans les ictères hémolytiques. — Dans les ictères d'origine hépatique il n'y a pas de modifications du nombre des hématies à granulations vitales. S'il est augmenté, l'augmentation est due à un état pathologique surajouté à l'ictère et indépendant de lui comme l'ont montré à plusieurs reprises Chauffard (7), puis Widal (9).

Par contre, dans les ictères hémolytiques, congénitaux ou acquis, un des stigmates sanguins les plus importants est l'augmentation considérable du taux des hématies réticulées. C'est au cours de l'ictère hémolytique congénital que Chauffard et Fiessinger (8) ont signalé la première fois les globules rouges à réticulum vital. Cette augmentation est constante et considérable, le taux des hématies réticulées étant toujours au moins de 14 p. 100 et pouvant monter jusqu'à 45 p. 100. Au cours d'un cas d'ictère hémolytique acquis qui nous a servi à étudier certaines propriétés des hématies à granulations vitales, nous avons trouvé une proportion oscillant entre 30 et 60 p. 100. MM. Widal, Abrami et Brulé (9) ont même cité un cas où ils avaient trouvé un chiffre de 65 p. 100 d'éléments réticulés.

Cette augmentation des hématies à granulations vitales au cours des ictères hémolytiques présente, grâce à sa constance et à son intensité une grande valeur diagnostique : on ne la trouve pas dans les autres états ictériques, à moins d'affection surajoutée.

Sa recherche ne doit cependant pas dispenser de la recherche de la résistance globulaire qui reste toujours le critérium essentiel de la nature hémolytique d'un ictère.

L'intérêt diagnostique de cette augmentation des hématies à granulations vitales n'est d'ailleurs pas le seul qu'elle présente : il serait intéressant, en effet, de savoir quels peuvent être les rapports qui existent entre les différents signes hématologiques des ictères hémolytiques. On sait que ces signes peuvent se résumer dans la triade suivante :

1° Anémie;
2° Diminution de la résistance globulaire;
3° Augmentation de la proportion d'hématies à granulations vitales.

Il est certain que l'anémie est la conséquence de la fragilité globulaire; mais ce qui est beaucoup moins évident ce sont les rapports qui existent entre les deux derniers caractères hématologiques des ictères hémolytiques, entre la fragilité globulaire et la présence d'hématies réticulées. Les globules rouges à granulations vitales sont-ils plus fragiles, et est-ce à leur présence qu'est due la diminution globale de la résistance globulaire?

Pour éclaircir ce point, nous avons pratiqué sur le sang d'une malade atteinte d'ictère hémolytique et présentant 51 p. 100 d'hématies réticulées avec une résistance considérablement diminuée (Hμ : 6,8 p. 1.000; Ht : 4,3 p. 1.000) les expériences suivantes :

Le sang fut mis en contact avec des solutions de NaCl entre 7 et 0 p. 1.000, comme pour une recherche de résistance globulaire. Nous avons laissé l'hémolyse agir pendant deux heures; puis nous avons pratiqué sur les hématies restant au fond des tubes où l'hémolyse était incomplète une coloration par le procédé du bleu de crésyl brillant. Nous avons obtenu les résultats suivants :

Sang frais............................	Hématies à granulations vitales.....	51 p. 100
Sang après 2 heures dans solution NaCl à 7 p. 1.000......	— —	52 p. 100
— — — 5,8 p. 1.000......	— —	58 p. 100
— — — 5,6 p. 1.000......	— —	64 p. 100
— — — 4,8 p. 1.000......	— —	88 p. 100

On voit donc que plus l'hémolyse est intense, plus le pourcentage des hématies réticulées augmente, ce qui semble bien prouver que loin d'être plus fragiles que les autres les hématies à granulations vitales sont plus résistantes.

Mais pour être certains de la valeur de l'expérience précédente, nous avons fait la contre-preuve suivante :

Nous comptons les hématies à granulations vitales du sang frais et nous trouvons : 51 p. 100.

Puis nous pratiquons, toujours sur le sang frais, une coloration vitale par le procédé du bleu de Unna. Nous recueillons le culot d'hématies après la centrifugation, hématies qui sont donc vitalement colorées. Nous pratiquons alors sur ces hématies les expériences d'hémolyse comme précédemment.

C'est donc l'expérience inverse de la précédente : au lieu d'hémolyser puis de colorer vitalement, nous colorons d'abord, puis nous hémolysons. Et nous arrivons exactement au même résultat :

A mesure que l'hémolyse devient plus intense, le pourcentage des hématies à granulations vitales augmente.

Ainsi dans le tube contenant la solution de NaCl à 7 p. 1.000, nous trouvons 51,5 p. 100 d'hématies à granulations vitales.

Dans la solution à 5,8 p. 1.000, il y en a 59 p. 100.
— — 5,6 p. 1.000, — 63 p. 100.
— — 4,8 p. 1.000, — 89 p. 100.

Ces deux séries d'expériences dont les résultats concordent parfaitement nous ont permis de conclure :

1° Que la fragilité globulaire de l'ictère hémolytique n'est pas due à la présence des éléments à granulations vitales, ceux-ci étant au contraire plus résistants que les autres globules rouges.

2° Que les hématies à granulations vitales ne sont donc pas des éléments altérés, vieux, et en voie de dégénérescence.

On a pu d'ailleurs en donner d'autres preuves encore : on fait apparaître chez des animaux un processus hémolytique en leur injectant du sérum d'anguille, de la toluylène-diamine, de la phénylhydrazine ou de l'hydroxylamine. Le premier signe qui apparaît c'est la fragilité globulaire, les hématies granuleuses n'apparaissent que plus tard [Schwalbe et Solley (28), Melchior, Rosenthal et Licht (29)].

2° Les hématies à granulations vitales dans les anémies. — Les états anémiques constituent le deuxième groupe d'affections dans lequel il y a modification du nombre des hématies réticulées. Ceci avait été noté déjà par les premiers auteurs qui s'occupèrent de la question des granulations vitales. Chauffard, Fiessinger, Abrami, Widal, Brulé publièrent des observations de divers types d'anémies (pernicieuses, posthémorragiques, tuberculeuses, chlorotiques, leucémiques), dans lesquelles ils avaient fait une numération des globules rouges à granulations vitales. Ils notaient en général une augmentation de leur nombre, mais augmentation irrégulière, sans aucun rapport avec l'intensité de l'anémie, de sorte qu'ils ne purent tirer de ces constatations aucune conclusion bien nette.

Cette question a été depuis lors reprise par plusieurs auteurs. Nous avons nous-même fait des numérations régulières au cours de plusieurs cas d'anémies et nous avons pu confirmer que :

1° On trouve une augmentation du nombre des hématies réticulées dans toutes les anémies plastiques, c'est-à-dire dans lesquelles il y a régénération sanguine;

2° Cette augmentation est d'autant plus grande que l'activité des organes hématopoiétiques est plus intense et que la régénération sanguine se fait mieux;

3° Cette augmentation des hématies réticulées s'accompagne à peu près constamment de la présence dans le sang d'hématies nucléées, d'hématies polychromatophiles et de tous les autres signes de régénération médullaire;

4° Mais ces autres signes sont toujours beaucoup moins nets et moins fidèles que l'augmentation des globules rouges réticulés;

5° Il y a diminution ou absence totale d'hématies à granulations vitales dans les cas où la régénération sanguine est défectueuse;

6° Ceci explique que l'augmentation du nombre des érythrocytes à granulations vitales ne soit pas proportionnelle à l'intensité de l'anémie, mais à celle de la rénovation sanguine.

Toutes ces constatations nous prouvent que la numération des hématies à granulations vitales donne d'utiles renseignements sur le pronostic des anémies. Istomanowa (18), en effet, a préconisé la recherche dans les anémies de formes jeunes moins rares dans leur apparition que les hématies nucléées, en particulier des globules rouges à granulations vitales. Il a montré la valeur de cette méthode à l'aide d'observations cliniques et de courbes montrant les variations de ces éléments au cours de l'évolution et du traitement des anémies.

Mais c'est surtout dans les anémies pernicieuses, type Biermer, que la numération des hématies réticulées est d'un gros intérêt. En effet, Minot et Murphy (31) ont remarqué qu'à la suite de l'administration de foie de veau on voyait dans ces cas une augmentation très forte des hématies réticulées. D'autres auteurs américains ont signalé des faits identiques, et van Caulaert a publié des courbes particulièrement démonstratives à cet égard. On voit que, quelques jours après l'administration du foie et avant que l'hémoglobine et les hématies aient eu le temps d'augmenter, il se fait une brusque poussée d'hématies granuleuses dans le sang et leur taux peut atteindre 30 à 40 p. 100 du chiffre total des hématies.

Cette poussée se fait *toujours* dans le cas d'anémie Biermérienne traitée par l'administration de foie de veau ou par un extrait hépatique actif et dans les cas où le diagnostic différentiel du type anémique est douteux, c'est cette poussée d'hématies réticulées après administration de foie qui permet de faire avec certitude le diagnostic d'anémie Biermérienne [van Caulaert (19)].

Blum et van Caulaert (20) ont aussi montré que la recherche de cette poussée d'hématies à granulations vitales permettait de juger de l'efficacité des extraits hépatiques lancés dans le commerce depuis la découverte de Minot et Murphy. Seuls doivent être considérés comme actifs les extraits dont l'administration est suivie après quelques jours d'une augmentation considérable des hématies réticulées.

Signalons, enfin, que le traitement par le foie de veau au cours d'une anémie secondaire ne donne jamais cette poussée d'hématies réticulées; quand dans ces cas le traitement par le foie amène une amélioration, celle-ci est toujours très lente à se

produire et ne ressemble en rien à l'amélioration rapide d'une anémie pernicieuse par le foie de veau; ce qui permet de conclure que le traitement par le foie de veau est pour ainsi dire spécifique pour l'anémie pernicieuse.

Propriétés biologiques des hématies à granulations vitales. — L'une des propriétés des granulations vitales qui a le plus frappé les expérimentateurs c'est la fragilité de ces granulations et la rapidité avec laquelle elles disparaissent une fois le sang hors de l'organisme. A l'étuve à 37 degrés la substance vitale disparaît en moins de vingt-quatre heures. A la température de la chambre elle se conserve un peu plus longtemps : de quarante-huit à soixante heures [Seyfarth (14), Denecke (15)]. A la glacière, enfin, elle peut se conserver pendant des semaines.

Résistance osmotique. — Nous avons déjà dit, à propos de l'ictère hémolytique, que les hématies à granulations vitales étaient plus résistantes que les autres. Ce ne sont donc pas des éléments fragiles en voie de dégénérescence. Les expériences que nous avons faites pour prouver la résistance osmotique des hématies réticulées nous ont fourni en même temps une méthode d'enrichissement et presque d'isolement de ces hématies, ce qui permet d'étudier leurs propriétés biologiques sur des éléments à peu près purs.

Outre cette méthode qu'on peut appeler « d'hémolyse partielle », il en existe une autre, proposée par Morawitz et Komyia, basée sur la densité des hématies réticulées.

Densité. — Celles-ci sont moins denses que les érythrocytes normaux, de sorte que si on centrifuge et qu'on ne recueille que la partie supérieure du culot on a un mélange beaucoup plus riche en hématies à granulations vitales.

Richesse en hémoglobine. — Les cellules à réticulum vital paraissent être des éléments jeunes, plus grands, plus clairs que les autres. Elles contiennent aussi moins d'hémoglobine et elles partagent cette propriété avec d'autres éléments jeunes de la lignée rouge (macrocytes, mégalocytes, etc.).

Métabolisme. — Les hématies à granulations vitales paraissant être des éléments jeunes, il est très intéressant de voir quel est leur métabolisme. On sait que les globules rouges adultes ont un métabolisme presque nul, c'est-à-dire qu'une fois leur hémoglobine saturée en oxygène et transformée en oxyhémoglobine, on ne constate aucune utilisation de l'oxygène et l'on voit qu'à 37 degrés et quatre heures après le début d'une expérience l'hémoglobine reste entièrement saturée. Les hématies sont en effet de vieilles cellules, sans noyau, des cadavres cellulaires.

Comment vont se comporter dans les mêmes conditions les hématies à granulations vitales ? Si ce sont réellement des cellules jeunes, il est probable qu'elles auront un certain métabolisme, c'est-à-dire qu'elles utiliseront une certaine quantité d'oxygène.

Morawitz (12), qui avait étudié le métabolisme du sang dans les anémies, avaient constaté dans certains cas une augmentation du métabolisme dont il n'a pas précisé la cause.

Ultérieurement, Roessingh (21), Harrop (10), Cohn (22), etc., ont constaté que cet hypermétabolisme était proportionnel au pourcentage d'hématies à granulations vitales contenues dans le sang.

Denecke (15), puis Seyfarth (14) notent à nouveau le même parallélisme dans le sang des anémiques; mais ils signalent que dans l'ictère hémolytique cet hypermétabolisme sanguin n'existe pas, et ils en concluent que les hématies à granulations vitales de l'ictère hémolytique sont anormales et n'ont pas la même valeur que celles qu'on constate dans les anémies.

Nous avons fait à ce sujet, en collaboration avec van Caulaert (23), des expériences précises sur du sang d'anémiques et sur du sang d'une malade atteinte d'ictère hémolytique. Ces expériences consistaient à prélever du sang artériel ou à saturer d'oxygène du sang veineux. A l'aide de l'appareil de van Slyke on déterminait immédiatement la capacité respiratoire du sang exprimée en volumes p. 100 d'oxygène. Le sang non utilisé placé sous huile était introduit dans une étuve à 37 degrés et toutes les demi-heures on prélevait un échantillon du sang dans lequel on dosait comme précédemment la quantité d'oxygène.

Les résultats de ces expériences sont consignés dans le tableau suivant :

	Capacité resp. en O^2 vol. p. 100	Après 1/2 h.	Après 1 h.	Après 1 h. 1/2	Après 2 h.	Après 2 h. 1/2	Après 3 h.	Après 3 h. 1/2	Après 5 h.
Sang normal	20.25		20.45			20.10			20.10
Ictère hémolytique. Hématies réticulées, 37 p. 100	8.56	6.98					3.12		
Ictère hémolytique. Hématies réticulées, 43 p. 100	9.30	6.98	5.48	4.50	3.7		3		
Anémie pernicieuse; 27-2-28 avant traitement par le foie de veau. Hématies réticulées, 2 p. 100	7.60		7.45			7.60			7.30
5-3-28. Hématies rétic., 10 p. 100	8.90	7.56	6.60		5				3.75
10-3-28. Hématies rétic., 35 p. 100	10.15	6.80		4.66			3.35		
20-3-28. Hématies rétic., 0,8 p. 100	12.50		12.30		12.30				12.15

On voit sur ce tableau que :

a. Le sang normal placé à l'étuve consomme une quantité infime d'oxygène. Cette consommation est certainement due aux leucocytes.

b. Dans l'ictère hémolytique, la consommation en oxygène est augmentée.

c. Dans un cas d'anémie pernicieuse traitée par le foie, il n'y a de consommation en oxygène

qu'au moment de la poussée d'hématies réticulées.

De ces expériences, nous pouvons conclure que :

1. Le sang contenant des hématies à granulations vitales présente un métabolisme net.

2. Ce métabolisme est d'autant plus intense que la proportion d'hématies à granulations vitales est plus forte dans le sang.

3. Qu'on retrouve ce métabolisme dans le sang des ictères hémolytiques et qu'il n'y a donc aucune raison pour admettre que les hématies à granulations vitales de l'ictère hémolytique sont d'une autre nature que celle que l'on trouve dans les anémies.

Cette étude des propriétés physiologiques des hématies à granulations vitales, comparée à l'étude de leurs variations dans les états pathologiques va nous donner d'utiles indications pour nous rendre compte de leur genèse et de leur signification.

Genèse et signification des hématies à granulations vitales. — Quelle est donc la signification de ces hématies réticulées? Quelle est leur genèse? Quelle est la nature de la substance vitale? A ce sujet les auteurs ont émis les théories les plus variables.

Pour Grawitz (17), la constatation d'hématies à granulations vitales dans les ictères hémolytiques où l'on trouve en même temps de la fragilité globulaire prouve que ce sont des éléments en voie de dégénérescence. Nous avons déjà exposé en détail toutes les raisons qui nous font repousser cette théorie et tous les arguments qui prouvent, au contraire, que les hématies à granulations vitales sont des éléments jeunes, en rapport avec la régénération sanguine.

Cette théorie de Grawitz, vite battue en brèche, fut bientôt remplacée par d'autres considérant les hématies à granulations vitales comme des éléments jeunes, comme des tests de la rénovation sanguine. La constatation de ces éléments dans les anémies où la régénération se fait bien; leur coïncidence dans ces cas avec d'autres éléments prouvant la suractivité de la moelle osseuse; la constatation dans quelques cas d'autopsies d'une moelle rouge et suractive correspondant a la présence chez l'individu avant sa mort d'un grand nombre d'hématies réticulées; la présence de ces éléments en grand nombre chez les embryons, les nouveau-nés, les individus jeunes à moelle encore très active; leur présence constante dans la moelle des sujets normaux, tous ces faits prouvent surabondamment que les hématies à granulations vitales sont des éléments jeunes, conservés normalement dans la moelle osseuse, pouvant passer dans le sang dans certains cas de régénération sanguine intense; leur augmentation est le meilleur signe de cette régénération.

Cependant, Chauffard, Abrami et Brulé, Fiessinger et Abrami (1) etc., ont prétendu que ces hématies sont, dans l'ictère hémolytique, des signes de réaction médullaire atypique; ces hématies granuleuses de l'ictère hémolytique n'auraient donc pas la même valeur que celles que l'on constate dans les autres anémies, elles seraient anormales.

A notre avis, les hématies réticulées de l'ictère hémolytique sont les mêmes que celles des anémies; elles traduisent une réaction médullaire très intense, mais non pas anormale. La preuve c'est qu'elles ont, comme nous l'avons exposé au sujet du métabolisme des hématies à granulations vitales, les mêmes propriétés biologiques que les hématies réticulées des autres états anémiques.

La signification des hématies à granulations vitales étant établie, encore faudrait-il pouvoir montrer quelle est la nature de la substance vitale et sa genèse. Ces points sont actuellement encore beaucoup plus obscurs. En tout cas ce qui est certain, c'est que les granulations vitales des hématies ne représentent pas un artifice de préparation, malgré la théorie de Jolly (11) qui avait prétendu que ces granulations étaient constituées par un précipité de colorant à la surface des globules. Il croyait l'avoir prouvé par les arguments suivants :

1° Une mise au point attentive semblerait montrer que ces grains sont à la surface.

2° Ils ont l'aspect du rouge neutre dans les préparations faites avec ce colorant.

En réalité, la constance de ces granulations dans des cas cliniquement analogues élimine l'idée d'un artéfac. D'ailleurs on peut donner des preuves plus directes de leur existence réelle :

1° Si ces granulations ne sont visibles ni avec les colorations non vitales, ni à l'examen direct du sang, on peut par contre les retrouver en examinant ce sang frais avec l'éclairage sur fond noir ainsi que l'ont montré Simmel puis Seyfarth.

2° Dans les préparations faites avec des colorations vitales, on trouve quelquefois des globules réticulés éclatés et le réseau granuleux basophile libre entre les hématies. On peut saisir sur le vif, dans les préparations extemporanées, cette expulsion des granulations secondaire à l'hémolyse. Les granulations font donc bien partie intégrante du corps de l'hématie et ne constituent pas une poussière adhérente à sa surface.

3° Simmel (30) avec une aiguille fine (micro-manipulateur) a pu se rendre compte directement que l'on a affaire à une substance solide.

Quant à la constitution chimique de la substance vitale, on ne sait pas grand chose : elle paraît de constitution lipoïdique, elle est insoluble dans l'eau, soluble dans la formaline, l'alcool, l'acide osmique.

Si nous ne sommes pas encore exactement fixés sur la nature des granulations vitales, nous pouvons du moins affirmer qu'elles ont une existence réelle. Quelle est donc leur origine?

Israel, Pappenheim (3), Arrigoni (24), Foa et Césaris-Demel (6) en font des restes nucléaires. Pour les deux premiers de ces auteurs les granulations vitales représentent des fragments du noyau qui s'élimine ainsi. Pour Foa et Césaris-Demel ce sont des parties de la substance nucléaire cédées au protoplasma par le noyau avant son expulsion.

Maximow (4) a émis une autre hypothèse : ces granulations vitales seraient des produits de différenciation intracytoplasmique représentant les restes du protoplasma basophile des jeunes hématies nucléées (mégaloblastes).

Enfin Jolly (11) a cru montrer que ces granulations vitales n'ont rien à voir avec la destruction du noyau.

On voit donc combien sont encore obscures et hypothétiques toutes les théories émises sur l'origine des granulations vitales. Mais bien que leur origine nous soit inconnue, leur recherche n'en a pas moins une grande importance.

BIBLIOGRAPHIE

(1) FIESSINGER et ABRAMI. *Revue de méd.*, 1909, t. XXIX, p. 1.
(2) PAPPENHEIM. *Virch. Arch.*, 1896, vol. CXLV, p. 587.
(3) ISRAËL et PAPPENHEIM. *Virch. Arch.*, 1896.
(4) MAXIMOW. *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1899, p. 33-82.
(5) BETTMANN. *Ziegl. Beitr.*, 1898, t. XXIII, p. 377.
(6) CESARIS-DEMEL. *Folia hoematologica*, suppl., 1907, p. 1-32; — *Virch. Arch.*, 1909, t. CLXXXV, p. 1-92.
(7) CHAUFFARD (A.). *Semaine méd.*, 29 janv. 1908.
(8) CHAUFFARD et FIESSINGER. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, seances du 8 et du 24 nov. 1907; — *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 14 déc. 1907.
(9) WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. *Presse méd.*, 19 oct. 1907; — *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 20 mars 1907; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 29 nov., du 13 et du 20 déc. 1907; — *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, avril 1908, n° 4. — WIDAL et ABRAMI. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 8 nov. 1907. — WIDAL et PHILIBERT. *La Fragilité globulaire chez certains ictériques congénitaux.*
(10) HARROP (G. A.). *Arch. of intern. med.*, 1919, t. XXIII, p. 745-752.
(11) JOLLY (J.). *Arch. d'anat. microscopique*, t. IX, f. 2; — *Traité technique d'hématologie*, Paris 1923, p. 132. — JOLLY et VALLÉE. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 13 avril 1907, p. 568.
(12) MORAWITZ (P.). *Arch. f. experiment. Pathol. und Pharm.*, 1909, t. LX, p. 298-311. — MORAWITZ und ITAMI. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1910, t. VI, p. 191-203.
(13) BIONDI. *Folia Haematologica*, 1908, t. V, p. 443; 1908, t. VI, p. 205.
(14) SEYFARTH (C.). *Deut. med. Woch.*, 1923, t. VI, p. 180-181.
(15) DENECKE (G.). *Zeit. f. d. ges. experim. Med.*, 1923, t. XXXVI, p. 179-210.
(16) GAVIATI (A.). *Haematologica*, 1920, t. I, h. 3, p. 273-297.
(17) GRAWITZ. *Deut. med. Woch.*, 1899, n° 36.
(18) ISTOMANOWA (I.). *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1926, t. CLIII, p. 106-118.
(19) VAN CAULAERT. *Gaz. des hôpit.*, 26 mars 1928.
(20) BLUM et VAN CAULAERT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929.
(21) ROESSINGH. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1909, t. CXXXVIII, p. 367-379.
(22) COHN (A.). *Klin. Woch*, 1926, t. XXIV, p. 1079-1083.
(23) VAN CAULAERT et PÉTREQUIN. *Recherches sur la consommation en oxygène des hématies réticulées* (expériences inédites).
(24) ARRIGONI. *Folia Haematologica*, 1908, t. VI, p. 444-470.
(25) SCHILLING. *Folia Haematologica*, 1911, p. 327-372.
(26) CATHALA et DAUNAY. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 9 mai 1908, t. LXIV, p. 801.
(27) SABRAZÈS et LEURET. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 15 mars 1908, n° 11, p. 123.
(28) SCHWALBE et SOLLEY. *Virch. Arch.*, 1902, vol. CLXVIII, p. 399.
(29) MELCHIOR, ROSENTHAL et LICHT. *Klin. Woch.*, 1926, n° 3, p. 537.
(30) SIMMEL (H.). *Klin. Woch.*, 1923, p. 1864; — *Verhand. d. Deut. Ges. f. inn. Med.*, XXXVIe Congrès, 1924, p. 144-146; — *Ergeb. d. inn. Med. und Kind.*, 1925, p. 506-544; — *Folia Haematologica Arch.*, 1926, t. XXXII, p. 97-102.
(31) MINOT (G. R.) et MURPHY (W. S.). *Journ. amer. med. Assoc.*, 1926, t. LXXXVII, p. 470.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MARS 1930)

Glycogène, réserves glucidiques, chez l'animal en inanition. — M. H. BIERRY.

Sur la répartition du cholestérol et de ses éthers dans les capsules surrénales. — MM. A. LEULIER et L. REVOL.

Epithélioma de Röntgen ulcéré guéri par la diathermo-coagulation. — M. J. NICOLAS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 MARS 1930)

Le virus tuberculeux (granulémie prébacillaire et bacillose). — M. A. CALMETTE expose à l'Académie l'ensemble des recherches qu'il poursuit depuis sept ans, principalement avec J. Valtis et avec ses collaborateurs Boquet, Nègre, Lacomme et Saenz, sur les éléments filtrables du virus tuberculeux découverts par Fontès à Rio de Janeiro en 1910, et dont l'existence était restée contestée ou ignorée jusqu'aux publications de Vaudremer en 1923.

Les résultats de ces travaux ont une importance considérable puisqu'ils obligent à modifier radicalement nos conceptions sur la pathogénie de la tuberculose. Ils démontrent que le bacille découvert en 1882 par Robert Koch représente seulement un des stades d'évolution et une forme de résistance du virus tuberculeux. Il est responsable des maladies habituellement chroniques qui constituent les différentes formes connues de la tuberculose.

Mais avant de devenir le bacille qu'on trouve dans toutes ces maladies, le virus tuberculeux présente d'autres stades d'évolution. Il est d'abord invisible, filtrable à travers les bougies de porcelaine poreuse ou à travers le placenta des femelles en gestation et, en cet état d'ultravirus, il détermine des accidents souvent mortels chez les nouveau-nés de femmes tuberculeuses, ou bien des maladies aiguës dont l'origine bacillaire était soupçonnée, mais non démontrée (épanchements séreux, diverses affections de la peau, diverses septicémies). Cet ultravirus peut se cultiver dans les organes ou dans les milieux artificiels. Il donne alors naissance à des formes granuliques, puis à des bacilles normaux.

M. Calmette propose donc de grouper désormais les maladies aiguës dues à l'ultravirus sous la dénomination de granulémie prébacillaire, et les maladies chroniques dues au bacille de Koch proprement dit sous le nom de bacillose. Entre la granulémie prébacillaire et la bacillose ou tuberculose vraie, existe une forme de transition qui est la tuberculose granulique, où l'on trouve beaucoup d'ultravirus et quelques rares éléments bacillaires.

C'est toute une révolution dans l'histoire de la tuberculose. Elle est fondée sur des faits expérimentaux qu'un grand nombre de travaux français et étrangers ont récemment confirmés.

Contrôle de l'immunisation antidiphtérique. — MM. L. MARTIN, G. LOISEAU et A. LAFFAILLE. Le contrôle de l'immunisation permet d'établir le haut pouvoir antigène de l'anatoxine de Ramon, de fixer le pourcentage des vaccinés après

chaque injection et de montrer la persistance de l'immunité acquise.

Les auteurs exposent, en outre, les résultats obtenus par ce contrôle dans trois externats de la Ville de Paris. Le nombre des sujets restés réceptifs après vaccination par l'anatoxine oscille entre 4 et 6 p. 100 des vaccinés; c'est parmi les sujets incomplètement vaccinés que l'on voit surtout survenir les cas de diphtérie signalés chez les vaccinés. L'intérêt du contrôle est de permettre de dépister les sujets réceptifs, de compléter leur immunisation.

La recherche des sujets réceptifs ou immuns permet encore dans les collectivités où un certificat de vaccination antidiphtérique est exigé à l'entrée de contrôler la réalité de cette vaccination.

Enfin, chez les adultes pour lesquels la vaccination antidiphtérique est recommandée, soit aux sujets particulièrement exposés (infirmiers, infirmières, élèves en médecine des services de contagieux), soit lors de l'éclosion d'une épidémie parmi les élèves d'une grande école, la recherche de l'immunité par la réaction de Schick permet de n'immuniser que les sujets réceptifs; parmi les adultes de vingt à trente ans (élèves infirmières, élèves de l'Ecole centrale) les auteurs ont trouvé de 64 à 68 p. 100 de sujets réceptifs.

La pratique de la réaction de Schick se trouve facilitée par la préparation d'une solution de toxine diphtérique stable essayée depuis un an et capable de se conserver au moins quinze jours, les auteurs ont employé la formule de A. T. Glenny, C. G. Pope et Waddington.

Peut-on guérir intégralement « l'arthrite sèche déformante de la hanche »? — Oui, répond M. Calot, nous le pouvons maintenant que nous savons qu'il s'agit en réalité d'une subluxation congénitale laquelle peut être très bien guérie si on la dépiste et la « réduit » dès le jeune âge, ce qui est très réalisable.

Pas de lésions plus fréquentes que ces coxopathies étiquetées « déformantes ou rhumatismales » puisque à la radiographie l'on en trouve chez trois sujets sur cent pris au hasard, ce qui permet d'estimer à plus d'un million le nombre de ces hanches en France.

Elles ne pouvaient pas être intégralement guéries jusqu'ici car on s'était trompé sur leur véritable nature et véritable cause; on les croyait produites à un âge plus ou moins avancé, par l'arthritisme ou le rhumatisme ou la sénilité ou des infections d'origines diverses surtout dentaires ou amygdaliennes (et c'est pourquoi dans certains pays, le premier et grand chapitre du traitement, c'est d'enlever les amygdales et les dents) ou encore produites par des intoxications alimentaires lentes ou des troubles des glandes endocrines, ou des climats malsains (pendant la guerre on incriminait l'humidité des tranchées) ou des influences « diathésiques » ou « dyscrasiques » ou « dystrophiques » ou nerveuses, ou vago-sympathiques, etc., etc.

Mais l'étude attentive faite par M. Calot de 200 pièces anatomiques portant les étiquettes susdites (arthrite sèche ou déformante ou rhumatismale ou morbus coxæ senilis) et provenant des musées de France et de l'étranger, et la confrontation de ces pièces avec plusieurs milliers de radiographies et « d'observations » cliniques personnelles, lui ont permis d'apporter à l'Académie la preuve irréfutable qu'il s'agit toujours là, en réalité d'une subluxation congénitale que l'on avait méconnue jusqu'à ce jour.

Et M. Calot a fourni aussi les moyens pratiques d'identifier et diagnostiquer à tous coups désormais cette subluxation par l'examen clinique et radiographique chez les sujets de n'importe quel âge.

Cette révélation apporte en même temps que la solution théorique de ce grand problème de pathologie, sa solution pratique et thérapeutique. La congénitalité de la lésion ouvre et éclaire la voie qu'il nous faut suivre; elle dicte le traitement seul rationnel et logique seul capable de donner des guérisons intégrales, qui est de « réduire » cette subluxation dès le jeune âge, comme on fait pour les luxations congénitales complètes.

Et l'expérience clinique est venue confirmer pleinement ces prévisions et les espoirs nés de la théorie; elle a montré qu'on peut, chez les enfants, obtenir des guérisons parfaites, à la fois fonctionnelles et anatomiques de la subluxation originelle cause de tout le mal, mais l'observation clinique apprend également que si on laisse passer cette période de curabilité intégrale (période qui dure heureusement plusieurs années) si on laisse vieillir ces lésions, on ne pourra plus tout, l'on n'aura plus dès lors que des guérisons relatives.

En résumé, la lésion étiquetée arthrite sèche déformante de la hanche peut être guérie intégralement à la condition expresse de dépister, dès le jeune âge, et de « réduire » aussitôt, très exactement, la subluxation congénitale qui est la vraie cause de cette maladie. Diagnostic précoce et réduction précise sont aujourd'hui réalisables grâce aux appoints réunis de la clinique et de la radiograpie.

Action des sels halogénés de magnésium sur les troubles urinaires d'origine prostatique. — M. Stora. Depuis les publications du professeur Pierre Delbet, l'auteur a très longuement expérimenté les sels halogénés de magnésium. Il a obtenu en général des résultats très heureux, sauf chez les asthmatiques emphysémateux, dont les crises spasmodiques lui ont paru augmentées.

Aujourd'hui, il signale l'action sur les troubles urinaires d'origine prostatique.

Les résultats cliniques qu'il apporte après une observation consciencieuse sont particulièrement intéressants.

Sans essayer d'interpréter le mode d'action des sels halogénés de magnésium, l'auteur insiste sur le caractère durable des améliorations ou guérisons fonctionnelles et des modifications de volume et de consistance des adénomes.

Ces résultats l'ont conduit à prescrire ce traitement chez tous les prostatiques qui se confient à ses soins.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 21 février 1930)

Anomalies du rein. — M. Rousseau a observé chez la même malade : du côté droit, un uretère double avec hydronéphrose inférieure, et du côté gauche un uretère bifide. La pyélographie et la pyéloscopie seules ont permis de faire le diagnostic. Les crises douloureuses du bassinet inférieur dilaté ont nécessité la néphrectomie. Ces anomalies rénales, bien que rares, doivent être recherchées lorsque le diagnostic est incertain.

Péritonite généralisée après le traitement d'un fibrome par le radium. — M. Bonnet montre que la curiethérapie intra-utérine n'est pas à l'abri de certaines complications graves; il a observé, après une application de radium pour fibrome, une péritonite généralisee. Celle-ci a guéri après hystérectomie d'urgence et drainage à la Mikulicz. Au cours de l'intervention, on a constaté que la péritonite avait pour cause des lésions annexielles suppurées auxquelles la radiumthérapie avait dû donner une poussée aiguë.

Un cas de lithiase prostatique. — M. Planson communique l'observation de ce cas où la glande était farcie de plus de cent petits calculs, situés en plein parenchyme. La prostatectomie a été difficile, car la prostate, enflammée chroniquement, adhérait à la vessie et aux parois de la loge; elle n'a pu être extraite que par fragments.

M. Bonneau communique deux observations de calculs de la prostate, développés entre l'adénome et la capsule, et

découverts au cours de prostatectomie pour hypertrophie prostatique.

A propos de l'extraction sous œsophagoscopie de quelques corps étrangers de l'œsophage. — M. GUISEZ a extrait de l'œsophage, par ce procédé, des corps étrangers souvent volumineux : épingles de sûreté, os, etc. Les épingles de nourrice avalées par les tout jeunes enfants, le plus souvent ouvertes et pointe en haut, ne sont pas rares; l'auteur en a extrait quatorze sans aucun échec. On peut parfois hésiter à intervenir chirurgicalement quand le corps étranger a franchi le cardia ; mais tant qu'il reste dans l'œsophage l'extraction sous œsophagoscopie s'impose et donne les meilleurs résultats.

Hernie d'un appendice épiploïque de l'S iliaque tordu dans un kyste sacculaire et simulant un étranglement herniaire. — M. LE GAC communique cette observation qui montre une complication rare des hernies des appendices épiploïques.

Traitement du cancer du rectum. — M. Victor PAUCHET, dans les cancers du rectum vus au début, fait l'abaissement simple avec conservation de l'anus normal, sans anus iliaque; pour les cancers du rectum vus plus tardivement il préfère la voie périnéale élargie avec sacrifice de l'anus. L'opération de Hoehenegg et Kraske, qui permet de conserver l'anus normal, peut être employée pour les cancers haut situés, sus-ampullaires, recto-sigmoïdes. Si, au cours de l'intervention, l'intestin ne peut s'abaisser, on fait un anus sacré, on provoque le prolapsus artificiel, et, quelques mois plus tard, on désinsère et abaisse le prolapsus sigmoïdien (opération de Mandl) dans l'anus normal ; on obtient ainsi secondairement la fonction fécale normale.

Un nouveau cas de fracture du scaphoïde tarsien. — M. ROEDERER a observé une fracture de la base du scaphoïde chez un homme de trente ans atteint de pied plat et où la radiographie montrait la présence d'un os tibial externe.

M. Raphaël MASSART pense que la présence de l'os tibial externe et du pied plat avéré n'est pas une coïncidence, mais qu'il y a là une relation de cause à effet.

M. André TRÈVES rappelle qu'il a publié une observation de pied plat bilatéral où la radiographie montrait deux os scaphoïdes accessoires.

Etranglement du côlon pelvien par l'appendice. Occlusion intestinale. Gangrène. — M. CROISIER (de Blois) a opéré d'une occlusion intestinale un malade dont le côlon sigmoïde était enserré en sa base par un lien en voie de gangrène constitué par un appendice long, déformé et adhérent.

Parésie tardive du nerf cubital consécutive à une fracture ancienne du condyle externe de l'humérus. — M. BRESSOT (de Constantine) communique l'observation d'une femme de vingt-six ans qui présentait des troubles dans le territoire du nerf cubital. Elle avait eu, à l'âge de cinq ans, une fracture du condyle externe. L'auteur a libéré et transposé le nerf à la partie antérieure de l'articulation. Résultat excellent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE)

MM. Raymond PETIT, président de la Société, et FILDERMAN, secrétaire général, rendent compte de l'activité de ce groupement au cours de l'année écoulée. L'effectif a augmenté de 20 p. 100. Ce groupement d'enseignement médical mutuel tient ses membres au courant des progrès de la médecine par des communications faites par ses membres. Vingt-cinq communications au cours de cette année ont condensé

l'essentiel des connaissances nouvelles pratiquement utiles aux malades.

Infection blennorragique génitale méconnue et ses conséquences. — M. LEBRETON.

L'importance de la graphologie pour le praticien. — M. STRELITSKI.

La carence sexuelle féminine. — M. BLUM.

PRATIQUE MÉDICALE

LA QUESTION DE L'ACCOUCHEMENT INDOLORE

Par le docteur DIDIER, assistant à la Maternité de Paris.

L'indolence de l'accouchement n'a pu être obtenue jusqu'ici sans que s'ensuivent des modifications profondes de sa marche avec proportion anormale de forceps et répercussions plus ou moins graves sur la mère et sur l'enfant.

Aussi, plutôt que de poursuivre ce but qui semble actuellement chimérique de l'accouchement complètement et constamment indolore, l'auteur a-t-il borné son ambition à l'atténuation notable de la douleur obstétricale.

Il y parvient, dans presque tous les cas, par l'hémypnal injectable VIII, dont il injecte une ou deux ampoules au cours de l'accouchement. La première injection à dilatation 5 fr., suffit généralement chez les multipares, chez les primipares une seconde injection est souvent nécessaire.

Procédant ainsi, l'insensibilisation est pratiquement complète dans 25 p. 100 des cas, moins marquée dans les autres, mais cependant toujours appréciable et appréciée des parturientes.

A noter que dans les cas d'hypertonie utérine avec rigidité ou œdème du col, l'indication de l'hémypnal est formelle et qu'il donne des résultats bien supérieurs à la morphine.

L'auteur n'a jamais constaté rien d'anormal dans les suites de couches, et les enfants n'ont jamais paru souffrir en quoi que ce soit de l'analgésie de la mère.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique pour l'analyse des urines (2), par A. RONCHÈSE, docteur en pharmacie, licencié ès sciences. — Quatrième édition, revue et augmentée.

Le but de ce guide pratique est de réunir les procédés qui ont retenu l'attention de l'auteur dans la pratique des analyses de chimie biologique, notamment aux laboratoires de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris et de l'hôpital Cochin. Si, quelquefois, l'auteur a cru nécessaire de donner plusieurs techniques pour un même dosage, chacune d'elles répondant à un besoin particulier, il n'en a donné le plus souvent qu'une pour chaque cas.

M. Ronchèse espère ainsi être de quelque utilité à ceux qui n'ont pas le loisir d'étudier un grand nombre de procédés et qui veulent, sans complications inutiles, faire une analyse d'urine dans les meilleures conditions d'exactitude.

L'ouvrage comprend cinq parties :

La première partie est relative aux caractères organoleptiques et à l'analyse physique de l'urine (cryoscopie, etc.).

Dans la deuxième sont étudiés les éléments normaux de l'urine.

La troisième partie est consacrée aux éléments anormaux, aux principes accidentels (médicaments, etc.) et à certaines recherches spéciales (détermination de la toxicité urinaire, diazo-réaction d'Ehrlich, etc.).

La quatrième a trait aux sédiments et aux calculs, à la bactériologie et à la parasitologie urinaires ;

Enfin, la cinquième partie est relative à la composition de l'urine normale, aux rapports urologiques, aux différents types d'analyses, etc.

De nombreuses figures ont pris place dans ce guide pratique pour compléter la description des procédés d'analyse employés. L. G.

La sédimentation globulaire. Son application à l'hydrologie (1), par M. MOSINGER et R. GRIMAUD.

Le phénomène de la sédimentation globulaire est depuis longtemps connu ; on connaît imparfaitement son mécanisme extrêmement complexe où interviennent des facteurs dont les uns tiennent aux globules et les autres au liquide de suspension et qui sont du domaine mécanique, du domaine physique, du domaine électrique ; d'autres enfin sont des phénomènes vitaux que nous ne faisons encore que soupçonner.

On sait déjà comment divers états physiologiques ou pathologiques influent sur la sédimentation globulaire. Les auteurs ont étudié sur divers malades porteurs d'affections différentes les modifications imprimées à la courbe du phénomène par les eaux minérales de la Bourboule, de Bussang, de Nancy-Thermal. Ces effets, d'ailleurs temporaires, sont naturellement divers et semblent le plus souvent un ralentissement de la sédimentation.

Il y a là un nouveau chapitre de physiologie pathologique que les auteurs ont eu le mérite d'ouvrir et qui se complétera bientôt d'études consacrées plus particulièrement au mécanisme du phénomène.

Importante bibliographie du sujet s'étendant jusqu'à l'année 1928 inclusivement. L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 25 mars. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Nobécourt et Gastinel. — M. TRISON. De quelques signes avant-coureurs des tuberculoses évolutives. — Mlle FLAJOLIET. Education de la mère ouvrière dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. LEBOULANGER. L'appréciation radiologique du transit stomacal chez le nourrisson.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président ; Lesbouyries et Robin. — M. GALLAUD. Fièvre vitulaire et éclampsies.

Mercredi 26 mars. — Jury : MM. Teissier, président ; Couvelaire, Loeper et Mauclaire. — M. SILCHER. Un nouvel anesthésique (la panthésine). — M. ADVENIER. Etude des enchondromes multiples du squelette.

Vendredi 28 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Moussu, Panisset, Maignon et Robin. — M. GALAISSE. Histoire du mal de Lure. — M. DACHEUX. Pharmacodynamie de l'hexa-méthylène-tétramine.

Samedi 29 mars. — Jury : MM. Brindeau, président ; Terrien, Vaudescal et Velter. — M. REVERSÉ. Etude critique sur les moyens de correction de la paupière inférieure.

(1) *La Pratique médicale française*, juillet 1928.

(2) Un vol. in-16 de 472 pages avec 84 fig. et 6 pl. coloriées. — Prix : 25 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Paris, Baillière, 1929.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Candidats admissibles :

MM. Gutmann, 77; Layani, 73; Laporte, 72 1/2; Lambling, 71 1/2; Weissmann et Garcin, 70; Pichon et Azerad, 68 1/2; Decourt, Hamburger et Benda, 67; Celice et Pélissier, 66.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Sont nommés pour une période de neuf ans, à partir du 14 mars 1930, agrégés près les facultés de médecine :

Alger : chirurgie (emploi nouveau), M. Moggi.
Toulouse : chirurgie (emploi transformé), M. Ch. Lefebvre.

— L'article 3 de l'arrêté du 13 juin 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

. . . .

Catégorie I. — Médecine générale, 20 places.

. . . .

— Liste des candidats admis aux épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine (1er degré), catégories médecine et chirurgie (dernière liste) :

Deuxième division. — Médecine générale. — CATÉGORIE I. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — Académie de Paris : MM. Besançon, 20 + 18 = 38; Lemaire, 18 + 20 = 38; Decourt, 18 + 19 = 37; Garcin, 17 + 18 = 35; Lelong, 18 + 17 = 35; Boltansky, 17 + 18 = 35; Bariéty, 15 + 17 = 32; Rachet, 14 + 17 = 31; Péron, 14 + 16 = 30.

Académie d'Aix : MM. Poinso, 14 + 18 = 32; Raybaud, 16 + 16 = 32.

Académie de Bordeaux : M. Caussimon, 15 + 15 = 30.

Académie de Lyon : MM. Doubrow, 15 + 15 = 30; Chevallier, 14 + 16 = 30.

Académie de Montpellier : MM. Janbon, 18 + 17 = 35; Chardonneau, 16 + 15 = 31.

Académie de Nancy : M. Michon, 15 + 16 = 31.

Académie de Strasbourg : M. van Caulaert, 16 + 17 = 33.

Académie de Toulouse : M. Sorel, 15 + 15 = 30.

Troisième division. — Chirurgie et obstétrique. — CATÉGORIE J. — CHIRURGIE. — Académie de Paris : MM. Ameline, 18 + 18 = 36; Ménégaux, 17 + 18 = 35; Fèvre, 17 + 16 = 33; Redon, 17 + 13 = 30.

Académie de Bordeaux : M. Villar, 18 + 17 = 35.

Académie de Lyon : MM. Peycelon, 19 + 19 = 38; Clavel, 18 + 18 = 36; Rollet, 17 + 15 = 32; Montel, 14 + 17 = 31; Bertrand, 12 + 18 = 30.

— PARIS. — Le ministre de l'Instruction publique a été saisi des propositions du doyen de la Faculté de médecine concernant les sanctions susceptibles d'être prises à la suite des manifestations qui se sont produites au cours de M. Blanchetière.

Il est peu probable que des sanctions individuelles soient prises, car aucun procès-verbal n'a été dressé contre aucun des manifestants. Par contre, la fermeture du cours de M. Blanchetière peut être envisagée, ce qui aurait pour effet regrettable de retarder de plusieurs mois l'époque des examens.

— Par décret en date du 18 mars 1930, M. Lenormant, agrégé, est nommé, à compter du 1er mars 1930, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. (Chaire vacante par suite du décès de M. Lecène.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Waquet (de Lorient), Bué (de Lille), Jaeger (de Mulhouse).

Médaille d'argent. — MM. le professeur Parisot (de

Nancy), les docteurs J.-M.-P. Roux (de Lorient), Briche (d'Armentières), Gommes et G. Netter (de Paris), Chèze (de Clermont), Denarie (de Chambéry).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Feillard (de Brest), Reynaud (de Nîmes), le professeur Labat (de Bordeaux), les docteurs Bucaille (de Torigné-sur-Vire), Lamy (de Rénazé), Deleau (de Mons-en-Barœul), Brazis (de Mulhouse), Kaminer (de la Garenne), Zarzycki (de Paris), Bellet (du Havre), Bouysson (de Bolbec), Henry (du Havre).

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Le *Journal officiel* du 22 mars 1930 publie un décret réglant les attributions et le recrutement des médecins sanitaires maritimes.

CONTRE LA PSITTACOSE. — Nous avons déjà annoncé l'interdiction de l'importation des perroquets en France. Voici, d'autre part, l'arrêté qui vient d'être pris par le Préfet de police :

« Considérant que des cas humains de psittacose viennent d'être signalés dans le département de la Seine et qu'il convient de prendre d'urgence des mesures pour empêcher la propagation de cette grave maladie des perroquets, facilement transmissible à l'homme ;

Arrête qu'il est interdit d'exposer, de vendre ou de mettre en vente sur la voie publique, ainsi que dans les marchés, des perroquets, perruches et autres oiseaux de la même famille.

Tout oiseau de cette espèce trouvé dans la rue ou dans un marché sera immédiatement transporté à la fourrière. »

LA RETRAITE DU COMBATTANT ET LES AVANTAGES DE L'OFFICE NATIONAL. — La Chambre, dans sa séance du 11 mars 1930, a voté, à l'unanimité, la retraite du combattant instituée pour tout titulaire de la carte du combattant. A l'âge de 50 ans, une retraite de 500 fr., retraite portée à 1.200 fr. à partir de 55 ans.

Un décret doit régler les conditions d'application de cette loi.

Le Mutilé, organe officiel de la F. O. P. des mutilés et anciens combattants, donne le texte complet de la loi votée par la Chambre.

Nous croyons utile de rappeler que le décret du 28 juin 1927 a institué l'Office national du combattant destiné à venir en aide aux militaires ayant effectivement combattu ou qui ont été mobilisés dans certaines formations, exposées aux dangers dans la zone des armées.

Dès maintenant, l'Office national peut accorder des secours divers, des allocations en cas de maladie, des prêts pour divers usages, etc.

Pour faire appel aux services de l'Office du combattant, pour bénéficier de la retraite du combattant, il est absolument indispensable d'être en possession de la carte du combattant, instituée par le décret précité.

Or, des millions d'anciens combattants n'ont pas encore réclamé cette carte, ignorant les formalités à accomplir. La F. O. P. des associations de mutilés, veuves, orphelins et anciens combattants, 85, boulev. Beaumarchais, Paris (IIIe), enverra gratuitement, sur simple demande accompagnée d'un timbre pour réponse, les formules nécessaires pour obtenir cette carte, ainsi que tous renseignements sur les différentes institutions de l'Office.

SOCIÉTÉ D'ÉDUCATION PHYSIQUE ALSACIENNE ET LORRAINE DE PARIS. (Siège social : 38, rue du Château-d'Eau [Xe]). — La Société organise, pour le dimanche 6 avril, à 14 h. 45, une fête de plein air qui aura lieu sur son stade du Perreux sous la direction du docteur André Galand, avec la collaboration de Mlle Odette Courtiade, professeur diplômée de la Ville de Paris, et le concours de *Moto-Revue* et d'un groupe de boys-scouts.

Entrées : 76, allée Monceau et 64, quai de l'Artois, Le Perreux (bordure de Marne), chemin de fer de l'Est.

HOTEL CHAMBON. — CLÔTURE DE LA DEUXIÈME SOUSCRIPTION DE 900.000 FR. D'OBLIGATIONS. — La deuxième émission d'obligations de la Société a eu le même succès que la première. Son montant était de 900.000 fr. et les souscriptions envoyées de Province, qui se chiffrent parfois jusqu'à 10 et 15.000 fr., marchent déjà vers le million. Un certain nombre de souscripteurs ne pourront donc pas être servis et le docteur Jayle, administrateur de la Société, prie les confrères de s'arrêter dans leur élan, quitte à le reprendre si le Conseil leur demande un nouvel effort.

Ce succès démontre une fois de plus combien les médecins, et surtout ceux de Province, ont compris la nécessité d'avoir, à Paris, une sorte de « ministère de la médecine », appartenant au corps médical et groupant tous les services des organismes nationaux professionnels.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Belhomme, médecin-major en retraite.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — Cours de perfectionnement. — *Dermatologie et vénéréologie*, sous la direction de M. le professeur Gougerot. — Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 28 avril au 24 mai 1930.

Le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 26 mai au 21 juin 1930.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 23 juin au 12 juillet 1930.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 300 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultraviolets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 à 5 h.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

(Voir la suite des « Informations », *p. 455.)*

INFORMATIONS

(SUITE)

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 7 avril au samedi 12 avril 1930 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost, Turpin et Vibert.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE HOSPITALIÈRE D'EUMORPHIE DE PARIS. — Le docteur Pierre Robin, médecin stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris, a l'honneur d'informer ses confrères qu'il a transféré 50, rue de Rennes (tél. : Littré 85-80) le service d'eumorphie qu'il avait créé à l'hôpital des Enfants-Malades.

Comme à l'hôpital les consultations à la Clinique hospitalière d'eumorphie de Paris sont gratuites.

Tous les mardis et jeudis, de 8 h. 30 à 11 h. : Consultations du docteur Pierre Robin.

La Clinique reste ouverte tous les jours, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 14 à 19 h.

La Clinique hospitalière d'eumorphie de Paris est uniquement réservée à la correction de la glossoptose avec ou sans irrégularités maxillo-dentaires et au traitement de tous les respirateurs par la bouche avant ou après l'opération des végétations adénoïdes. — Aucun traitement médical ni dentaire n'est donné à cette clinique.

Léon BLUM

(DE STRASBOURG)

1er décembre 1878 — 6 mars 1930

Le professeur Léon Blum est mort à Strasbourg le 6 mars 1930 à l'âge de 51 ans; trois semaines avant il avait fait sa dernière leçon clinique. Déjà atteint par le mal qui devait l'enlever il ne voulait pas admettre qu'il était sérieusement atteint, il a fallu toute l'insistance de sa femme et de ses élèves pour lui faire garder la chambre. Mais le mal ne s'arrêta pas et avec une lucidité parfaite le professeur Blum a pu deviner le but vers lequel il allait. Jamais il ne s'est plaint et son impassibilité n'était rompue que par des moments de désespoir à la vue des siens, femme, enfants, frère et sœurs. Au cours d'une crise atrocement douloureuse qui était pour lui une nouvelle preuve de l'évolution de son mal il a dit simplement : « ma pauvre femme..., mes pauvres enfants..., j'accepte ». Il fallait du stoïcisme pour accepter cela.

Car la vie était belle. Il avait fondé un foyer d'où lui venaient les joies auxquelles il tenait le plus; il était à la tête d'une grande clinique médicale dont il était l'âme; il avait derrière lui un passé scientifique considérable et il était en pleine activité; des malades toujours plus nombreux se confiaient à lui. Sa situation était magnifique et bien méritée; il l'avait créée de toutes pièces grâce à son intelligence et à son travail acharné; et c'est bien l'intelligence et son amour du travail qui le caractérisent le mieux.

Son intelligence était prodigieuse, il comprenait vite et bien; en médecine, en chimie biologique, en physiologie il y avait peu de questions qui lui étaient étrangères. Mais son intelligence était surtout créatrice et la liste de ses travaux en est la meilleure preuve. Son esprit travaillait constamment; en présence des faits qu'il constatait dans son laboratoire il émettait des hypothèses qui parfois pouvaient paraître osées mais dont plusieurs ont été vérifiées; quand les faits lui donnaient tort il changeait d'idée et repartait d'un nouvel élan modelant constamment ses idées sur les faits. Si l'on parcourt son œuvre on verra qu'il n'a jamais pris position d'une manière catégorique et que jamais, pour simplifier les choses, il n'a essayé d'expliquer un phénomène par une cause unique; il considérait qu'en médecine toute schématisation devait être rejetée.

C'était un travailleur acharné. Il passait ses journées à la clinique; quand il voyageait, c'était pour assister à des Congrès ou pour faire des conférences, mais de vraies vacances, il n'en prenait jamais. En été, il s'installait dans les Vosges et il revenait trois fois par semaine à sa clinique pour voir ses malades et s'occuper de ses travaux. Ses journées étaient bien remplies; il parcourait les salles, allait au laboratoire, revenait trois à quatre fois auprès d'un malade gravement atteint, il restait au chevet des comas diabétiques pour donner ses instructions, il était infatigable. Nous admirions sa jeunesse et son entrain, nous ne nous doutions pas qu'une mort prématurée serait la rançon de tant de labeur.

A ces grandes qualités, intelligence et amour du travail, il faut ajouter la simplicité; le professeur Blum était le contraire de ce qu'on appelle familièrement un pontife; son extérieur était simple, il n'avait aucune morgue; il écoutait tous ceux pour lesquels il avait de l'estime, quel que fut leur âge ou leur situation; il méprisait les fats et les présomptueux et ne cachait peut-être pas assez ses sentiments; beaucoup ne le lui pardonnent pas.

Ce sont ces qualités qui lui ont permis d'édifier son œuvre scientifique; on connaît ses travaux sur le diabète, sur la pathogénie du coma diabétique, sur l'insuline, sur l'action hydratante de l'ion sodium, sur les diurétiques (chlorure de calcium et sels mercuriels), enfin sur les néphrites. Dans tous ces domaines il a apporté des idées originales et des vues nouvelles toujours solidement étayées de faits.

La chimie tient une grande place dans l'œuvre du professeur Blum mais il ne voulait pas être pris pour un chimiste et il tenait beaucoup à son titre de clinicien.

C'était un grand clinicien. Il excellait à poser un diagnostic exact et à prescrire une thérapeutique raisonnable; tout en ayant souvent recours aux méthodes d'examen dites de laboratoire il savait se servir de ses doigts et de ses sens. Il savait découvrir les endocardites lentes au début; en sentant l'haleine des malades, il portait, dans des états pulmonaires aigus, le diagnostic de gangrène pulmonaire, il dépistait les urémies à leur haleine ammoniacale. Mais il avait horreur des discussions stériles au lit du malade où, sous prétexte d'une gymnastique de l'esprit, on envisage tous *les* diagnostics possibles et imaginables parce qu'on ne tient pas assez compte de méthodes objectives qui imposent *un* diagnostic.

Ce qui a fait toute l'originalité du professeur Blum c'est sa double culture, scientifique et médicale. Il sera difficile à remplacer; on trouvera facilement un clinicien ayant une vague teinte de chimie ou un chimiste ayant une vague teinte de clinique, mais il sera beaucoup plus difficile de trouver un médecin physiologiste, dans le sens de Claude Bernard.

Tel était le professeur Blum. Dans cette courte notice, je n'ai pas voulu retracer son œuvre année par année; je suis certain qu'elle restera. J'ai préféré rappeler quelques traits de la physionomie si attachante du professeur Blum, tel que l'ont connu ses élèves, qui l'ont tous beaucoup aimé et sont aujourd'hui désemparés par sa mort subite.

C. VAN CAULAERT.

**

CHRONIQUE

INAUGURATION DE L'INSTITUT DU CANCER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'Institut du Cancer a été inauguré à Villejuif, le 17 mars, à 15 heures. Ce fut une belle cérémonie, non pas seulement parce qu'elle eut tout l'apparat qui fait habituellement le succès des événements de ce genre, mais surtout à cause de sa signification, c'est-à-dire de l'extrême intérêt, ressenti par chacun, qui s'attachait à cette naissance d'un organisme médical remarquable à tant d'égards et aussi en raison de l'ambiance heureuse dans laquelle elle s'est déroulée malgré le temps triste et pluvieux de mars.

L'Institut occupe un vaste terrain compris dans l'enceinte de l'hospice Paul Brousse. Une partie est entièrement terminée, c'est le groupe des Laboratoires de recherches. Le groupe hospitalier reste à construire et la première pierre en a été posée aussitôt après l'inauguration de l'Institut de recherches et d'enseignement. Celle-ci est formée d'un ensemble de constructions peu élevées, d'un dessin agréable dans sa simplicité voulue et habilement ordonnées par rapport au bâtiment de façade que domine la toiture pyramidale de l'amphithéâtre des cours.

C'est dans cet amphithéâtre qu'a eu lieu la séance officielle d'inauguration. Il est vaste et a été trop petit pour la nombreuse assistance qui s'y entassait, débordant dans les salles et les couloirs voisins. Le ministre de l'Instruction publique M. Marraud, présidait, ayant à sa droite M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique et M. Delavenne, président du Conseil général de la Seine et à sa gauche, M. Roger, doyen de la Faculté de médecine et M. Strauss, président de la Fondation pour le développement de l'Institut. Dans l'hémicycle avaient pris place le Président de la République, le président de la Chambre, des ambassadeurs, des membres du Conseil général et du Conseil municipal de Paris. Dans la foule qui occupait les bancs de l'amphithéâtre, se mêlaient des médecins, des chirurgiens et des savants de Paris, des provinces françaises et de l'étranger qu'il serait bien difficile et bien long de citer.

Le professeur Roussy prit le premier la parole. Ce fut pour présenter l'Institut dont il est le directeur, en exposer l'origine, l'organisation, la fonction, l'avenir et pour exprimer sa gratitude à tous ceux qui l'ont aidé, à des titres divers, dans la réalisation de cette œuvre. Après lui, parlèrent successivement MM. Strauss, Roger, Delavenne et Marraud. Chacun de ces orateurs développa, avec des variations personnelles, le même thème qui est la genèse de l'Institut du cancer, son utilité scientifique et sociale, les espoirs qu'il fait naître de découvertes importantes dans l'ordre des causes et du traitement de la maladie. Tous s'accordèrent à rendre hommage aux efforts accomplis par le professeur Roussy pour mettre sur pieds, malgré de grandes difficultés, le magnifique établissement qu'on inaugurait.

C'est bien à Roussy, en effet, que revient le mérite de cette création. Lorsque la lutte contre le cancer entra dans la voie des réalisations pratiques, en 1922, Roussy qui avait déjà réservé quelques salles de son service à des malades atteints de tumeurs malignes, se vit confier l'organisation du centre anticancéreux de la banlieue parisienne à l'hospice Paul Brousse dont il est le médecin-chef. C'est ce centre qu'il entreprit, remarquablement aidé par Jean Varenne, en 1925, de transformer en un Institut. Le Conseil général de la Seine intervint d'abord et vota, sur la proposition de Jean Varenne, « *la création d'un Institut du cancer près la chaire d'anatomie pathologique.* » Après quoi, une « *Fondation pour le développement de l'Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris* », en 1927, prit en main les destinées de l'Institut naissant dont elle assura et continue d'assurer le développement et la vie tant matérielle que scientifique. Il n'est que juste de reconnaître que dans cette suite d'événements, Roussy a été à la fois le promoteur et, comme l'a dit le sénateur Strauss, « l'animateur énergique et clairvoyant ».

Après les discours officiels, la séance d'inauguration s'est continuée par la visite des laboratoires. Ceux-ci ont été très admirés. Nous sommes loin, fort heureusement, de cette tradition ridicule qui voulait que la pauvreté et l'insuffisance des moyens fussent l'excitant nécessaire aux grandes œuvres scientifiques. Les laboratoires de l'Institut sont tous clairs et vastes, très commodément agencés et pourvus d'un outillage moderne, très complet — d'origine allemande d'ailleurs — car il a pu être obtenu économiquement par le moyen des prestations en nature. Ils mériteraient une description étendue. Il n'est possible ici que de les énumérer : Anatomie pathologique (professeur agrégé Leroux); Médecine expérimentale (professeur agrégé Oberling); Chimie physique et Chimie biologique (professeur agrégé Sannié); Cytobiologie et culture des tissus (professeur agrégé Vernes); Sérologie et bactériologie (docteur Grandclaude); Microphoto et cinématographie (docteur Ardoin).

Enfin le Président de la République a, selon les rites consacrés, posé la première pierre des pavillons hospitaliers qui donneront un jour à l'Institut une autonomie complète. Un discours de M. Désiré Ferry, appelé par ses fonctions à jouer un rôle important dans la lutte contre le cancer, a clos la cérémonie.

La troisième Conférence de la *Leeuwenhoek-Vereeniging* qui est une association internationale pour l'étude des tumeurs malignes fondée en 1922, a eu lieu à l'occasion de l'inauguration de l'Institut du cancer. Au cours des séances tenues à l'Institut les 18, 19 et 20 mars, de nombreuses et intéressantes communications ont été faites par MM. Leitch, Murray, Cramer (de Londres), Maisin (de Louvain), Dustin (de Bruxelles), Firket (de Liége), de Vries, Wassink, Waterman (d'Amsterdam), Deelman (de Groningue), Möller (de Copenhague), Pentimalli (de Naples), Fichera (de Milan), Bierich (de Hambourg), Blumenthal (de Berlin), Teutschlaender (de Heidelberg), Lipschütz (de Vienne), M. Borrel, M. Roussy et plusieurs de ses collaborateurs. Un diner présidé par M. Strauss a été offert, le 20 mars, par l'Institut du cancer aux membres de la *Leeuwenhoek-Vereeniging*.

CHASTENET DE GÉRY.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — VISITEZ LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU EN CARS P.-L.-M. — Du 3 avril au 2 novembre, quatre circuits ont lieu en Forêt de Fontainebleau. Les cars partent de la place Denecourt et y reviennent.

Le circuit des « Gorges d'Apremont » se fait dans la matinée. Il passe par la gare, la Croix de Toulouse, le Mont Chauvet, Barbizon, les gorges d'Apremont. le carrefour des Cépées (prix 10 fr.) Il y a deux circuits de l'après-midi : celui des « Gorges de Franchard » qui est quotidien et qui passe par le Château, les gorges de Franchard, le carrefour des Cépées, les gorges d'Apremont, Barbizon, le Mont Chauvet, le Calvaire, la gare (prix 17 fr.), celui de « Moret », qui n'a lieu que les jeudi, samedi et dimanche; il emprunte l'itinéraire suivant : l'Obélisque, les Sablons, Moret, Montigny-sur-Loing, Marlotte, la Croix de Saint-Hérem, le Château (prix 16 fr.

Pour la visite complète de la forêt, un circuit de la journée permettant de déjeuner à Barbizon, est mis en marche du 3 avril au 31 mai les dimanche, lundi, jeudi, samedi et jours fériés; du 1er juin au 30 septembre, tous les jours; du 1er octobre au 2 novembre, les dimanche, lundi, jeudi, samedi et jours fériés. Son prix est de 28 fr.

LES RÉACTIONS SPLÉNIQUES
DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par P. SAINTON et G. EMOND.

L'existence de réactions des organes lymphoïdes chez les basedowiens est admise depuis longtemps : l'hypertrophie de la rate est indiquée comme une des modalités possibles de ces réactions; mais jusqu'ici, en France tout au moins, aucune étude clinique systématique n'a été entreprise sur ce sujet. Les seuls auteurs qui se soient occupés de cette question à l'étranger, Mac Callum et Wade Brown, Paterson et Baldrige (dont la statistique porte sur 40 cas) estiment que dans le goitre exophtalmique la rate est palpable dans 30 p. 100 des cas, tandis qu'elle est difficilement accessible dans le goitre adénomateux.

La rareté des documents tient sans doute à ce que la rate est un organe difficile à explorer; si l'on possède des précisions sur les splénomégalies évidentes, beaucoup plus rares sont celles qui concernent les petites augmentations de volume. « Dans les splénomégalies légères, dit Aubertin, on sent seulement le pôle inférieur de la rate à 2 ou 3 centimètres au-dessous du gril costal. » Ce renseignement nous a paru insuffisant pour conclure à une augmentation de volume de l'organe. Aussi avons-nous examiné nos malades par quatre procédés : 1° la palpation qui révèle la présence du pôle inférieur; 2° la percussion (il est classique de dire que toute rate percutable est augmentée de volume); 3° la phonendoscopie qui, chez des sujets normaux, donne une projection de la rate de 5 à 6 centimètres en hauteur, de 4 à 5 en diamètre transversal; 4° la radioscopie pratiquée, soit après insufflation gastrique par la potion de Rivière, soit après insufflation recto-colique; elle renseigne d'une façon beaucoup plus précise qu'on ne le croit en général sur les dimensions de la rate faiblement hypertrophiée, comme nous l'avons maintes fois constaté avec la collaboration de MM. Lagarenne et Dioclès qui nous ont aidé de leur compétence technique. Elle nous a permis de contrôler les résultats de la palpation et de la phonendoscopie et d'éviter l'erreur qui aurait pu résulter d'une ptose splénique.

Trente-cinq malades atteints de goitre exophtalmique ont été soumis à cet examen, ainsi que 22 malades atteints de goitre simple. Chez ces derniers aucune modification de la rate ne fut constatée, tandis que chez les basedowiens l'hypertrophie splénique existait dans 12 cas, 7 où l'organe était accessible à la palpation, 5 où il était percutable, soit dans 34 p. 100 des cas si l'on admet la formule de Paterson et Baldrige qui ne compte que les rates palpables dans 20 p. 100 des cas.

L'augmentation de volume de la rate est donc très modérée, lorsqu'elle existe, dans le goitre exophtalmique; il est inutile de faire remarquer qu'aucun de nos malades n'était suspect ni de paludisme, ni de syphilis, ni de tuberculose.

Cette hypertrophie splénique est-elle isolée; coïncide-t-elle avec une réaction des autres organes lymphoïdes? Dans nos 12 cas, l'hypertrophie du thymus a été recherchée à l'aide de l'examen radioscopique, les ganglions ont été explorés, ainsi que les amygdales, la formule sanguine a été cherchée. Le tableau suivant résume les constatations qui ont été faites.

	Amygdales	Réactions ganglionnaires	Rate	Formule sanguine G. R.	G. B.	Hémoglobine p. 100
1.	Grosses	Généralisées.	Palpable.	3.100.000	7.000	55
2.	Id.	Id.	Id.	3.000.000	12.000	60
3.	Id.	Id.	Id.	3.000.000	11.000	60
4.	Normales	Axillaires, inguinales.	Id.	3.000.000	7.000	5
5.	Id.	Axillaires, cervicales.	Id.	[illegible].850.000	1[illegible].000	60
6.	Grosses	Axillaires, cervicales.	Id.	3.500.000	11.000	60
7.	Id.	Axillaires, cervicales, inguinales	Id.	3.400.000	1[illegible].000	65
8.	Normales	Axillaires, cervicales.	Percutable.	3.000.000	[illegible]2.000	60
9.	Grosses (gros thymus)	Axillaires, cervicales, inguinales.	Id.	2.800.000	12.000	5
10.	Grosses	Axillaires, inguinales.	Id.	4.850.000	9.000	[illegible]
11.	Normales	Axillaires, inguinales.	Id.	3.[illegible]00.000	1[illegible].000	60
12.	Id.	Axillaires, inguinales.	Id.	3.8[illegible]0.000	[illegible]4.000	[illegible]5

La première conclusion à tirer des faits est que l'hypertrophie splénique n'est jamais un symptôme isolé, elle coexiste avec l'hypertrophie amygdalienne et des réactions ganglionnaires dans la plupart des cas.

Chez les basedowiens, dont la rate est normale les réactions lymphoïdes sont beaucoup plus discrètes.

Chez une de nos malades âgée de seize ans, les réactions lymphoïdes étaient totales, gros thymus amygdales volumineuses, adénopathies cervicales, inguinales et axillaires apparaissent comme l'accompagnement de l'hypertrophie splénique. La formule sanguine va de pair; diminution des globules rouges leucocytose marquée.

Chez les onze autres malades, les amygdales sont hypertrophiées dans 7 cas, normales dans 4; mais les réactions ganglionnaires cervicales, axillaires ou inguinales sont constantes.

Que nous enseignent les formules sanguines? Une donnée générale s'en dégage, diminution du nombre des hématies, diminution du taux de l'hémoglobine, augmentation du nombre des leucocytes, formule comparable à celle que nous avons trouvée chez les animaux hyperthyroïdés.

Quant à la formule leucocytaire, elle révèle de la polynucléose dans 3 cas, 2 de ces cas correspondaient à une infection amygdalienne chronique, le dernier à une cardiopathie rhumatismale. Dans les autres cas la formule était éminemment variable, se

faisant tantôt dans le sens de la mononucléose, tantôt dans celui de la lymphocytose. Il n'y a dans aucun des cas d'éosinophilie notable.

Ces constatations sont conformes à la notion de la non spécificité de la formule leucocytaire dans les états d'hyperthyroïdie, comme de Quervain et nous-mêmes l'avons déjà noté :

L'hypertrophie de la rate et les réactions lymphoïdes ont-elles un certain rapport avec la forme clinique du syndrome de Basedow? La très grande majorité de nos cas a trait à des goitres basedowifiés. Il semble qu'il existe une relation entre l'intensité et la durée du processus basedowien et que les réactions spléniques et lymphoïdes sont plus fréquentes dans les syndromes anciens.

Quelle est la cause de l'hypertrophie splénique? Nous ne citerons que pour mémoire l'opinion émise par les auteurs américains d'une congestion sphénique due à l'hyposystolie : elle devrait être un symptôme isolé dans ces conditions, elle se montre d'ailleurs chez des sujets n'ayant eu aucun signe d'insuffisance cardiaque. Les examens anatomo-pathologiques que nous avons faits sont en faveur d'une hypertrophie du tissu lymphoïde de l'organe.

L'hypothèse la plus rationnelle est que l'hypertrophie splénique, dans les cas où elle existe, n'est qu'une localisation de la réaction générale des organes lymphoïdes qui constitue le status thymicus de Paltauf. En fait, l'observation de notre malade, âgée de seize ans, montre que les réactions étaient chez elle la réalisation complète du syndrome décrit par cet auteur. Si dans les autres cas, le tableau est moins complet, il n'en est pas moins vrai que réactions ganglionnaires et amygdaliennes en constituent des réalisations partielles.

La rate réagit-elle à titre de glande endocrine ou à titre d'organe lymphoïdes. Les physiologistes ne sont point d'accord sur les modifications du volume de la rate consécutives à la thyroïdectomie; pour les uns, il serait diminué, pour les autres augmenté. Garnier et Huguenin admettent que les modifications de la moelle osseuse observées après thyroïdectomie par Tatum témoignent d'une réaction endocrinienne. Les travaux de Cameron et Zedziack (1921) montrent que l'administration d'extrait thyroïdien à des rats blancs provoque une augmentation du poids de la rate et des ganglions. De recherches faites chez les mêmes animaux, Hashimoto conclut que chez les rats hyperthyroïdisés, la rate est plus ou moins congestionnée et qu'il y a hyperplasie du tissu lymphoïde. Asher, dans un travail récent, considère la rate comme un organe antagoniste de la thyroïde. Les données expérimentales sont donc d'accord avec les constatations cliniques.

Cependant le problème n'est-il pas plus complexe? Tous les basedowiens n'ont point une réaction lymphoïde, il n'y a pas un parallélisme entre l'état des amygdales, des ganglions, le volume de la rate; elles peuvent être faibles dans un basedowisme accentué, fortes dans un basedowisme atténué. Il faut évidemment tenir aussi compte de l'âge auquel apparaît le goitre exophtalmique.

Au sujet des adénopathies chez les basedowiens, Bérard et Dunet font remarquer que ces adénopathies pourraient être considérées comme les temoins d'un processus inflammatoire chronique; Roussy admet, d'autre part, que dans le syndrome basedowien existe, tout au moins au début, strumite ou une thyroïdite infectieuse latente. Certaines de nos malades étaient atteintes d'un état inflammatoire léger et latent du rhinopharynx capable d'entretenir une infection chronique avec polynucléose. Il serait donc exagéré de considérer les réactions lymphoïdes comme dus uniquement à l'hyperthyroïdisme et d'exclure la note inflammatoire que l'on rencontre chez certains malades.

Dans nos cas, il s'agissait sauf dans un seul d'adénomes toxiques : nous ne savons si la réaction splénique et ganglionnaire est spéciale à telle ou telle variété de syndrome basedowien. Cette question nous paraît devoir attirer l'attention et nécessiter des recherches ultérieures, l'étude de la rate ayant été négligée jusqu'ici aussi bien au point de vue clinique, qu'au point de vue anatomo-pathologique dans les états d'hyperthyroïdisme.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DU CANCER

Nos connaissances sur l'origine du cancer ne progressent que lentement. Bien que dans cette étude l'observation et l'expérimentation soient les deux méthodes principales il semble qu'en dépit de faits qui semblaient nouveaux, les chercheurs aient été un moment réduits, après avoir étudié la réalité sous toutes ses faces à ne plus faire que raisonner sur un acquis stationnaire comme dans le domaine de la plus abstraite philosophie.

L'ensemble des idées émises sur l'origine et la pathogénie du cancer peuvent se grouper sous un certain nombre de rubriques déjà ancien mais qui demeure inchangé.

Pour les uns, il s'agit d'une affection d'origine embryonnaire. Cohnheim a donné l'énoncé le plus ancien : des fragments de tissus ou germes embryonnaires ne suivent pas l'évolution normale comme les autres éléments des feuillets de l'embryon; plus ou moins longtemps assoupis, ils se réveillent et donnent naissance aux tumeurs bénignes ou malignes. Après Cohnheim, Letulle a établi sa théorie dysembryoplastique, Ribbert a imaginé la séclusion cellulaire. Toutes ces conceptions sont surtout satisfaisantes pour les embryomes ou de tumeurs bénignes mais expliquent moins bien la transformation en tumeurs de caractère malin.

Pour d'autres le cancer a une origine parasitaire, bactérie du type habituel ou parasite plus haut situé dans la systématique. Le micrococcus néoformans de Doyen fut l'un des plus célèbres parmi ces parasites mais on a incriminé aussi des levures, des champignons, des coccidies, jusqu'à des helminthes. La plus récente de ces théories est née des travaux de Gye et Barnard; elle comporte l'action conjointe d'un virus filtrant et d'un élément d'origine cellulaire et mérite plus ample confirmation.

Pour d'autres, il s'agit uniquement d'un phénomène cellulaire, diversement compris d'ailleurs. C'est Virchow, qui le premier formule la théorie irritative : un processus inflammatoire chronique ou une excitation répétée provoque la dégénérescence de la cellule qui acquiert ainsi les caractères de la malignité. A ce groupe se rattachent les théories de la fécondation cellulaire par des leucocytes, celle du rajeunissement caryogamique, de l'auto ou de l'hétéro-fécondation, la théorie physiopathologique de Bard, celle de la sélection cellulaire pathologique de Ménétrier.

Toutes ces conceptions reposent sur un postulat implicite : le cancer est une maladie primitivement locale et depuis que Virchow, Muller et Remak ont jeté les fondements de l'histologie normale et pathologique ce sont les conceptions qui ont pour ainsi dire seules été prises en considération.

Il n'est cependant pas d'hypothèse de travail abandonnée qui ne soit susceptible d'être à un moment reprise à l'occasion d'observations nouvelles.

La conception du cancer, maladie générale, diathèse ou maladie cancéreuse était déjà formulée dans les écrits hippocratiques, dans Galien puis par Paracelse avant d'être reprise par Broussais et Andral puis abandonnée.

Des travaux récents montrent un renouvellement de certaines conceptions et sont aussi un nouveau chapitre de la querelle : germe ou terrain.

Quelques faits nouveaux sont venus augmenter nos connaissances et pourront peut-être nous aider à approcher un peu d'une solution du problème. Les solutions proposées sont éclectiques : conception à la fois cellulaire et irritative avec Glogner, à la fois cellulaire et parasitaire avec Rappin et avec Bouveret. Elles diffèrent pourtant en ce que pour Rappin le microbe naît de la cellule même, tandis qu'une sorte de symbiose microbe-cellule engendre pour Bouveret à la fois la cellule cancéreuse et un virus infectant. Il est enfin des indices de résurrection des théories diathésiques oubliées.

Un bref coup d'œil sur ces conceptions donne à penser qu'abstraction faite de la valeur propre à chacune de ces théories, le point mort est franchi et que de nouvelles hypothèses de travail peut-être fécondes vont pouvoir se développer à partir de ces nouvelles conceptions.

Théorie phylogénétique. — Pour Glogner, de Dresde (1), le cancer n'est que le résultat du développement de cellules particulières. Celles-ci comme les cellules de l'organisme doivent obéir aux lois de la phylogénèse et parcourir un certain nombre d'étapes qui les mènent à leur maturation. Pour les cellules normales, comme pour toute cellule métazoaire, cette maturation leur donne droit de cité dans l'organisme où en équilibre avec les autres cellules, elles coopèrent à la conservation et à l'accroissement harmonieux de l'ensemble.

Pour la cellule cancéreuse, cette maturation conduit à la formation de la tumeur; elle la laisse comme étrangère à un organisme à la destruction duquel tendent l'évolution des cellules de la tumeur, leur accroissement et leurs autres fonctions. On ne peut, en effet, considérer ces cellules comme de même nature que celles de l'organisme, cellules métazoaires; entre autres raisons, on ne s'explique pas par quel phénomène une cellule métazoaire acquerrait brusquement des propriétés qui sont au contraire l'apanage de la cellule protozoaire : métabolisme particulier des hydrates de carbone; énorme faculté de croissance, faculté anormale d'être transplantée, autonomie et indépendance insubjuguables, reproduction par amitose.

Une autre différence gît dans le rythme de cette maturation qui est beaucoup plus lent que pour la cellule normale de l'organisme. Aussi la cellule cancéreuse ou tout au moins l'élément qui la précède demeure disséminé dans l'organisme pendant un temps qui peut être extrêmement long. Elle est en cela comparable aux restes embryonnaires et aux organes inutiles dont on connaît l'existence fréquente dans l'organisme.

Sans doute leur nombre est-il assez considérable mais aucun caractère particulier ne nous permet de les distinguer dans les périodes précoces qui correspondent pour cet élément à un véritable stade embryonnaire; rien non plus de particulier ni de reconnaissable dans les produits de désassimilation qu'elle émet dans le milieu ambiant. On doit cependant induire son existence du fait que la lenteur de son développement et de sa différenciation subit sous l'influence de certains excitants une brusque stimulation et accélération. Un certain nombre de ces cellules disparaissant vraisemblablement au cours de l'existence, ne fût-ce que sous l'influence des circonstances pathologiques que traverse un organisme vivant, il en subsiste pourtant un certain nombre. Dans certains cas leur développement néoplasique ne commencera qu'à un âge avancé; dans d'autres cas, leur développement est accéléré du fait de circonstances extérieures et ce phénomène est sans doute comparable à ce que les biologistes ont décrit dans les expériences de régénération et de parthénogénèse. La cellule cancéreuse indifférenciée comme l'ovule de certains animaux est une véritable cellule protozoaire et possède les mêmes propriétés de multiplication.

L'excitation provient habituellement de l'extérieur : traumatisme, inflammation et son action même très brève suffit à déclencher les phénomènes. Là se borne son rôle; les effets en apparaissent avec un retard plus ou moins prononcé, de très nombreuses années parfois, selon le nombre d'étapes qui séparaient la cellule indifférenciée de sa maturation complète et selon la vitesse avec laquelle les étapes ont été franchies.

On pourrait ainsi s'expliquer les localisations aberrantes du cancer par rapport au siège de l'excitation; les différences histologiques entre la tumeur qu'on a broyée et celle qui survient après inoculation de produits de broyage. Cette théorie fournirait l'explication des tumeurs du fœtus ou du premier âge où l'inflammation et l'excitation antérieure peuvent, en toute vraisemblance, être considérées

(1) Cf. Glogner. *Centralbl. f. inn. Med.*, fév. 1930.

comme nulles et concilier ce fait avec l'importance des irritations exogènes dans les cancers de l'adulte. L'inflammation ne peut en effet agir efficacement que si un élément particulier subit l'excitation; au cas contraire ou bien il ne pourrait se produire de cancer ou bien les cancéreux ne seraient pas une minorité statistique mais au contraire une majorité. On ne comprendrait pas non plus que la déviation hors de la ligne normale suffise pour conférer à la cellule ordinaire une vitalité exubérante et lui confère des propriétés dont les cellules métazoaires sont dépourvues.

Cette théorie est une rénovation des anciennes théories d'inclusion à la Conheim, qui accentue la différence entre l'élément inclus et l'organisme jusqu'à l'extrême et fait la place la plus large possible aux influences occasionnelles extérieures et aux influences héréditaires ont le rôle paraît actuellement si important.

Mais l'auteur ne décrit ni n'explique son élément originel, ni sa cellule cancéreuse indifférenciée ni son stade embryonnaire. Il compare le développement qu'il lui prête à divers termes de comparaison; il concilie avec sa théorie les faits d'expérience; il prête, en somme, à un élément encore inconnu et jusqu'à plus ample informé arbitraire les propriétés nécessaires pour qu'il puisse satisfaire aux conditions exigées. Rien ne prouve jusqu'ici que cette cellule protozoaire ne soit pas tout simplement un être de raison.

D'autre part, si la cellule cancéreuse est d'une origine et d'une nature si particulière, on s'explique mal que l'aspect histologique des tumeurs permette à ce point de les rapprocher d'un organe de l'économie qu'on puisse considérer que c'est à partir de cet organe que s'est produite la déviation. Si vraiment la conception habitelle du diagnostic histologique des tumeurs est à ce point erronée, il est nécessaire qu'on nous fasse connaître le pourquoi de cette erreur.

Il semble que l'élément le plus positif de cette théorie soit l'explication d'un rapport entre l'âge du malade et le délai d'incubation d'un cancer après excitation locale : à sujet âgé incubation brève et inversement; la nécessité aussi d'un élément ajouté à l'inflammation pour produire un cancer qu'on ne s'expliquerait guère être rare lorsqu'un mode d'irritation (kangri tibetain, par exemple), est d'usage quotidien et d'action continue.

En revanche, la brièveté de l'incubation d'une tumeur expérimentale après action du goudron n'a qu'une valeur relative à opposer à la transformation de cellules autochtones. Pourquoi ce délai, si court soit-il à notre appréciation, serait-il insuffisant?

L'assimilation entre la cellule cancéreuse et la cellule protozoaire est-elle indispensable et n'est-elle pas pure métaphysique?

Théorie de Rappin (1). — En 1881, Rappin, de Nantes, décrivait un microbe du cancer dont il a continué l'étude depuis cette époque et qui serait comparable à ceux qu'entre temps ont décrit Doyen et Roy. Il l'a retrouvé dans tous les cancers quels qu'ils soient, mais même à l'heure actuelle, s'il a pu le cultiver il n'a pu en obtenir d'inoculations positives. La cause en est, pour lui, à la spécificité très étroite de ce germe vis-à-vis du terrain. Issu d'une espèce animale, il en demeure inséparable et son inoculation à un autre animal ne peut être qu'infructueuse. En ce qui concerne le microbe de Rappin, originaire de l'homme, il ne saurait donc y avoir de preuve que par une réinoculation à l'homme.

La morphologie de ce micro-organisme et ses affinités tinctoriales le rapprochent tout à fait du staphylocoque d'avec qui on s'est en général refusé à le séparer. Mais les travaux récemment publiés par d'Hérelle et Peyre à propos des tumeurs du goudron ont fait décrire à ces auteurs un germe que Rappin considère comme identique à celui qu'il a décrit. L'examen microbiologique tant de préparations anciennes que de récentes a persuadé à l'auteur qu'il existe en dehors de la forme microcoque d'autres formes du même microbe. Il s'agit encore d'un microcoque groupé en amas mais les grains constituants sont de dimensions variables; certains confinent même aux limites de la visibilité microscopique et l'auteur les considère comme des formes de passage entre la forme microcoque et une forme ultramicroscopique, analogue à certaines formes microbiennes dont les plus récentes acquisitions de la bactériologie nous ont appris l'existence. Ces germes seraient filtrants et ce caractère se concilierait avec ce qu'on sait actuellement du sarcome infectieux des poules.

Le point où les idées de Rappin se distinguent du commun des théories parasitaires et sont même en opposition délibérée avec les conceptions biologiques les plus générales c'est l'origine du microbe. Le microbe ne provient pas de l'extérieur; il est le produit du terrain lui-même en réaction contre certains agents d'irritation, trauma, trouble fonctionnel, modification chimique et peut-être aussi de certaines propriétés héréditaires. Le microbe se forme dans la cellule même aux dépens de son protoplasme. De dimensions d'abord ultramicroscopiques; il s'accroît ensuite; c'est de l'intérieur de la cellule qu'il est ensuite disséminé et peut jouer à l'extérieur son rôle important. Dans ce cas, la cellule de l'organisme dont le métabolisme est modifié serait le siège d'une fermentation intracellulaire qui la rendrait biologiquement comparable à une levure.

C'est également à celui d'une levure qu'à divers égards est, en effet, comparable le métabolisme de la cellule cancéreuse. Il est actuellement acquis que la glycolyse y est beaucoup plus active que dans une cellule normale et qu'elle donne lieu à la naissance d'une quantité d'acide lactique bien supérieure à ce que l'on constate dans un tissu normal.

C'est à la présence du microbe que la glycolyse exagérée de la cellule cancéreuse est attribuée; ce phénomène est, en effet, l'un des caractères que Rappin a reconnu *in vitro* à son microbe. La ressemblance avec le staphylocoque sur d'autres points est pour l'auteur un caractère insuffisant pour qu'on nie son rôle dans le cancer.

En somme, une collaboration entre infection et

(1) Cf. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 déc. 1929.

terrain, celui-ci considéré sous un autre angle que dans le pastorisme classique et plus complexe. Le terrain étant une tendance à dévier dans une direction pathologique de préférence aux autres directions possibles, tendance d'ailleurs héritable.

A cette conception, comme à toutes les autres de même inspiration, il demeure possible d'objecter, en dehors de l'insuffisance présente des preuves proprement bactériologiques, qu'on s'explique mal l'absence de contagions, d'épidémies et la résistance au cancer de l'enfant si sensible pourtant à toutes les autres infections. On s'explique mal aussi ce rôle stimulant du microbe sur la nutrition cellulaire et plus mal encore l'unité du type cellulaire au sein de la tumeur, ainsi que la persistance relative de sa pureté dans les métastases quelle qu'en soit le mécanisme.

***

Théorie de Bouveret (1). — La conception de M. Bouveret est par certains côtés une théorie parasitaire plus classique puisqu'un microbe exogène intervient dans la production du cancer; l'originalité propre se trouve dans la façon dont l'infection agit et dans le mécanisme complexe qu'elle fait agir.

Un certain nombre de « faits dominants » constituent pour l'auteur la base de son édifice pathogénique : le cancer est une affection primitivement locale; il apparaît habituellement à une période avancée de la vie; il montre une prédilection certaine pour les régions irritées ou infectées; un long intervalle s'écoule parfois entre la cause que l'on peut raisonnablement incriminer et l'apparition du cancer. Il est aussi de notoriété déjà ancienne que l'érisypèle exerce parfois une influence régressive très considérable sur les tumeurs cancéreuses. Le sarcome infectieux des poules (Peyton Rous) est bien un néoplasme possédant les caractères du cancer; or on peut en préparer un filtrat qui bien que dépourvu de tout élément cellulaire reconnaissable est capable, par inoculation, d'engendrer à nouveau un sarcome. Les caractères particuliers du noyau de la cellule cancéreuse sont le témoignage d'une vitalité exubérante.

Dans la localisation à des régions infectées, il faut voir, pour Bouveret, une marque du point de départ infectieux de toute la série des phénomènes qui suivront; dans bien des cas il aura pu n'y avoir qu'une infection demeurée latente, d'autres fois les irritations, quelle qu'en soit la nature, auront agi comme cause de localisation ou comme cause indirecte d'accélération par amoindrissement de la résistance locale.

Le fait que le cancer n'éclôt qu'à un âge avancé correspond, soit à la diminution de résistance de l'organisme, soit à l'écoulement nécessaire d'une longue période pour la maturation d'un cancer apte à se développer, soit très vraisemblablement à ces deux causes réunies.

Quoi qu'il en soit, l'infection ancienne n'est guérie qu'en apparence; le microbe causal est demeuré in situ et entre en symbiose avec les cellules de l'organisme. Par une succession encore inconnue de phénomènes, nécessitant à coup sûr un laps de temps très long, il se produit une fusion qui donne naissance à une espèce cellulaire nouvelle, espèce « bonne » dont les caractères sont devenus stables et transmissibles par hérédité. Le microbe provocateur a disparu au cours de cette mutation, comme le spermatozoïde disparaît dans la fécondation, phénomène auquel l'auteur compare à certains égards cette genèse de la cellule cancéreuse.

Ainsi constituée, celle-ci se trouve douée de la vitalité exubérante qui est l'un de ses caractères les plus évidents et la tumeur peut naître et s'accroître.

A y regarder de plus près, il semble que le siège de toutes les propriétés de la cellule cancéreuse soit le noyau lui-même dont on connaît les modifications apparentes. Une de ces modifications est une sorte de friabilité qui lui fait donner naissance à des fragments séparés de la portion originelle et qui peuvent se séparer du corps cellulaire lui-même. Pour Bouveret, une telle séparation de la cellule ne les prive pas de vie; ils conservent tout entière leur aptitude à se conserver et à s'accroître, où que les transportent les circonstances. Leur taille est infiniment variable et certains d'entre eux peuvent être de dimension ultramicroscopique. On s'explique donc que le filtrat de sarcome des poules puisse être infectant si du moins, ainsi que certains expérimentateurs l'ont réalisé, les pores de la bougie de porcelaine sont assez spacieux pour se laisser traverser par ces particules.

Si la cellule cancéreuse est cause du développement de la tumeur primitive et de la plupart des métastases, c'est la particule nucléaire qui forme le véritable agent infectieux du cancer; émissaire de la cellule, il peut, pour son propre compte, engendrer des métastases en allant en un autre point de l'organisme cancériser des cellules jusque-là normales avec ou sans l'aide d'agents d'importance secondaire. C'est surtout lui qui entre en jeu dans les cas de contagion cancéreuse proprement dite où ne vient pas jouer la simple transplantation comme dans des cas exceptionnels mais prouvés de transmission du cancer. C'est également lui que Bouveret regarde, grâce à sa taille ultramicroscopique, comme l'agent de l'hérédité cancéreuse. Transmis à travers le filtre placentaire et de ce fait presque toujours d'origine maternelle et non paternelle, il est en quelque sorte un des composants du terrain transmis. La vitalité de l'organisme de l'enfant et du sujet jeune ne laissent pas son évolution reprendre de suite. De plus, Bouveret le considère comme fragile et pouvant, de ce fait, être détruit par les défenses normales de l'organisme ou par les infections qui surviennent au cours de l'existence et les défenses supplémentaires qu'elles suscitent. Ce n'est que plus tard, si le sujet survit, l'âge exerçant son influence affaiblissante, que l'organisme laissera ceux des corpuscules cancéreux qui n'auront été ni détruits ni éliminés arriver à la maturation.

Ce n'est donc que pour des raisons statistiques que l'hérédité cancéreuse ne se manifeste pas plus souvent.

(1) Cf. L. Bouveret, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon. *Essai sur la pathogénie du cancer*, Paris 1930, Baillière.

C'est par une sorte d'accord avec les lois mendeliennes que l'espèce cellulaire nouvelle, quoique « bonne » biologiquement finit par être éliminée héréditairement.

L'hérédité cancéreuse est donc limitée; l'espèce cancéreuse vit dans un milieu limité, constitué par un nombre limité de générations successives. Mais les circonstances pathologiques traversées par les êtres vivants, donnent lieu à la genèse de cancers que ne relient directement entre eux aucun lien généalogique, ce qui différencie le virus cancéreux des autres agents infectieux jusqu'ici connus.

Quant au microbe qui déclenche tout ce processus ce peut être n'importe lequel de ceux qui ont un rôle pathogène, le streptocoque, ou plus exactement les streptocoques au premier rang. On comprend donc que certaines infections intercurrentes puissent venir enrayer l'évolution d'une tumeur en stimulant la formation d'anticorps. Ceux-ci sont des agents de protection à la fois contre l'affection aiguë récemment contractée et contre le cancer né d'une infection analogue dans le passé si lointain qu'il puisse être parfois. Si l'érysipèle a, à cet égard, une histoire mieux connue c'est que le streptocoque est un germe des plus courants; mais d'autres infections semblent pouvoir jouer un rôle provocateur et frénateur analogue (variole, pneumonie). Cette conception symbiotique cadre aussi avec la quasi-impossibilité de transplanter un cancer d'une espèce à une autre.

Quant à l'action locale de la cellule cancéreuse, elle semble s'exercer surtout au moyen de toxines comparables à des diastases et dont la production est normale dans toute cellule ; la vitalité plus grande de la cellule cancéreuse rend vraisemblable leur abondance et leur puissance plus grandes. D'où l'élévation du pouvoir antitryptique du sérum et les diverses modifications humorales qu'on sait déjà reconnaître et évaluer. Parmi les modifications humorales il faut cependant faire une part à celles qui témoignent d'un état particulier du terrain, favorable au développement du cancer.

Toutes réserves faites et sans nous étendre sur les objections générales que peuvent s'opposer les tenants de cette théorie et ceux du cancer-maladie générale, il est certain que l'ingéniosité de cette conception résout bien des difficultés inhérentes aux autres théories parasitaires. Une discussion approfondie de conceptions qui s'écartent autant en apparence des principes généraux de la biologie ne saurait, malgré son intérêt, être entreprise ici. Mais à simple lecture, un certain nombre de points semblent mériter plus ample réflexion et nécessiter une réponse plus particulière.

Bien que l'énoncé de M. Bouveret s'étende peu sur le facteur endocrine auquel on s'accorde pourtant de plus en plus à attacher une grande importance, on doit cependant reconnaître que l'importance attachée par l'auteur au terrain fait implicitement sa part aux sécrétions internes.

On saisit malaisément aussi comment la cellule, qui s'est si profondément transformée par sa symbiose avec le microbe qu'elle a pu constituer une espèce stable héréditairement et assez nocive pour que l'effet de ses diastases soit aisément reconnu, ne soit pourtant pas assez différente du reste de l'organisme pour qu'on puisse identifier des réactions humorales particulières.

Si, avec l'auteur, on compare l'association microbe-cellule à un parasitisme et les transformations consécutives à une régression analogue à celle qu'on voit ailleurs en pareil cas, il est particulièrement frappant ici que ce ne soit pas comme d'habitude le parasite (microbe) qui subisse une évolution régressive, mais bien l'élément parasité (cellule). On concevrait plus aisément ici une infection héréditairement transmise que la constitution d'une espèce nouvelle.

Si, au contraire, c'est une fécondation on s'étonne que deux êtres aussi éloignés et dont l'un, bactérie, est en somme un végétal, puissent donner un produit et un produit fertile ; il semble, en tout cas, que l'espèce nouvelle devrait apparaître dès la génération issue de cette union alors qu'il semble falloir pour cette manifestation des délais considérables.

Peut-on enfin dénommer symbiose une association aboutissant à la constitution d'une espèce et où l'un des constituants paraît perdre sans retour individualité et indépendance.

D'ailleurs cette espèce « bonne » semble fragile puisqu'il faut considérer que « l'aptitude à créer et à transmettre la cellule cancéreuse à la descendance est une simple fluctuation destinée à disparaître après quelques générations ».

En tenant pour acquise, ce que ne confirment pas les expériences d'autres auteurs, la transmission mendelienne d'un cancer vue chez la souris par Miss Maud Slye, cette transmission même n'aurait qu'une valeur probante relative puisqu'on pourrait en faire une preuve d'importance égale de la transmission de caractères humoraux. De plus, chez l'homme, ce caractère lui-même aurait un caractère récessif.

Qu'arrive-t-il, d'autre part, dans les générations héréditairement contaminées, lorsque des microbes de la souche provocatrice viennent parasiter un porteur d'agent cancéreux de deuxième ou n^{eme} génération ? Que devient dans cette réinfection la déviation cancéreuse ? Le terrain est-il prédisposé ou immunisé contre le cancer et contre l'infection ?

Autant de problèmes que l'on verrait par leur solution explicite apporter à la thèse générale leur appui ; l'existence du virus cancéreux issu de l'élément symbiotique est-il, par ailleurs, nécessaire à expliquer les faits d'hérédité et de contagion apparente et demeure-t-il nécessaire au cas où ceux-ci pourraient être autrement expliqués ou différemment observés ?

*
* *

Conceptions diathésiques. — On a publié récemment les recherches faites à l'Institut Solvay dans le but de préciser certains caractères du terrain chez les cancéreux. Les auteurs n'ont pas, comme les précédents, voulu édifier une synthèse complète mais l'ensemble des résultats constitue un rassemblement préalable de données et de preuves à l'appui

d'une théorie diathésique ou d'une théorie où l'élément diathèse paraît devoir tenir plus de place que dans les conceptions ci-dessus exposées.

L'attention de Reding et Slosse fut retenue par certaines constatations d'autres auteurs : inégalité dans la réceptivité des diverses espèces animales vis-à-vis du cancer du goudron (Roussy); effets toxiques généraux du goudron primant et précédant peut-être les effets locaux (Maisin, Waterman, Beck); importance du terrain cancérisable chez la souris (M. Slye); constitution biologique du cancer précédant sa constitution histologique (Bang, Loeb); possibilité de reproduire peut-être un état de malignité biologique qui précède la malignité histologique (Maisin, Waterman, Beck).

Les caractères propres de cet état humoral spécial sont encore inconnus, mais Reding et Slosse ont cherché à préciser certaines données humorales de caractère général en physio-pathologie et à reconnaître de quelle façon elles peuvent varier chez des sujets atteints de cancer.

L'étude (1) a porté, d'une part, sur des témoins, d'hérédité contrôlée et d'état présent dûment analysé qui puissent ainsi être considérés comme personnellement et héréditairement indemnes de toute affection maligne. On a recherché chez eux le taux et l'évolution de l'hyperglycémie alimentaire provoquée, la valeur du pH du plasma, le taux du CO^2 libre et des bicarbonates (équilibre acide-base) et celui de l'équilibre ionique (concentration du plasma en ions Ca).

Comparativement aux chiffres obtenus considérés comme normaux dans un terrain normal, les auteurs ont effectué les mêmes recherches chez des cancéreux non traités, des cancéreux paraissant guéris après opération, des sujets porteurs de tumeurs bénignes précancéreuses, chez des consanguins de cancéreux en bonne santé, chez des cancéreux traités par les rayons γ du radium (guéris, améliorés, en récidive ou aggravés).

Dans toutes ces variétés de malades, le dosage de Co^2 libre n'a montré aucun changement par rapport à l'état normal.

En ce qui concerne l'hyperglycémie alimentaire provoquée (taux avant l'épreuve 0,10 p. 100), on a fait ingérer 50 grammes de glucose. Les sujets normaux ont montré une augmentation de la glycémie dans une proportion de 0,022 à 0,04 p. 100, atteignant son maximum en une demi-heure et revenant au taux de départ entre la 60e et la 90e minutes. Chez les malades, cette courbe est déformée : l'exagération de la glycémie est beaucoup plus considérable, le maximum n'est atteint que plus tard, le retour à la normale se fait plus tard aussi. Il est remarquable que c'est chez les cancéreux non traités et chez les aggravés par les rayons γ que l'anomalie est la plus marquée, tandis que chez les sujets guéris par les rayons, les chiffres reviennent à la normale, on voit chez les opérés semblant guéris la persistance d'un chiffre plus élevé. Les sujets améliorés par les rayons ont une tendance vers la normale tandis que chez les sujets en récidive c'est vers le type anormal que tendent les résultats. Chez les porteurs de tumeur bénigne, la moitié environ des sujets tend vers un type anormal; de même chez les consanguins paraissant indemnes.

Les mesures du pH du plasma montrent des tendances analogues. Les cancéreux, quels qu'ils soient présentent une alcalose variable dans son degré mais constante. Il est remarquable que le pH des opérés apparemment guéris et celui des irradiés apparemment guéris soient très comparables entre eux et nettement placés vers l'alcalose, très comparables aussi au pH des irradiés simplement améliorés. Naturellement, ce sont les non traités et les aggravés par les rayons qui présentent de beaucoup les chiffres les plus élevés. Mais les tumeurs bénignes font preuve ici d'une fâcheuse tendance. Neuf fois sur 13 tumeurs bénignes, il y a alcalose. Chez les consanguins, enfin, il y a une fois sur deux alcalose légère.

En ce qui concerne la concentration en ions Ca, elle marque très aisément une tendance au retour à la normale, qu'il s'agisse d'amélioration ou de guérison quel que soit le traitement suivi; elle semble peu influencée par les tumeurs bénignes et ne paraît modifiée chez les consanguins que dans les cas où existe en même temps de l'alcalose; chez les non traités, chez les sujets aggravés ou en récidive, au contraire, l'hypocalcémie est notable et semble de règle.

Il semble donc que chez les sujets atteints de cancer, l'alcalose soit un caractère cardinal et puisse parfois s'accompagner d'hypocalcémie; les perturbations du mécanisme glycorégulateur semblent d'un caractère d'égale importance.

Il est, d'autre part, remarquable que certaines de ces modifications peuvent, comme nous l'avons dit, être constatées chez des sujets dont la guérison se maintient en apparence depuis plusieurs mois au moins; elles sont donc indépendantes de la tumeur. On les trouve aussi chez des porteurs de tumeurs bénignes; elles ne sont donc pas consécutives à la malignité histologique que même elles précèdent, comme elles précèdent une récidive par leur réapparition. Chez les porteurs de tumeur, il est remarquable qu'on trouve une coexistence entre l'alcalose et les troubles de la glycorégulation. Cette association est, au contraire, inconstante chez les consanguins bien portants (père, mère, frères et sœurs, enfants).

Ces troubles humoraux sont donc indépendants de l'existence de la tumeur, précèdent son apparition; leur existence chez la moitié des consanguins autorise logiquement à les considérer comme héréditaires. Ils seraient ainsi parmi les caractères d'un terrain héréditaire cancérisable et l'état de malignité biologique serait constitué par leur exagération. L'intégrité du taux de CO^2 libre permet de ne pas considérer les troubles du métabolisme cellulaire comme la raison de l'alcalose; c'est donc par déficit du mécanisme régulateur de l'équilibre que ce trouble se produit; ceci s'accorde avec l'indépendance constatée entre ces modifications et l'activité des cellules malignes.

(1) Pour ne pas alourdir de trop de chiffres cet exposé, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à l'article original de Reding et Slosse, *Strasbourg méd.*, 5 sept. 1929.

Parmi les divers agents qui influent sur la division cellulaire, on sait depuis longtemps l'importance de la réaction du milieu et de son équilibre ionique; l'acidification du milieu empêche la division cellulaire tant dans son déclanchement que dans sa continuation. On a pu, à cet égard, constater cliniquement et statistiquement la rareté du cancer chez les cardio-rénaux en acidose, constater la stabilisation d'une tumeur en évolution chez des acidosiques ou même sa disparition spontanée (acidose d'une laparotomie exploratrice, d'un érisypèle, d'une pneumonie, d'une affection fébrile prolongée).

Il semble que l'action sur le sang des rayons γ se fasse dans le même sens, ce qui explique leur intérêt thérapeutique.

L'alcalose relative est au contraire une des conditions favorisantes des mitoses cellulaires en général; il n'est pas étonnant qu'elle conserve ce rôle vis-à-vis des cellules cancéreuses.

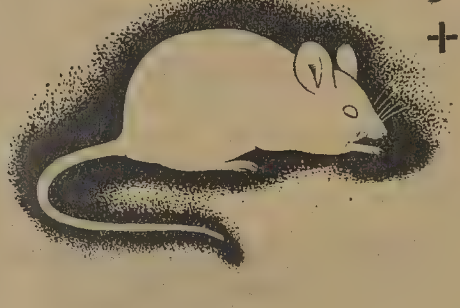
Des résultats fournis par l'examen des sujets soumis aux rayons γ, Reding et Slosse tirent encore d'autres conclusions. Il est classique d'admettre les effets locaux des radiations. Les auteurs, par des examens en série, ont reconnu une action générale traduite par les effets humoraux : tantôt retour vers la normale du pH et l'on voit en même temps une amélioration clinique pouvant aller jusqu'à la disparition de la tumeur; tantôt parallèlement aggravation locale et accentuation des troubles humoraux.

Reding et Slosse abordent ensuite l'étude de la cause de ces modifications.

Le trouble du mécanisme est à l'origine, pensent-ils, endocrine; on sait, en effet, l'importance dans le métabolisme des glycides, du foie, du pancréas, de la surrénale, de l'hypophyse. Il semble que chez les cancéreux et les précancéreux, les courbes de l'hyperglycémie provoquée témoignent en faveur de l'incapacité du foie et des tissus à fixer ou à retenir le sucre. Ceci n'est pas le fait de la tumeur qui peut ne pas exister encore ou avoir disparu, mais la cause première nous échappe encore. La variation concomitante de ces troubles et de l'évolution du cancer sous l'action des rayons γ donne à penser que les troubles glycorégulateurs sont un élément pathogénique important. On admet aisément, en effet, que cette défaillance du foie et des tissus puisse fournir en abondance à la cellule cancéreuse de quoi se développer. On n'en peut actuellement dire plus.

On sait aussi l'importance des parathyroïdes dans le métabolisme du calcium; leur ablation provoque, en effet, de l'alcalose et de l'hypocalcémie que fait disparaître l'administration d'hormone parathyroïdienne. Ce seul fait suffit à Reding et Slosse pour ne pas faire dépendre l'hypocalcémie de l'alcalose comme le voudraient Rona et Takahashi.

Il se pourrait au contraire que l'hypocalcémie fût ici l'effet d'une déficience parathyroïdienne car l'opothérapie chez les cancéreux ou les précancéreux fait



parfois — mais non toujours — disparaître l'alcalose d'une façon parfois persistante même après arrêt du traitement. Cette action est d'ailleurs limitée puisqu'elle ne se produit qu'en état d'alcalose préalable et n'aboutit jamais, même pour d'énormes doses, à un état d'acidose. De fortes quantités sont nécessaires s'il y a une tumeur en évolution et elles sont bien tolérées; la persistance des effets n'existe, d'autre part, qu'après exérèse de la tumeur ou chez des précancéreux. Enfin, il est à noter que pour une raison qui nous échappe, ce traitement est absolument inefficace chez des cachectiques ou lorsque des irradiations puissantes ont été pratiquées auparavant.

On ne peut non plus chercher dans le trouble de l'équilibre acide-base l'origine du trouble glycorégulateur puisque les consanguins des cancéreux peuvent présenter un seul de ces deux troubles et que si les rayons γ les modifient conjointement, l'extrait parathyroïdien n'agit pas sur l'hyperglycémie.

Le retour à la normale du pH est nécessaire à la disparition spontanée d'une tumeur mais n'est pas suffisant à lui seul ainsi qu'on s'en rend compte chez des porteurs de tumeurs. De même que l'œuf a été reconnu moins sensible aux changements de réaction du milieu une fois les divisions déclenchées, ainsi, peut-on penser, en est-il également pour la cellule cancéreuse.

Ces faits amènent donc Reding et Slosse à penser :

Que le facteur endocrine est important dans la genèse du cancer ; c'est par l'intermédiaire d'altérations humorales qu'il influerait sur la division cellulaire.

Que la constatation de l'alcalose, exceptionnelle en pathologie, est d'un grand intérêt pour le diagnostic et pour le pronostic du cancer.

Que les rayons γ ont non seulement une action locale mais des effets généraux.

La prédisposition individuelle serait donc un facteur important; les causes locales ne feraient que favoriser la localisation du néoplasme.

Sans qu'il résulte de tout ceci une synthèse théorique, il n'en reste pas moins qu'un parallèle critique peut de ces faits être établi entre les théories du cancer, maladie locale, et la théorie diathésique de la maladie cancéreuse.

En faveur de la maladie locale on a tiré argument des guérisons définitives dues à l'exérèse de la tumeur. Reding et Slosse montrent la plus grande réserve touchant la solidité de telles guérisons ; les statistiques, disent-ils, sont peu explicites ou peu rassurantes, et que représente, en fin de compte, un silence de trois ans?

On a dit aussi que pendant l'évolution d'une tumeur ou après l'exérèse d'un territoire cancéreux l'apparition d'un second cancer est exceptionnelle, ce qu'on s'explique mal si le terrain est le principal et la tumeur l'accessoire. Pour Reding et Slosse, c'est là un énoncé surtout traditionnel ; à priori et sans biopsie toute seconde localisation est étiquetée métastase. On connaît cependant des exemples de tumeurs multiples dont le nombre s'accroît à mesure qu'on les recherche mieux.

Regaud considère comme une rareté chez des sujets guéris par les radiations l'apparition de cancers successifs autres que ceux développés sur des lésions précancéreuses d'origine nettement individuelle. On ne peut du fait de ces cancers successifs admettre que la résorption du cancer premier ait diminué la prédisposition générale. Le fait aussi que la guérison d'une localisation n'agit en rien sur l'évolution des métastases doit faire nier une telle modification du terrain; il prouve aussi qu'il n'y a d'action des radiations que locale et non pas générale. Reding et Slosse opposent à ceci la constatation des effets humoraux et cytologiques de l'irradiation ainsi que la variation humorale en relation avec les récidives de tumeur.

Ils ajoutent, d'une manière générale, que l'opposition entre familles de souris en ce qui concerne l'aptitude à faire du cancer constatée par M. Slye est autant en faveur d'une prédisposition héréditaire générale vis-à-vis de l'action de causes locales. Dans le cancer du goudron, il convient, ainsi que le montrent certaines expériences de pas négliger, l'intoxication générale, cause principale des accidents, l'action locale n'étant que fixatrice. Par ailleurs, chez l'animal comme chez l'homme, il persiste, malgré l'action d'une même cause cancérigène, une capacité très inégale à faire du cancer. Tout ceci semble difficile à expliquer au moyen des seules causes locales, de même que les effets généraux observés en même temps que les modifications locales lors de l'application de rayons γ.

*
* *

Conclusions. — Il est incontestable que malgré leur ingéniosité et l'intérêt des solutions qu'elles proposent à divers problèmes, toutes ces conceptions pathogéniques sont encore de la théorie et qu'on ne peut encore estimer dans quelle mesure les travaux ultérieurs les confirmeront.

Peut-être cependant, sans attendre ce jugement, un certain empirisme prudent pourra-t-il rendre des services dans la pratique. C'est ainsi qu'un récent travail (1), consacré à la douleur dans le cancer témoignait par l'orientation même de certains essais thérapeutiques de la répercussion pratique de travaux demeurés apparemment le plus délibérément théoriques.

Si certains moyens employés contre la douleur sont purement symptomatiques et des plus classiques, d'autres, d'ailleurs inégalement couronnés de succès, sont des tentatives de traitement pathogénique montrant un esprit nouveau.

En dehors de la compression nerveuse, la douleur peut résulter de modifications humorales. D'abord l'accumulation de produits toxiques dans la tumeur et autour d'elle dont une infection secondaire peut exagérer l'effet. Et aussi les changements de réaction du milieu. Les tissus cancéreux auraient un pH nettement acide, et une fois franchi un seuil d'excitation, il semble exister une relation entre cette acidité et la violence des douleurs. Cette acidité

(1) Cf. Behan. *Med. Journ. of Record*, 4 déc. 1929.

serait due à l'activité glycolytique et protéolytique des cellules cancéreuses et à l'accumulation autour de la tumeur d'acides toxiques, l'acide lactique en particulier.

Aussi l'auteur essaya-t-il, contre cette acidité, des injections intraveineuses de bicarbonate, sans succès d'ailleurs.

Il tenta alors, d'agir sur l'hyperglycémie considérée comme cause de cette acidité locale. Ces essais, très fragmentaires, semblent plus intéressants et, même dans des cas où la tumeur n'a guère été modifiée, il semble que la douleur ait diminué après l'emploi conjoint d'insuline et d'extraits parathyroïdiens.

Quant aux applications locales d'alcalins elles semblent absolument à rejeter.

C'est peut-être aux modifications imprimées au pH qu'il faut attribuer l'heureux effet des rayons X, peut-être aussi celui des sels de calcium dont le mode d'action est encore obscur. Il est à remarquer que Behan, ici encore, aurait obtenu quelques changements heureux soit par l'emploi du chlorure de calcium en injections intraveineuses soit par l'action conjuguée des rayons ultraviolets et de l'extrait parathyroïdien.

Il faut donc encore dans ce domaine beaucoup de patience et d'opiniâtreté. Ne fût-ce que par réaction provoquée, les travaux anciens ont porté fruit. Le remaniement que leur ont fait subir des travaux plus récents a permis de préciser des points obscurs et d'explorer, bien que sommairement encore, des domaines de découverte plus récente. Pourquoi ne trouverait-on pas un jour par là le point de départ du vrai chemin? R. LEVENT.

LIVRES NOUVEAUX

La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale (1), par Lucien VIBOREL. Préface de M. le professeur Albert CALMETTE, de l'Académie de médecine, membre de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur. Introduction de M. Louis FOREST.

Cet important ouvrage contient la documentation la plus récente et la plus complète qui soit actuellement sur les questions d'éducation et de propagande d'hygiène.

Il est le Manuel unique et indispensable de tous ceux — hygiénistes ou éducateurs — qui se consacrent à la protection de la santé publique.

En cette matière, la tâche fondamentale est la propagande d'hygiène qui, seule, est capable de créer l'opinion favorable et de permettre aux organismes de se développer dans une atmosphère d'intérêt public, et parmi le consentement général.

(1) Editions de la « La vie saine », 36, rue des Artistes, Paris (XIVe). — Prix de l'ouvrage : 100 fr. pour la France; 125 fr. pour l'étranger.

« Il faut enseigner au public, a dit le professeur Léon Bernard, qu'il peut conserver sa santé. » Et il faut lui apprendre comment il peut pratiquement la conserver.

Tout cela c'est le rôle de la propagande d'hygiène sociale, à laquelle le nouvel ouvrage nous initie de façon claire, simple et complète.

Première partie. — Chapitre 1er : La propagande d'hygiène sociale et sa technique moderne.

Chapitre 2 : Le rôle de la propagande dans la lutte contre les maladies sociales.

Chapitre 3 : La campagne d'éducation sanitaire en France : 1° ses objectifs; 2° son organisation et ses moyens; 3° la technique des campagnes permanentes; 4° la technique des campagnes intensives; 5° l'art de visualiser; 6° les résultats de la campagne sanitaire; 7° deux années d'action méthodique.

Chapitre 4 : L'effort financier contre les maladies sociales et la propagande : 1° Rôle de la propagande en faveur de l'effort financier public; 2° rôle de la propagande en faveur de l'effort financier privé; 3° la technique du timbre antituberculeux; 4° la campagne financière en faveur des œuvres d'hygiène maternelle et infantile.

Deuxième partie. — L'outillage moderne du propagandiste d'hygiène sociale.

Troisième partie. — Les meilleures pages de nos grands hygiénistes sociaux.

L. G.

Valeur sociale de l'examen prénuptial (1), par le docteur Ramón Carranca y Trujillo. Rapport présenté au nom de la Société médicale du Yucatan au IIe Congrès des Sociétés médicales du Mexique (septembre 1929).

L'auteur y résume les raisons qui plaident actuellemen pour les mesures eugéniques en raison des dangers qui menacent la vitalité des races. Raisons physiologiques, raisons sociales. Examen critique des diverses mesures à l'étude ou adoptées par les nations des deux mondes. L'examen médical donnant lieu à un certificat lui semble au Mexique une mesure efficace et applicable moyennant l'éducation de la population et le respect de certaines conditions de fait.

L. BABONNEIX.

(1) Merida, 1929. Ateliers graphiques « Basso ».

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES DE LA GROSSESSE TUBAIRE

Les hémorragies au cours de l'évolution d'une grossesse tubaire constituent

Souvent le *signe révélateur* d'une grossesse ectopique et plus encore *des complications* redoutables.

Les accidents hémorragiques peuvent être

Soit des **hémorragies externes**, peu abondants, noirâtres, sepia, elles mettent parfois sur la voie du diagnostic avant l'apparition des complications.

Soit des **hémorragies internes** qui, suivant la lésion anatomique, la rapidité de l'épanchement, l'état du péritoine et de la trompe, réalisent.

a. *Les hémorragies intra-péritonéale libre.*

b. *Les hémorragies intra-péritonéale enkystée*, hématocèle rétro-utérine le plus souvent.

c. *L'hématosalpinx.*

I. **Les hémorragies en péritoine libre**, réalisent divers tableau clinique. Sa forme la plus fréquente est :

A. **L'inondation péritonéale**, accident dramatique, grave, nécessitant une intervention d'urgence.

C'est presque toujours un *accident précoce*, souvent révélateur d'une grossesse méconnue.

Début : une jeune femme, en pleine santé

a. Brusquement est prise d'*une douleur* atroce, violente, véritable coup de poignard siégeant dans le bas-ventre.

b. En même temps, *elle pâlit*, est prise de vertiges, tombe en *syncope*.

Souvent survient bientôt une amélioration apparente, la douleur s'étant rapidement atténuée.

Examen : dans les heures qui suivent, montre

1° *Signes d'hémorragie interne*, qui domine le tableau clinique.

— C'est un *état d'anémie grave*, avec pâleur cireuse, muqueuses décolorées, extrémités froides.

— Elle se plaint de soif, de ride cérébral, de sensation de froid généralisé.

Sa respiration est superficielle, *le pouls rapide, petit, la température basse.*

Coup de poignard.

Signes d'hémorragie interne grave chez une jeune femme sans cause apparente doivent faire penser à l'inondation péritonéale.

L'interrogatoire précisera la date des dernières règles.

Souvent, il y a un *retard minime*, quelques jours ou quelques semaines, *parfois aucun retard.*

A l'examen. Le ventre : un peu ballonné, douloureux, mais il n'y a *pas de contracture*. Parfois matité déclive dans les flancs.

L'appareil génital : on note

Une hémorragie externe, de sang rouge ou noirâtre peu abondante. Cette hémorragie peut manquer

Au toucher vaginal.

Un col un peu ramolli,

Un utérus à peine augmenté de volume.

Surtout une douleur réflexe dans le cul-de-sac de Douglas «cri du Douglas » (Proust).

Evolution :

1. *Il faut opérer de toute urgence*, au besoin remonter avant la malade par injection de sérum ou transfusion sanguine.

L'opération est simple : laparotomie médiane sous-ombilicale : rechercher la trompe malade, la pincer pour arrêter l'hémorragie, l'enlever, vérifier le côté opposer, puis fermer sans drainage.

2. *Abandonnée.* — *a.* Tantôt l'hémorragie continue et la mort survient en quelques heures.

Parfois, avec une telle rapidité que l'on n'a pas le temps d'intervenir. *Forme cataclysmique de Barnes.*

b. Tantôt l'hémorragie s'arrête, mais après *une accalmie* de plusieurs heures *reprend* et entraîne la mort.

c. Plus exceptionnellement, l'*épanchement s'enkyste* et aboutit à l'hématocèle.

Diagnostic de cette forme est facile.

A. On éliminera les grands drames abdominaux :

Pancréatite aiguë,

Perforation d'ulcus,

Tension d'un kyste de l'ovaire.

B. Le gros diagnostic est l'*avortement à forme syncopole*, mais l'hémorragie externe est abondante.

L'utérus plus gros.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Rapide de nuit. Paris. Saint-Gervais. Chamonix. Evian. — Dans le but de faciliter l'accès des régions d'Evian-les-Bains et de Saint-Gervais-les-Bains, le rapide circulant pendant la période des sports d'hiver entre Bellegarde et Saint-Gervais-les-Bains, en correspondance à Bellegarde avec le rapide de nuit Paris-Genève, est maintenu jusqu'au 14 mai inclus. Il comporte des places de lits-salons, de couchettes, de 1re et 2e classes, pour Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, et du 1er mars au 14 mai une voiture pour Evian-les-Bains (lits-salons, 1re et 2e classes).

Départ de Paris : 22 h. Arrivée à Sallanches-Combloux-Mégève : 9 h. 53; à Saint-Gervais-les-Bains-le-Fayet: 10 h.07; à Chamonix-Mont-Blanc, 11 h. 22; à Thonon-les-Bains: 9 h. 17; à Evian-les-Bains: 9 h. 31.

Au retour : départ de Chamonix-Mont-Blanc : 17 h. 38; de Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, 19 h. 08; de Sallanches-Combloux-Mégève, 19 h. 20; d'Evian-les-Bains, 19 h. 19; de Thonon-les-Bains, 19 h. 38. Arrivée à Paris : 7 h. 02.

Nouveau rapide entre Paris et la Côte d'Azur. — Un nouveau rapide de nuit de 1re et de 2e classe circule dans chaque sens entre Paris et Vintimille. Ce train comporte des lits-salons avec draps, des lits-salons ordinaires et des couchettes.

Départ de Paris, 21 h. 30.

Arrivée à Avignon, 7 h. 59; à Marseille Saint-Charles, 10 h.; à Toulon, 11 h. 28; à Cannes, 13 h. 46; à Nice, 14 h. 30; à Menton, 15 h. 30; à Vintimille, 15 h. 48. Wagon-restaurant d'Avignon à Vintimille.

En sens inverse :

Départ de Vintimille, 15 h. 35; de Menton, 15 h. 51; de Nice, 16 h. 30; de Cannes, 17 h. 29; de Toulon, 19 h. 41; de Marseille-Saint-Charles, 21 h. 15.

Arrivée à Paris à 9 h. 55. Wagon-restaurant de Vintimille à Marseille.

GAZETTE DES HOPITAUX



Rouargue frères del & sc.

TOMBEAUX MAURES (à Bab el Oued).

Extrait de l'*Algérie ancienne et moderne*, par L. Galibert. Furne, Paris 1844.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50 — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Wertheimer.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, qui doit s'ouvrir à Paris, le 31 mars 1930, est constitué comme suit :

Président. — M. le docteur Daniel Santenoise.

Membres titulaires. — M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; MM. les docteurs Olivier et Martimor (de Blois), Fouque (de Pierrefeu), Jabouille (de Rouffach), Mahon (de Mont-de-Marsan), M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de la santé publique.

Membres suppléants. — MM. les docteurs Adam (de Rouffach), Guiraud (de Villejuif).

EN L'HONNEUR DU DOCTEUR CH. NICOLLE. — Un comité formé d'amis normands du docteur Ch. Nicolle s'est constitué dans le but de témoigner à l'illustre directeur de l'Institut Pasteur de Tunis sa sympathie et son admiration à l'occasion du prix Nobel qui vient de lui être décerné.

Ce comité dont le président et le vice-président sont les docteurs Derocque et Guerbet, a confié au statuaire Richard Dufour le soin d'exécuter le buste du docteur Nicolle. L'artiste a parfaitement réussi dans sa tâche. Le buste du grand savant sera donc coulé en deux exemplaires, dont l'un ornera un amphithéâtre de l'Ecole de médecine de Rouen.

LA COLLECTION DU PROFESSEUR CAPITAN. — La collection d'objets d'art préhistoriques réunie par le regretté Capitan, professeur au Collège de France et membre de l'Académie de médecine, vient d'être dispersée à l'hôtel Drouot. Les objets les plus disputés ont été : une base de colonne de temple, en pierre sculptée, *Précolombien, Mexique*, fut poussée à 31.000 francs; une statue en pierre sculptée, *Civilisations Zapothèques, Mexique*, à 11.080 fr.; un masque en albâtre sculpté et poli, *Précolombien. Mexique*, à 17.150 fr., et une hache-amulette en basalte sculptée et polie, *Antilles*, à 18.500 fr.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE. — Une réunion du bureau vient d'avoir lieu à Londres. Etaient présents : le président, sir Robert Jones (de Liverpool), assisté sur sa demande du docteur Fairbank (de Londres); le second vice-président, le professeur Putti (de Bologne); le secrétaire général, le docteur Delchef (de Bruxelles); le trésorier, le professeur Maffei (de Bruxelles).

Sur la demande des membres du Comité français et du Comité allemand, le bureau a décidé de proposer à la prochaine assemblée générale, une augmentation du nombre des membres.

Le Congrès aura lieu à Paris du 2 au 4 octobre prochain. La première question à l'ordre du jour est *Le traitement de la luxation congénitale après l'âge de quinze ans*. Un rapport est demandé à l'Amérique, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie.

La seconde question est *Le traitement des traumatismes du poignet*. Les rapports seront présentés par la France, la Hollande et la Suède.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aimé Létève, agent consulaire de France et fondateur d'un Institut Pasteur à Pittsburgh (U. S. A.); René Robinne, chef de laboratoire à l'hôpital Cochin; Cordonnier (de Fourchambault), Armand Gillot (de Plombières), Adolphe-Victor Olivier, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société médicale du IXe arrondissement, père du docteur Eugène Olivier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Emile Maeck (de Saint-Josse ten Noode), Mativa (de Bruxelles).

DOCUMENTS INÉDITS

LE DOSSIER DU MÉDECIN-INSPECTEUR MAILLOT

Par L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

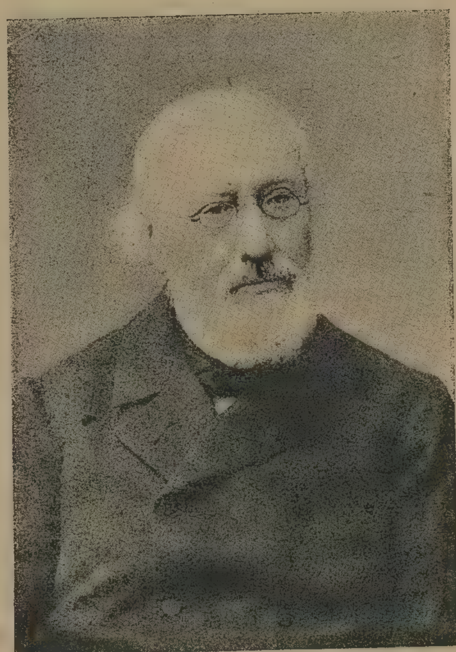
La France s'apprête à célébrer, tout entière, le centenaire de la prise d'Alger. Comment, en cette occasion, ne pas évoquer la mémoire du grand médecin qui, si heureusement, sut contribuer à la conquête? Comment, dans ce journal, que, si souvent (1), il prit comme confident de sa pensée, ne point retracer ses traits vénérés? Comment ne pas chercher à faire revivre, ne fût-ce que pour quelques instants, celui dont le génie a permis de sauver tant d'existences?

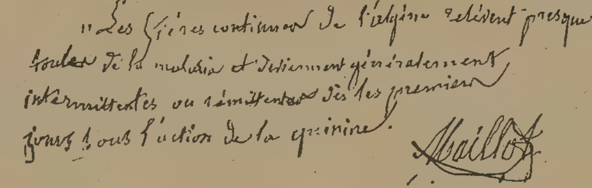
***

Son dossier figure, en bonne place, aux archives du ministère de la guerre, sous la cote : *Chefs d'Etat, Ministres, Célébrités*. Il contient, comme toujours, des renseignements de divers ordres et d'inégale valeur.

***

Renseignements *biographiques*. Fils de Nicolas François, officier de santé installé à Briey et de Geneviève Leprosse, François-Clément Maillot était né le 23 pluviose an XII (13 février 1804). Il s'engage à dix-neuf ans. Sa thèse est du 22 février 1828. A soixante-quatre ans, il est « admis d'office à faire valoir ses droits à la retraite ». Il est alors médecin-inspecteur, président du Conseil de santé, commandeur de la Légion d'honneur et a plus de cinquante-huit ans de services. Par décret en date du 30 avril 1868, sa pension, qui aurait dû s'élever à 6.240 fr., est réduite, conformément à l'article 1er de la loi du 25 juin 1861, à 6.000 fr. Il succombe à plus de 90 ans, le 24 juillet 1894, laissant, si l'on en croit une lettre du docteur Dureau, sa veuve dans une situation difficile. Agée, infirme et presque aveugle, ne sollicite-t-elle pas du ministre de la Guerre l'attribution d'un bureau de tabac? (1).





Ce portrait est tiré de l'ouvrage suivant : TROLARD, *L'OEuvre de F. C. Maillot*, ancien président du Conseil de santé des armées, Alger 1893, I. Remordet et Cie. In-8° de 202 p. (*Bibl. Fac. Méd. Paris*, cote 90.945, vol. 48 4).

***

Loin de nous l'idée d'infliger à nos lecteurs l'énumération des postes occupés par lui au cours de sa longue et glorieuse carrière! Qu'il ait fait de nombreuses garnisons, en France, qu'il ait, à son actif, treize campagnes, qu'il ait trouvé, entre temps, le moyen d'enseigner à Metz, à Lille, à « l'Ecole d'application de médecine militaire », c'est ce dont témoigne son *certificat des services*. Pour nous, une seule date importe. La voici, dans toute sa sécheresse administrative : « Employé à l'hôpital militaire à Bône, le 4 mars 1834 ». C'est entre son arrivée à Bône et le 11 mars 1835, époque à laquelle il est mis « en non-activité pour infirmités temporaires » que se place la découverte qui devait immortaliser son nom. Il était alors, depuis le 26 août 1832, « médecin ordinaire » (2). Pour être nommé médecin principal, il lui faudra attendre quinze ans. Il en aura pour moins longtemps à obtenir les étoiles, auxquelles il accède le 30 mars 1852. Le 4 septembre 1856, il est nommé au Conseil de santé (3), « en remplacement de M. Michel Lévy, appelé à d'autres fonctions », et reçoit à ce sujet les chaleureuses félicitations de ses futurs collègues. Le 26 août 1864, il en prend la présidence, qu'il garde jusqu'à la retraite.

***

Dans tout dossier militaire, figurent, par définition, des *notes* concernant, pour les officiers, les qualités physiques et morales, l'aptitude au commandement, etc., etc., et, en plus, pour les médecins, la valeur technique. Souvent incolores, elles sont parfois très dures. Ce n'est donc pas sans quelques appréhensions que nous avons abordé la lecture du « rapport n° , concernant le médecin-principal Maillot ». Appréhensions qui se sont vite dissipées! Rien de plus élogieux que ces notes, rien de plus utile à son avancement, puisqu'elles sont datées du 8 septembre 1851 et qu'il a été promu au grade supérieur six mois après! Hâtons nous donc de les reproduire et profitons-en pour dire quelques mots de leur auteur, le médecin-inspecteur Pasquier.

Constitution physique. Bien constitué. Apte à faire campagne Tenue extérieure très bonne.

(1) MAILLOT. Lettre sur quelques points de l'histoire des fièvres intermittentes à M. le docteur Jules Guérin, *Gaz. des hôpit.*, 1882, p. 803. — ID. Hippocrate. Littré. Maillot. De leur rôle dans l'histoire des fièvres continues dans les pays chauds et marécageux, *Gaz. des hôpit.*, 1882, p. 833. — ID. Notes rétrospectives sur l'origine et le développement de la thérapeutique algérienne, *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 181. — ID. Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie. Lettre adressée à M. le docteur LE SOURD, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, *Gaz. des hôpit.*, 1881, p. 209. — ID. Considérations générales sur l'état sanitaire de la garnison de Bône, de 1832 à 1884, *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 265 et 275. — ID. Revue bibliographique : Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme, par M. A. LAVERAN. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 51, 533 et 909. — ID. Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie, *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 603. — ID. Mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie, *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 897. — ID. Appendice à mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie, *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 1033 et 1057. — ID. De l'influence de la thérapeutique et de l'hygiène dans la décroissance et la mortalité dans la région de Bône (Algérie), *Gaz. des hôpit.*, 1887, p. 1013.

(1) Elle mourut le 12 février 1897, âgée de 80 ans. D'après R. BLANCHARD, *Centenaire de la naissance de Maillot*, *La France médicale*, Paris 1904, li 121, ils reposent l'un et l'autre au cimetière du Sud, 1re division 7e ligne, Est, n° 3 par le Sud. La pierre tombale, divisée en deux parties, est surmontée d'un buste en bronze signé de Mme MAILLOT, et daté du 25 juillet 1885.

(2) Médecin-capitaine.

(3) Créé par l'ordonnance du 10 janvier 1816, il se composait d'un médecin, d'un chirurgien et d'un pharmacien. Ses fonctions avaient pour objet « toutes les parties de l'art de guérir appliquées à l'homme de guerre ».

Mœurs et conduite très bonnes.
Intelligence et capacité remarquables.
Instruction médicale complète, praticien habile.
Manière de servir parfaite.

Pasquier, Joseph Philippe Auguste, était né à Marseille le 17 décembre 1794. Il avait eu une carrière brillante. Nommé, le 4 avril 1840, « chef du service de santé de la division commandée par le duc d'Orléans en Algérie », il avait été cité deux fois à cette occasion, pour « son zèle et son dévouement ». Il mourut le 4 janvier 1852. Il était, depuis le 22 juillet 1845, membre du Conseil de santé.

*
* *

Passons aux *questions d'ordre bibliographique*.

Les unes sont relatives à des mémoires ou rapports concernant : une *épidémie de suette miliaire qui règne dans les garnisons de la Fère* (10 juin 1849); *un nouveau mode de traitement des fractures compliquées* (t. XXVI du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, p. 192); *le choléra à Lille* (4 mars 1849). La plupart de ces travaux valent à son auteur l'approbation de ses chefs.

Pourquoi faut-il qu'il n'en soit pas ainsi d'un ouvrage didactique, pour lequel il avait pris, comme collaborateur, un médecin militaire nommé Puel et qui est intitulé : l'*Aide-mémoire de l'officier de santé* (1)? Une note manuscrite, écrite d'une main guerrière, le sabre en quatre pages.

Puel et Maillot. — *Appréciation de leur livre l'Aide-mémoire de l'officier de santé.*

1. D'après l'esprit de la preface de l'Ouvrage de MM. Puel et Maillot.

« Le premier chapitre ou la premiere partie de l'ouvrage au lieu d'etre consacrée a la medecine legale militaire ne traite que du recrutement. Dans ce paragraphe il y a beaucoup de choses a dire et sur l'historique et sur le fonds. —

En parlant de l'âge des recrues à l'epoque ou le recrutement se faisait exclusivement par l'enrolement volontaire les auteurs pensent que l'age de 18 ans est convenable, sans doute. Lorsqu'on peut exercer ces jeunes gens pendant deux ou trois ans aux pénibles fonctions du métier de soldat mais lorsqu'ils doivent entrer en ligne et se mettre immédiatement en marche pour l'armée — cet age est trop tendre, le travail de l'ossification chez eux n'etant pas achevé et on ne peut generalement compter sur une entiere consolidation de cette ossification qu'à l'âge de 20 ans revolus. C'est la remarque la plus importante que nos auteurs n'ont pas faite. — C'est cette remarque que je ne craignis pas de faire a l'empereur lors de notre premiere campagne de Pologne qui a fait ou qui fit reculer la conscription de 18 ans à 20 —

Pour la taille des hommes qu'ils trouvent en général plus avantageuse dans les departements du nord que dans ceux du midi comme tous les statisticiens (?) l'ont annoncé il leur paraît cependant extraordinre que la Bretagne fasse une exception si ces auteurs avaient lu l'histoire de mes campagnes ils auraient vû que je crois avoir donné l'explication de ce phenomene qui s'observe sur les animaux domestiques et sur les plantes comme sur les hommes de cette contree septentrionale.

Les Reflexions que nos auteurs font sur les causes des infirmités qui exemptent les jeunes citoyens du service militaire sont en general exagerées et les exagerations sont representées par des expresssions peu delicates et impolitiques surtout celles qu'ils font sur le travail des enfans dans les manufactures d'ailleurs le travail qui vient de paraître sur cet article remedia et remediera certainement aux abus qui pouvaient exister dans cette éducation manufacturiere.

Au total, tout ce 2ème chapitre presqu'entièrement consacré a l'historique des objets qu'ils ont traités est tout à fait superflu et inconsidéré. Il suffit de lire les 4 ou 5 lignes qui terminent l'histoire de l'origine du recrutement à la 2ème page.

Art. 3e.

La Loi très sage determinée par Le Marechal St-Cyr a prevu tous les inconvenients dont parlent les auteurs sur le remplacement, les mesures qu'ils proposent sont d'ailleurs impraticables et se sentent de l'inexpérience —

en sorte que l'inutilité de cet article est egalement demontrée.

L'article de la levée en masse n'a aucun rapport avec l'hygiene mre, c'est au contraire une critique peu reflechie sur cette loi qu'il n'appartient pas a des jeunes gens qui n'ont aucune expérience de la guerre de traiter une telle question, il faut la laisser traiter par des legislateurs.

C'est encore un article superflu.

Le 5e article, relatif à l'organisation de l'armée est tout à fait etranger à la profession du medecin militaire d'ailleurs chacun est libre de se livrer à l'etude de l'histoire de l'organisation des armées anciennes et modernes.

2me Chapitre relatif aux conseils de Revision et de la medecine legale du recrutement —

Dans ce chapitre les auteurs developpent les articles de la loi relatifs à ces dispositions qui me paraissent tout à fait inutiles, attendu que lors de la Réunion des Conseils de Revision on publie et on recapitule dans les premieres séances tout ce qui est relatif à la conduite que les officiers de santé militaire appelés à ces conseils pour donner leur avis et faire connaître leur opinion sur l'état physique des jeunes gens soumis à l'examen de ces conseils ou celui des remplaçans les peines infligées par les mêmes lois et encourues par ces officiers de santé dans le cas ou ils ont manqué aux qualités de l'homme probe, sont égalt publiées — et recommandées donc il serait superflu de reproduire tous les documens; ensuite je n'ai rien trouvé dans les diverses parties de ces chapitres qui ne soit parfaitement reflechi et en harmonie avec nos libertés et l'esprit d'une bonne loi.

Art. 2me. —

Considérations generales sur les cas de Reforme et D'exemption :

Les auteurs ici critiquent les tableaux des infirmités qui commandent la reforme faits par des inspecteurs generaux du service de santé qu'on accuse d'avoir été trop séveres dans leur jugement comme ayant été prononcé dans un temps ou la conscription levait toute la jeunesse de la France — donc (?) qu'il y a lieu a une revision que le ministere a lui-même pressenti aussi le conseil de santé est-il appelé en ce moment, a s'occupé de cette revision — et c'est a lui seul et exclusivement qu'appartient le droit de traiter cette question importante et les membres qui les composent qui ont tous fait la guerre dans toutes les contrées de l'europe et même dans le nouveau et l'ancien continent ne croyent pas avoir besoin des propositions ou des reflexions que font à ce sujet les auteurs de ce travail donc cet article me paraît également inutile et superflu, très confus et plein de répétitions.

---

paragraphe 1er Maladies du crane ou de la tête, du cou, de la poitrine, du bassin et de la colonne vertebrale.

On ne comprend pas comment le pretendu médecin légiste a pu signaler des maladies graves ostensibles avec altérations des organes des sens et de la vie intérieure.

Ainsi les fractures du crane, les becs de lièvre de naissance la perforation du palais, les polipes, les éventrations, la privation du penis (?) ou de l'un des organes generateurs, les fractures de la colonne vertebrale, les luxations, le spina Bifida et le spina ventosa qu'on a placé parmi les lesions physiques de cette colonne vertebrale.

Les mêmes remarques peuvent etre faites sur les maladies des membres

Dans quelle vue medicale les auteurs de ce travail ont-ils besoin de reproduire les articles du Code penal relatifs aux crimes pour la consommation duquel la loi applique la peine de mort etc. —

Tout ce qui est relatif aux morts lentes et subites par des causes

---

(1) Puel et Maillot, *L'Aide-mémoire de l'officier de santé*, Paris 1842, in-8°, Baillière. Il porte à la Bibliothèque nationale la cote 8° Td^{138}$_{28}$.

diverses — ecrit avec une prolixité infinie — est tout à fait superflu parce que tous ces objets sont exposés dans tous les ouvrages classiques et même dans les ouvrages elementaires.

---

il était également inutile de rappeler les articles du Code criminel et leur application pour les crimes du viol — les traces de cet attentat chez la femme — notion qu'il est encore inutile de rependre chez les jeunes chirurgiens militaires.

On fait les memes remarques pour la grossesse, l'avortement et les articles qui en dependent.

Le chapitre relatif à la confection des certificats est egalement superflu puisque les instructions ministérielles donnent les modeles de certificat de tout genre pour les reformes, et l'admission a des congés ou a la retraite.

qu'elles notions nouvelles et utiles nous Donne Le chapitre relatif aux subsistances? aucune. —

---

a quoi peut servir aux officiers de santé militaire le Chapitre relatif à l'inspection de generaux d'armes et des intendants. —

Quant au chapitre relatif aux inspections medicales les instructions relatives à ces inspections sont publiées et connues de tout le monde.

Tous les autres articles sont tout à fait superflus comme etant retracés dans nos reglemens et dans les registres reglementaires de corps armés.

quelles instructions les auteurs veulent-ils donner aux hôpitaux d'instruction pour le service de ces hop^x et la classification des malades en vérité c'est une derision.

Tout ce qui peut etre relatif aux services des hospices civils se trouvera autant qu'il est permis par les lois, dans les instructions de l'inspection medicale.

Ainsi au total tout l'ouvrage dont on vient de faire l'analyse ne me paraît etre d'aucune utilité aux officiers de santé m^re.

De qui, cette « argumentation » peu bienveillante? Quel est-il, celui qui a osé donner des conseils à l'Empereur? D. Larrey lui-même, ainsi qu'en témoigne une inscription au crayon qui figure à la fin de l' « appréciation ». Sa gloire est hors d'atteinte. Mais les âmes sensibles auraient aimé à l'entendre parler avec plus d'indulgence d'un « cadet » qui, au moment où il a publié son livre, avait déjà près de vingt ans de services, trois campagnes et qui devait, lui aussi, faire quelque honneur à la médecine militaire française... »

***

Et le *traitement du paludisme*, que devient-il? Dans le dossier militaire proprement dit, il en est à peine question. Juste une mention de quelques lignes sur un travail intitulé : « Recherches sur les fièvres intermittentes du Nord de l'Afrique » (*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XXXVIII, p. 150) et une « reclamation relative à un passage du mémoire de M. Gassaud, inséré dans le 48e volume de ce Recueil [t. LXIX, p. 96 (1)] » qui contenait les lignes suivantes : « Beaucoup d'hommes figurant au nombre des guéris de l'hôpital de Bône sont venus mourir aux hôpitaux d'Alger, avec des colites ulcéreuses occasionnées, sans nul doute, par le sulfate de quinine pris en trop grande quantité. » Ce serait tout si, à ce dossier, n'était annexé certain article dont nous extrayons le passage suivant :

En 1834, au moment où le médecin-major Maillot prend la

(1) En réalité, p. 163.

direction de l'hôpital de Bône, un terrible fléau désole et ravage l'Algérie. En vain, nos soldats et colons accourent combler les vides; à peine ont-ils mis pied sur cette terre maudite qu'ils se trouvent aux prises avec un ennemi insaisissable! En quelques jours (1) les voilà non pas décimés, mais fauchés, anéantis, et la mère-patrie se demande avec angoisse combien de temps encore elle pourra suffire à ces lugubres sacrifices. Sur ce sombre tableau, deux formes se dessinent. On voit ces hommes, robustes jusque-là ou souffreteux d'hier, terrassés soudain par une fièvre suraiguë dont les qualifications les plus malignes ne parviennent pas à dégager l'origine inconnue En un clin d œil, le délire ou le coma s'accentuent et l'agonie commence. Saignées, vomitifs, purgatifs ne peuvent que précipiter le dénouement fatal et foudroyant.

A côté, d'autres malades, languissants, amaigris, grelottent et brûlent par accès et crient la faim dans l'intervalle. On leur prescrit la diète et, timidement, quelques grains de quinine, en guettant par surcroît la minute opportune, fugitive souvent et toujours difficile à saisir. Et ces pauvres martyrs dépérissent et s'en vont, éparpillant leurs os le long des chemins et sillages qui regagnent la France...

A la vue de ces hécatombes, devant l'impuissance manifeste de son art et des leçons apprises, le jeune médecin sent doubler son courage et grandir son dévouement. Résolument, avec la volonté de triompher, il se lance dans une voie nouvelle. Avec une rare patience et une remarquable sagacité, il observe; du scalpel, il fouille les cadavres pour ravir leur secret; il compare et, de déductions en déductions, il arrive à démêler cet inextricable écheveau d'accès étranges qui se compliquent et s'entrecroisent. La lumière se fait dans son esprit, l'inconnu se dégage. Ces deux fièvres mortelles, sur l'heure ou dans le temps, sont la même entité; la cause est une, c'est la malaria, et le médicament héroïque, par excellence, habilement manié, doit en avoir raison.

Aussi le voilà, rejetant la lancette, qui donne aux premiers moribonds et vite, vite, et à pleine main, le sulfate de quinine. Et la crise fatale jusqu'alors, ô merveille! est souvent conjurée!

Aux seconds, c'est encore la quinine qu'il prescrit, mais d'emblée, à doses hardies, et la fièvre s'atténue et s'éloigne. A peine est-elle calmée qu'il alimente et réconforte le malade, il le refait vaillant, tout prêt à repousser les retours offensifs d'un ennemi qui ne désarme guère.

Un succès éclatant a couronné ses efforts. De 25 p. 100 la mortalité tombe à moins de 5 p. 100; dès la première année, dans un seul hôpital, il économise 1.437 décès.

(1) A Milianah, une colonne de 1.100 hommes valides est réduite à 300 en 90 jours; trois mois après à 80.

Sur un poste de 27 hommes, au blockhaus de la Fontaine, 25 morts en quelques jours, y compris le médecin.

Mais faut-il le dire? Comme il se félicite de ces résultats inespérés, tandis qu'il le proclame et veut répandre la bonne nouvelle autour de lui, partout, jusqu'à nos possessions lointaines, une opposition formidable se dresse contre lui.

L'école de Broussais fulmine contre le novateur qui s'avise de porter la main sur l'arche sainte et vient saper une décevante infaillibilité. Le maître et ses élèves, haut placés la plupart, dénigrent, dénaturent sa doctrine et faussent ses statistiques. Des lésions, des rechutes constatées chez des malades qu'il n'a pas approchés voilà, dit-on, le fruit de sa thérapeutique : La quinine est un poison! Ainsi l'a décidé, d'autre part, une sommité d'Afrique, un d'Orléans, s'il vous plaît, qui dans un rapport, gémit sur son importation croissante, tout comme s'il s'agissait d'opium ou bien d'absinthe. Une partie de la population est même ameutée contre le docteur Maillot, et de jeunes officiers, réconciliables heureusement, se coalisent un instant pour se soustraire à sa dangereuse médication.

Mais rien n'émeut le courageux apôtre. Il lutte, il prêche, il avertit (1) et quand les vieux errements laissent mourir ou tuent, lui s'obstine à guérir.

Nos pauvres troupiers, peu sensibles aux querelles d'école, ne s'y trompent pas : tous veulent s'abriter dans les salles « où on ne mourait pas ».

Désormais l'admirable découverte est consacrée par l'expérience; elle s'imposera, mais pour gagner de proche en proche sous la seule impulsion d'une prédication isolée, par la salutaire contagion de l'exemple, que de temps il faudra! Vingt-cinq années seront nécessaires pour la faire accepter sans conteste, et dans cette longue attente, que de catastrophes auraient pu s'éviter.

Ce passage est extrait d'une proposition de loi présentée à la Chambre des députés, le 29 septembre 1885 et « ayant pour objet d'accorder à M. le docteur Maillot à titre de récompense nationale une pension de 6.000 fr., réversible en totalité sur la tête de sa veuve. » Elle est signée de nombreux noms, parmi lesquels nous relevons avec fierté ceux de Clemenceau, de Lanessan, Bourneville, Gadaud, Lacote, Blatin et Loranchet. Honneur à ces parlementaires, qui, renonçant, pour une fois, aux luttes de partis, ont voulu rendre hommage à l'une des gloires les plus pures de la médecine militaire française! Inspirons-nous de leur exemple! Que jamais ne s'efface de notre esprit le souvenir de Maillot! A nous de justifier, en l'appliquant à ce grand Lorrain, la profonde pensée d'un autre grand Lorrain (2) : « Les morts ne sont « plus comme nous, mais ils sont encore parmi nous! »

(1) Pour faire cesser ces désolantes endémies, il réclame la destruction des marais. *Delendæ paludes!*

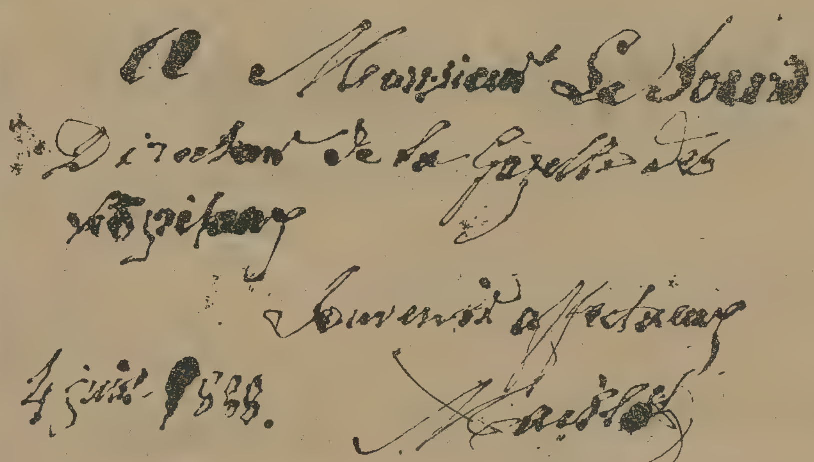
Il fait ressortir le danger que fait courir à la ville de Bône le voisinage du lac Fezzara, mais le ministre ne tient aucun compte de ses avertissements.

Voici dans quels termes éloquents M. Elisée Reclus, dans le dernier volume qu'il vient de publier de la Géographie universelle, apprécie les services rendus par M. le docteur Maillot :

« On voit des régiments perdre en quelques mois plus de la moitié de leur effectif. La nouvelle thérapeutique introduite par M. le docteur Maillot *fut le salut* de la colonisation européenne en Algérie, grâce à lui des milliers de malades ont été sauvés chaque année, et la race des émigrants a pu faire souche dans une patrie nouvelle ».

(2) Maurice BARRÈS, *Colette Baudoche*. Paris 1914, in-18, p. 254.





Un des prix obtenus par Maillot à l'hôpital d'instruction de Metz, et offert avec dédicace au docteur E. Le Sourd. (Coll. *Gaz. des hôpit.*)

REVUE GÉNÉRALE

LE PALUDISME

(A PROPOS DU CENTENAIRE DE L'ALGÉRIE)

ÉTUDE CLINIQUE. DIAGNOSTIC. THÉRAPEUTIQUE

Par P. ADIDA.

Au début de la conquête de l'Algérie, l'infection palustre, alors mal connue, faisait de grands ravages parmi les troupes d'occupation. Elle constituait un véritable ennemi de plus en plus redoutable. On peut en avoir une idée en considérant la statistique faite à l'hôpital militaire de Bône, à cette époque : en 1832, sur 4.033 entrants, il y eut 449 décès et en 1833, sur 6.704 entrants, il y eut 1.526 décès.

MAILLOT, deux ans après, apportait un fait d'une grande valeur clinique et d'une importance capitale quant à la thérapeutique. Instruit par un premier séjour en Corse, Maillot montra que l'intermittence n'est pas un caractère constant des fièvres paludéennes qui peuvent prendre la forme continue. Il constata les déplorables effets du traitement par les évacuants et les saignées alors ordonnées par Broussais.

En 1832, il était médecin militaire à Bône où éclate une épidémie considérable de fièvres continues, cataloguées fièvres typhoïdes. Il ne trouva à l'autopsie des sujets morts de ces fièvres aucune des lésions typiques de dothiénentérie. Son opinion était faite. Malgré la cabale montée contre lui par tous les médecins de l'époque, il administra à haute dose à ses malades, du sulfate de quinine. Les résultats furent probants : sur 11.593 entrants, il n'y eut plus que 538 décès. D'ailleurs, le service de Maillot était fort connu et réputé. Les malades demandaient à entrer en grand nombre dans ce « service où l'on meurt si peu. »

Ainsi Maillot isola la forme continue palustre et, par la quininisation à haute dose, il permit d'atténuer, de juguler l'effroyable épidémie.

Que serait-il advenu des troupes françaises découragées et décimées peu à peu par ce véritable fléau ?

Sans Maillot, peut-être, les Français auraient été contraints d'abandonner notre belle et florissante colonie de l'Afrique du Nord.

Au printemps prochain, le centenaire de l'Algérie sera célébré. Quelle occasion serait plus propice pour rappeler les hauts faits militaires et scientifiques de tous ceux qui, par leurs efforts constants et éclairés, ont permis sa colonisation. Nous venons de tracer succinctement l'œuvre grandiose de Maillot. On ne saurait oublier celle du grand maître en matière de paludisme : **LAVERAN**.

La découverte de l'hématozoaire, en 1880, ouvrit une voie nouvelle à l'étude du paludisme. Son étiologie et sa prophylaxie prirent alors un véritable essor.

Jusqu'à ce jour, on recherchait la cause de la fièvre dans les marais, d'où le nom de miasme ou malaria attribué au paludisme. Certains auteurs même voyaient comme agent pathogène une bactérie : le bacterium bruneum ou bien le bacillus malariæ dont ils obtenaient des cultures pures. On recherchait donc l'agent causal dans l'air, l'eau ou le sol des localités marécageuses.

Laveran a eu le grand mérite, l'idée géniale de changer de voie. C'est en recherchant la genèse du pigment mélanique dans le sang qu'il découvre les corps pigmentés amiboïdes, les corps en croissants les corps dits « à flagelles ». Après de longues et patientes études, commencées à l'hôpital militaire de Bône en 1878, poursuivies en 1880 à l'hôpital de Constantine, il décrit les formes principales sous lesquelles se présentait l'hématozoaire du paludisme. Longtemps, l'existence de ce parasite et son rôle pathogène furent contestés. Cependant, il fut retrouvé dans tous les pays palustres et Laveran confirma même ses recherches en Italie.

Il a vu encore plus loin dans l'étiologie du paludisme. En effet, quatre ans plus tard, en 1884, dans son traité des fièvres palustres, il émettait déjà l'opinion que l'hématozoaire vivait à l'état parasitaire chez les moustiques. Cette thèse, il la soutenait et la défendait, en 1894, au Congrès international d'hygiène de Budapest : Sur l'étiologie du paludisme. Il écrivait alors « le moustique sert d'hôte temporaire au parasite palustre ».

En France comme à l'étranger, jusqu'en 1895, la plupart des observateurs considéraient comme très peu vraisemblable son opinion. Il faut arriver aux travaux de Ross, Grassi, Bignani et Bastianelli (1897-98) pour voir rendre justice à Laveran.

Le rôle du moustique est bien établi. Les anophèles nourris sur les malades atteints de paludisme sont capables au bout d'une dizaine de jours, d'inoculer la maladie à des sujets non palustres. La découverte de Laveran apparaît comme la découverte primordiale en matière de paludisme.

En décelant l'hématozoaire dans le sang des malades, il a doté la question d'un moyen de diagnostic indubitable. Ses recherches sur le rôle du moustique ont permis, par la suite, d'établir des procédés de prophylaxie efficace.

Les recherches qui ont suivi celles du grand maître, ne sont, en réalité, que des corollaires de celles-ci.

Nous limiterons là notre historique et délibérément, nous ne relaterons pas les différents travaux publiés depuis sur le paludisme.

Notre revue étant écrite à propos du centenaire de l'Algérie, nous avons voulu, dans ces quelques lignes, rendre hommage aux deux médecins qui ont contribué si largement à fonder notre grand empire de l'Afrique du Nord, Maillot qui sut vaincre le paludisme, Laveran qui en découvrit l'hématozoaire.

*
* *

Les limites du cadre de notre article ne nous permettront pas de nous étendre sur les différents chapitres de la question. Nous aurons surtout en vue l'étude des travaux faits pendant les dix dernières années.

* * *

Etude clinique. — *Symptomatologie.* — Le paludisme est conçu d'une tout autre façon depuis les travaux d'Armand-Delille, Abrami, Paisseau, Lemaire, Ravaut.

Les formes cliniques étaient classées autrefois sous les rubriques suivantes.

Fièvres intermittentes avec accès quotidien tierce ou quarte ou bien encore accès double tierces, double quartes.

Fièvres continues, à allure typhoïde.

Accès pernicieux, *bilieuse hémoglobinurique*, et *formes larvées*.

Actuellement, surtout depuis le travail des observateurs français, en Macédoine, l'*évolution du paludisme comprend deux phases*.

Une première période dite *primaire ou d'invasion* où des signes généraux à allure typhoïde ou des signes d'embarras gastrique, dominent le tableau clinique.

Une période *secondaire*, celle-ci plus connue où apparaissent les grands accès fébriles.

Paludisme primaire. — Le malade est pris en pleine activité. Il ressent de la lassitude, des courbatures lombaires, de la céphalée et si on prend la température, on constate une élévation légère.

A ces signes prodromiques, bientôt va s'ajouter un ensemble de symptômes qui donnent à l'affection l'allure soit d'un *embarras gastrique fébrile* avec état nauséeux, voire même vomissements, constipation.

Soit dans une forme plus grave d'une *fièvre typhoïde*. *La température* est élevée, mais jamais on n'a la courbe en plateau typique. Le maximum de l'accès est au début de l'après-midi plutôt que vers cinq heures et la température diminue, en général, de un degré à la fin de l'après-midi.

Le tracé de la courbe thermique est parfois modifié par l'apparition de défervescences temporaires à *cassures de Grall* pendant lesquelles la chute de température peut atteindre 37 degrés. Abaissement qui se produit habituellement vers le cinquième ou sixième jour.

L'état général des malades est mauvais. Ils accusent une *céphalée* importante avec *rachialgie* et *insomnie* très accusées.

L'examen clinique est négatif, tout au plus note-t-on une légère hypertrophie splénique.

Dans cette forme qui rappelle une dothiénentérie, l'hémoculture est négative et à l'examen du sang on peut retrouver le plasmodium. En Macédoine, les auteurs ont signalé constamment la présence du Falciparum. Par contre, chez les malades évacués en France, l'hématozoaire retrouvé dans le sang, était du Plasmodium vivax. Ce fait plaiderait nettement en faveur de la théorie uniciste de l'hématozoaire. En tout cas, le traitement quinique amène une amélioration évidente.

A cette période, le *diagnostic différentiel* serait à faire avec une *infection gastro-intestinale fébrile*, une *typhoïde* ou une *paratyphoïde* et même avec la *dysentérie*, fréquente dans les pays impaludés.

Nous le verrons, c'est le laboratoire qui permettra de confirmer le diagnostic.

Phase latente. — A la suite de la phase d'invasion pendant deux à trois semaines, le malade ne présente aucun symptôme. La température est normale. La céphalée, les douleurs lombaires ont disparu; puis évolue la

Deuxième période des rechutes et des récidives. — Cette phase est caractérisée par des manifestations fébriles d'allure continue ou subcontinue évoluant dans un organisme qui présente déjà des manifestations viscérales en rapport avec une profonde altération du sang et du système hémopoiétique ainsi que des troubles du fonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne.

Manifestations fébriles. — La fièvre peut revêtir plusieurs types dont le plus fréquent est *la fièvre continue palustre à type rémittent*. Elle est persistante, à grandes oscillations et dure deux à trois semaines.

L'intermittente quotidienne. Les accès groupés en tierce avec 40 degrés tous les deux jours, la forme irrégulière sont moins observés.

Accompagnant la température, un deuxième syndrome clinique est constant.

Le syndrome anémique lié à la destruction globulaire. Les malades présentent une pâleur particulière des téguments et ont une grande asthénie. Les modifications sanguines sont intenses : diminution des hématies et des polynucléaires, déformation des globules, diminution de la valeur globulaire.

A l'examen, on trouve toujours *une grosse rate* et une *hypotension marquée*. Quelquefois, à l'auscultation, existent des souffles cardio-vasculaires.

Au cours de cette forme, un symptôme peut prendre de l'importance et c'est ainsi que l'on a décrit des

Formes hémorragiques, avec épistaxis, hémoptysies, hématémèses et hémorragies de toute nature.

Forme avec *anémie pernicieuse*, forme *splénomégalique*. Formes avec *ictère* ou bien avec *œdème sans albuminurie*.

Evolution. — Si le malade est insuffisamment ou point traité, l'évolution se fait par poussées. Les rechutes et les récidives déterminent des lésions des différents appareils et à côté des deux grands syndromes que nous venons d'esquisser rapidement peuvent s'en individualiser de multiples autres.

Syndrome gastro-hépatique avec ictère infectieux bénin ou grave, diarrhée abondante pouvant revêtir l'allure dysentériforme.

Syndrome péritonéal, d'origine solaire lié, pour certains auteurs à l'insuffisance surrénale.

Syndrome respiratoire et vasculaire avec congestion pleuro-pulmonaire, bronchite, aortite, voire même maladie de Raynaud et gangrène par artérite.

Syndrome urinaire. L'albuminurie est assez fréquente. Plus rare est la néphrite palustre.

Bilieuse hémoglobinurique. — Cette forme est rare en Algérie.

L'accès est annoncé par du malaise général, et du subictère des conjonctives.

La température monte rapidement, et dure quatre à cinq jours. Les malades présentent des douleurs

vives dans la région épigastrique qui aboutissent à des vomissements bilieux.

Le subictère du début va croissant et les urines prennent une coloration brun foncé.

L'examen des urines ne permet pas de constater des globules rouges, par contre, on note une grande quantité d'hémoglobine.

Dans le sang recueilli au moment de l'accès, il n'y a pas d'hémoglobinémie. La numération globulaire montre un abaissement considérable et rapide du nombre des hématies.

La terminaison de l'accès n'est pas marquée par la sensation de bien-être qui accompagne d'ordinaire la fin des accès de fièvre.

L'origine palustre de cette forme est loin d'être admise par tous les auteurs. Plusieurs théories sont actuellement en présence :

Pour certains, le paludisme a un rôle prépondérant dans la bilieuse hémoglobinurique.

Avec Koch, c'est la théorie de l'intoxication quinique et le paludisme n'aurait qu'un rôle prédisposant.

Enfin, pour d'autres auteurs, la bilieuse hémoglobinurique serait une affection spéciale relevant d'un agent microbien, voire même d'un spirochète; elle pourrait aussi évoluer sur un terrain palustre.

Cachexie palustre. — A la suite des rechutes et des récidives de la période secondaire, l'état général décline de plus en plus et l'on voit s'installer une cachexie très prononcée avec déchéance progressive de l'organisme, avec ou sans température, pouvant ainsi aboutir à la mort en cinq à six semaines.

ACCÈS PERNICIEUX. — Il est dû à une infestation massive de tout l'organisme par le plasmodium falciparum. Cliniquement, il se présente sous deux aspects.

La *forme cérébrale* qui a un début brusque, brutal, comme une insolation, une apoplexie. Le malade est d'emblée dans le coma avec stertor et résolution musculaire. La température est élevée. Dans le liquide céphalo-rachidien on note une lymphocytose et dans le sang on retrouve des shizontes ou quelques croissants. La mort survient rapidement, en deux à trois heures, même si on institue un traitement quinique intensif.

La *forme algide* plus fréquente est de pronostic moins réservé.

Les malades cyanosés ont des sueurs froides, profuses, le pouls petit, filant, parfois de la diarrhée du type cholériforme. La mort survient si la thérapeutique n'est pas installée rapidement.

Telles sont les différentes phases et les différentes formes du paludisme primaire.

Paludisme secondaire. — Sa symptomatologie peut être calquée sur la période primaire.

Manifestations fébriles. — Parfois c'est un des types déjà observés : fièvre continue, état subfébrile irrégulier ou bien encore fébricule en plateau aux environs de 38 degrés. Le plus souvent ce sont les *grands accès fébriles* qui le caractérisent.

Depuis les temps les plus reculés, ces accès étaient bien connus. C'est leur périodicité qui permettait même de faire le diagnostic de l'affection palustre. La fièvre intermittente se présentait sous l'un des aspects suivants :

Type *quotidien* avec accès tous les jours;
Type *tierce* avec accès tous les deux jours;
Type *quarte* avec accès tous les trois jours.
Double quotidien, double tierce, double quarte, fièvre quintane, sextane, mensuelle.

Actuellement on ne tient plus grand compte de cette périodicité.

Caractères de l'accès. — Il est annoncé, par des prodromes variables : lassitude, malaise général, céphalée, douleurs de l'hypochondre gauche. Puis il évolue en trois phases classiques :

a. Le *frisson* qui dure une heure environ;
b. Le *stade chaleur* avec température à 40-41 degrés de durée de deux à trois heures;
c. Le *stade des sueurs profuses* qui dure plusieurs heures et s'accompagne d'une chute de la température avec sensation de bien-être.

Ces accès peuvent être confondus avec les accès fébriles de *cholécystites*, de *fièvre urinaire*, de l'*endocardite maligne infectieuse*, les accès fébriles de la *tuberculose*, enfin avec le *typhus récurrent.*

HYPERTROPHIE SPLÉNIQUE. — A l'examen on trouve constamment une rate volumineuse; douloureuse débordant largement le rebord costal.

Cette rate diminue rapidement de volume par le traitement classique.

Lorsque les accès sont fréquents ou bien dans le cas d'infection palustre latente, la rate peut être très hypertrophiée, rate ombilicale, ou sous-ombilicale, de consistance dure et qui régresse difficilement par le traitement.

Enfin complétant le tableau, une *anémie intense* longue à disparaître et ayant tous les caractères indiqués à propos du paludisme primaire.

Une atteinte de tous les organes peut également s'observer à cette période. Atteinte hépatique, pulmonaire, cardiaque... En général ces lésions prennent une individualité clinique et doivent être plutôt décrites dans le chapitre des complications.

FORMES CLINIQUES. — Nous serons très bref sur ce chapitre, ayant déjà mentionné au cours de la description clinique les différents aspects qui pouvaient être rencontrés. D'ailleurs en dehors des formes signalées, ce sont plutôt des observations isolées qui prêtent nature à discussion.

C'est ainsi que MM. Constantini et Lombard ont rapporté deux observations simulant une cholécystite et une appendicite avec syndrome abdominal.

Nous insisterons plus particulièrement sur les *formes larvées*, *frustes* caractérisées par des manifestations assez disparates. Névralgies, céphalalgie, insomnie, vertiges, hémorragies diverses et surtout troubles de l'état général avec douleurs périodiques de la rate. Ces formes le plus souvent ne sont point traitées c'est pourquoi on retrouve chez les malades de volumineuses splénomégalies. Ces sujets porteurs de grosses rates sont des réservoirs de virus, qu'il faudra combattre activement dans un but prophylactique.

Formes associées. — Toutes les affections peuvent évoluer chez les paludéens.

La dysentérie amibienne, la fièvre typhoïde fréquentes dans les pays chauds, sont souvent associées au paludisme.

Longtemps on considérait comme une impossibilité, l'association typhoïde et paludisme. La théorie de l'antagonisme ne compte plus aucun partisan, et l'association est décrite sous le nom de *Typho-Malaria*.

Il en est de même pour l'association de tuberculose chez les paludéens. Le bacille de Koch trouve un milieu affaibli, moins résistant et se développe assez souvent chez des sujets entachés de paludisme.

Complications. — On a tendance, surtout dans les pays impaludés, à mettre trop souvent sur le compte de l'infection palustre un grand nombre d'affections.

Certes des complications multiples peuvent être rencontrées, mais il faut faire la part de ce qui revient réellement au paludisme, de ce qui est simplement associé, ou observé chez un paludéen.

Laveran s'était élevé contre cet abus et dans son traité du paludisme, il en fait nettement la discrimination.

Nous ferons une énumération rapide des nombreuses complications.

Complications spléniques. — *Splénomégalie.* — Cette complication ou plutôt ce symptôme est constant chez les paludéens chroniques. Il détermine un syndrome douloureux de l'hypochondre gauche et parfois même une gêne fonctionnelle intense dans les grosses splénomégalies. Il peut être à la base de complications graves, mais heureusement très rares : la *torsion du pédicule de la rate flottante*, la *rupture de la rate*.

Au cours des rechutes et des récidives, il peut aussi se produire de la *périsplénite* extrêmement douloureuse.

Les abcès, la gangrène de la rate sont des complications exceptionnelles.

Complications hépatiques. — L'*hépatite chronique* est fréquente chez les paludéens anciens, au cours de la cachexie palustre. Elle revêt la forme de *cirrhose atrophique* rappelant en tous points la cirrhose de Laennec.

Il est parfois difficile de faire la part du paludisme, de celle de l'alcoolisme.

Cependant Laveran et de Brun ont rapporté des observations de cirrhose chez des indigènes s'abstenant de boissons alcooliques.

L'*ascite* symptôme accompagnant la cirrhose, peut être la conséquence d'une périsplénite.

Enfin les *abcès du foie* comme ceux de la rate sont très rares.

Complications respiratoires. — Les affections pulmonaires : pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, bronchites, asthme, etc., peuvent être associées au paludisme.

Mais il n'est pas d'observation que l'on puisse considérer comme relevant essentiellement de l'hématozoaire.

Ce sont plutôt là des maladies intercurrentes.

La bronchite chronique est cependant fréquente chez les indigènes impaludés.

Le paludisme joue certainement le rôle de cause prédisposante dans la genèse de ces complications.

En tout cas, les affections pulmonaires évoluant chez les paludéens ont un pronostic extrêmement réservé.

Pendant l'hiver 1928-1929, nous avons pu observer un grand nombre de malades à l'hôpital militaire de Constantine, nous avons été frappé par la gravité des affections pulmonaires : pneumonies, broncho pneumonies survenant chez des indigènes ou des Européens ayant eu le paludisme; alors que ces mêmes affections évoluaient vers la guérison chez les sujets non impaludés.

La *pleurésie*, est une complication peu fréquente.

Raymond a attiré l'attention sur les pleurésies de la base gauche qui seraient communes chez les palustres à très grosses rates.

Grall et Marchoux, disent qu'il s'agit là de pleurésies à symptomatologie fruste et reconnaissent eux aussi comme pathogénie l'irritation de la plèvre par l'hypertrophie splénique.

Cordier en 1919 rapporte un cas de réaction aiguë pleuro-péritonéale avec double épanchement au cours d'un accès palustre. Cet auteur pense que la pleurésie paludéenne autonome constitue un type clinique et cytologique spécial : apparition rapide, évolution brève, disparition prompte sans reliquats.

Enfin Assouly dans sa thèse inaugurale montre par un certain nombre d'observations la fréquence des épanchements pleuraux de la base droite, épanchement d'origine cardiaque.

Complications cardio-vasculaires. — L'endocardite, l'aortite, les anévrismes de l'aorte, l'endartérite oblitérante, la phlébite, toutes ces lésions sont très discutées, quant à leur origine palustre, celle-ci est en général niée par la plupart des auteurs. Par contre, les troubles fonctionnels du cœur sont considérés comme fréquents au cours du paludisme.

La dilatation du cœur, surtout du ventricule gauche, est la première constatation qui ait été faite de tout temps. On en retrouve sa mention dans les ouvrages de Léon Collin (1870), de Vallin, Fabre (1874), de Kelsch et Kiener (1889).

C'est Saramito, en 1892, qui le premier a fait jouer à l'*insuffisance purement fonctionnelle des valvules* le rôle principal dans la genèse des cardiopathies palustres.

Laveran, en 1898, dans son Traité nie les faits décrits par Duroziez et Lancereaux, à savoir les lésions de l'endocarde. Il a souvent observé l'hypertrophie et la dilatation du cœur.

Plus près de nous, Monnier-Vinard et Caillé, Jeanselme et Dalimier, Benhamou et Assouly étudient les variations de la tension artérielle, et aussi les troubles fonctionnels du cœur.

On peut actuellement schématiser les troubles cardio-vasculaires de la façon suivante :

Trouble du rythme. — Dissociation entre le pouls et la température au moment des accès, lenteur relative du pouls dans les périodes intercalaires.


la seconde maman
Pour les enfants en bas âge
premier aliment après le lait
Blédine
JACQUEMAIRE
...liore l'allaitement au biberon
prépare et facilite le sevrage
Après le lait maternel
ou à défaut du lait maternel
mais toujours avec du lait,
sauf quand il n'est pas toléré,
veuillez penser à
la Blédine
JACQUEMAIRE
aliment biologiquement complet
d'une digestibilité parfaite
pour compléter le lait de vache,
pour le rendre plus digestible,
pour favoriser la croissance
et préparer le sevrage progressif
Dans les cas les plus difficiles
c'est aussi votre aliment de secours
car son emploi facultatif
au lait frais, au lait condensé,
au lait sec, au bouillon maigre
de légumes, ou même à l'eau,
vous donne toutes les facilités
pour suspendre l'allaitement
et y revenir progressivement.
Demandez une boîte-échantillon gratuite
aux Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (Rhône)

Tension artérielle. — Elle est basse chez tous les paludéens. Mais pendant les accès on assiste à une élévation très marquée de la maxima et une diminution notable de la minima.

Troubles dynamiques qui relèvent tous d'une insuffisance cardiaque plus ou moins accentuée et se traduisent cliniquement par des phénomènes d'ordre passif consistant en stases diverses : *œdèmes, anasarque, œdème pleuro-pulmonaire, congestion hépatique.*

Ces troubles et particulièrement les troubles dynamiques sont considérablement améliorés par le traitement [Grall et Marchoux (1910), Sainton, Ch. Richet fils et Schulmann (1922)].

Complications rénales. — Elles sont très discutées. Pour Laveran, Kiener, J. Teissier, la néphrite aiguë ou chronique est une complication assez fréquente. Actuellement la plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que la néphrite est exceptionnelle. Il s'agit surtout de néphrite chronique survenant chez les paludéens anciens, et rarement le tableau clinique est celui du mal de Bright.

L'*albuminurie passagère* des accès fébriles des périodes primaires et secondaires, ou encore la néphrite albumineuse simple du paludisme chronique sont des complications souvent observées.

Complications nerveuses. — Peu fréquentes au cours du paludisme primaire, elles sont nombreuses et variées chez les paludéens chroniques. Parmi celles qu'on rencontre le plus souvent il faut citer les *névralgies*, les *névrites*, les *paralysies* d'origine médullaire ou cérébrale, l'*aphasie*, enfin des troubles psychiques plus ou moins marqués.

Parasitologie. — Nous n'en reprendrons pas l'étude détaillée.

Il est admis que seule la femelle de l'anophèle maculipennis propage le paludisme.

L'évolution sexuée et asexuée de l'hématozoaire est bien étudiée dans tous les traités.

Nous retracerons seulement le problème, tel qu'il se pose actuellement, de l'*unicité ou de la pluralité de l'hématozoaire*. La question est encore loin d'être résolue.

Trois doctrines sont en présence :

Théorie uniciste. — Laveran n'a jamais cessé d'être partisan de l'unicité, tout en admettant de multiples variétés. En sa faveur plaiderait l'apparition successive chez le même sujet d'hématozoaires de types divers. Les défenseurs de cette théorie individualisent même un grand nombre de variétés secondaires servant de lien entre les variétés principales.

Théorie dualiste. — Avec Billet la doctrine uniciste n'est pas complètement renversée. Mise à part la forme quarte qui présente une certaine diversité avec la distribution géographique, cet auteur admet que le plasmodium prœcox est le parasite primaire d'une infection dont le plasmodium vivax accompagnerait les manifestations secondaires. Ainsi nous sommes en présence d'une théorie dualiste.

Théorie pluraliste. — Actuellement les travaux récents, surtout depuis la pratique de la malariathérapie dans les syphilis nerveuses, ont permis de constater que les inoculations par le sang ou les moustiques reproduisent le même type de fièvre avec les mêmes formes parasitaires. Ce fait expérimental est en contradiction avec la conception de Billet.

A côté de cet argument clinique, les auteurs qui défendent la théorie pluraliste tirent de la parasitologie des caractères différentiels entre les zygotes de la surface de l'estomac du moustique : ceux du *vivax* sont de teinte terne et on y distingue difficilement les petits grains de pigments ; ceux du *prœcox* sont de teinte brillante avec de gros grains de pigments ; de plus ils évoluent aussi dans des temps différents.

Enfin, les caractères morphologiques des parasites dans le sang plaideraient encore en faveur de cette doctrine.

Quoi qu'il en soit, on admet généralement, ou trois espèces du genre plasmodium : *vivax*, *malariae* et *prœcox*, ou trois variétés d'une même espèce que Laveran nomma *hœmamœba malariae* : *var. magna* ou *tertiana*, *quartana* et *parva* correspondant aux trois espèces ci-dessus nommées.

Le plasmodium vivax, agent de la fièvre tierce bénigne, est doué de mouvements très vifs. La segmentation aboutit à 16 à 24 sporozoïtes qui donnent l'apparence de *corps muriforme*. Les globules rouges parasités sont nettement augmentés de volume et présentent dans leur protoplasme des granulations fines, nombreuses ou granulations de Schüffner. Les pigments du macrogamète sont allongés en forme d'aiguilles.

Le plasmodium malariæ, l'agent de la fièvre quarte se présente en *bande équatoriale* avec un aspect rectangulaire à son stade adulte. Au stade jeune, il a un aspect piriforme, allongé.

La segmentation n'aboutit qu'à 8 sporozoïtes qui se disposent en une seule couronne (*corps en marguerite*). Le globule rouge parasité n'est pas modifié ni dans ses dimensions, ni dans sa structure. Les pigments du macrogamète sont punctiformes.

Le plasmodium falciparum est beaucoup plus petit que les autres. D'après Billet, les corps en rosaces ne sont visibles que dans la moelle osseuse, et sont constitués de 32 sporozoïtes.

Le parasite reste longtemps accolé au globule rouge avant de le pénétrer. Les hématies de volume normal portent des granulations importantes : *les taches de Maurer.*

Les gamètes sont allongés et incurvés en lune, ce sont les *corps en croissant* de Laveran.

Pathogénie. — Les différentes manifestations du paludisme sont attribuées par Laveran à quatre causes principales : la *destruction des hématies*, l'*irritation des centres cérébro-spinaux*, l'*obstruction temporaire ou définitive des capillaires sanguins dans certains départements vasculaires*, l'*inflammation des viscères, en particulier du foie et de la rate.*

Nous ne reviendrons pas sur ces éléments qui sont développés et discutés dans le traité de Laveran.

Nous reprendrons seulement la pathogénie de l'accès palustre.

Depuis longtemps avec Rayer-Maillot, la fièvre intermittente était attribuée à l'irritation de l'axe cérébro-spinal.

Golgi, Le Dantec avaient trouvé une toxine palustre, toxine pyrétogène mise en liberté par les corps en rosaces, et qui provoquerait l'irritation de l'axe spinal.

Cette toxine serait éliminée périodiquement toutes les quarante-huit heures pour la fièvre tierce; toutes les soixante-douze heures pour la fièvre quarte et on avait ainsi une explication simple du phénomène si curieux en lui-même, de l'intermittence.

Roseneau, Parker, Francis et Berger firent une expérience assez concluante en faveur de la toxine : par injection de sérum palustre recueilli pendant l'accès, ils déterminent un accès fébrile chez un sujet sain.

La pathogénie de l'accès palustre en était à ce point lorsque après la guerre 1914-18, Abrami et Senevet, frappés par la similitude entre les accès fébriles provoqués par injection intraveineuse de substances colloïdales et les accès palustres, pensèrent que ces derniers apparaissaient comme la traduction d'un choc hémoclasique. Leurs recherches furent confirmatives.

L'accès palustre serait précédé par une crise hémoclasique qui ne diffère en rien de celle décrite par Widal : on retrouve chez les malades l'hypotension, la leucopénie, les troubles de la coagulation sanguine, la diminution du nombre des hématoblastes, l'abaissement de l'index réfractométrique et l'inversion de la formule leucocytaire.

Cette crise est absolument latente, elle débute trois heures avant l'accès fébrile et lorsque apparaît le frisson, le sang a récupéré ses caractères normaux.

La genèse de ces accès se retrouverait dans la rupture des corps en rosace. Les mérozoïtes issus de la rosace, corps certainement colloïdaux, joueraient pour les auteurs, le rôle d'albumines hétérogènes. Cette théorie permettrait aussi d'expliquer les formes latentes, les accès fébriles frustes qui ne se traduiraient uniquement que par les troubles vasculo-sanguins de la crise hémoclasique.

Diagnostic. — Au cours de notre exposé clinique nous avons montré l'importance du laboratoire pour faire le diagnostic : l'hématozoaire est la preuve de l'infection palustre.

Sa recherche se conduit de la façon suivante. On fait :

Soit un étalement ordinaire du sang,

Soit, et ce deuxième procédé est bien préférable, un étalement en goutte épaisse de Ross.

On colore par la méthode de Tribondeau ou mieux encore par la méthode panoptique de Pappenheim. C'est à l'acmé de la température qu'il faut pratiquer sa recherche. Dans ces conditions, et surtout dans les formes primaires et les accès typiques secondaires, on peut aussi retrouver l'hématozoaire malaria.

Certains auteurs pratiquent exceptionnellement la *ponction de la rate*. C'est là un procédé dangereux et qui doit être utilisé avec précautions. En tout cas, dans les formes larvées et chez les paludéens chroniques, il fournit parfois la preuve de l'infection.

Récemment, MM. Benhamou, Jude et Marchioni ont rapporté à la Société biologique, une série d'observations sur la *splénocontraction à l'adrénaline* chez l'homme normal : à la suite d'une injection sous-cutanée de 1 milligramme de chlorhydrate d'adrénaline, chez l'homme normal, on détermine une contraction de la rate, avec une polyglobulie de chasse qui apparaît vers la vingtième minute.

Cette splénocontraction a été utilisée comme élément de diagnostic dans les formes larvées. Paul Meignant rapporte l'observation d'un malade où l'injection d'adrénaline permit de déceler dans le sang des hématozoaires alors que ceux-ci n'étaient nullement décelables par l'examen direct.

Les difficultés devant lesquelles on se trouve pour mettre en évidence l'hématozoaire dans le paludisme invétéré et dans les manifestations viscérales ont fait rechercher dans le sérum des paludéens, un signe caractéristique de l'infection palustre.

Lo Monaco et Paniche ont montré que le sérum des paludéens dilué au cinquième agglutine les hématies d'autres paludéens.

Abrami et Sénevet ont fait un travail sur les schizontolysines. Enfin des recherches sur la déviation du complément n'ont pas apporté de résultats bien probants.

En 1927, le docteur Henry, directeur du laboratoire départemental de Constantine, fit au Congrès pour l'avancement des sciences, une communication sur la floculation au cours de la malaria.

Cette réaction se conduit de la façon suivante :

A. *Ferro-floculation.* — Prendre le sang le matin à jeun de dix-huit à vingt-quatre heures avant de pratiquer la réacton. On emploie le sérum frais et une solution ferrique (métharfer Bouty ou albuminate de fer) plus ou moins diluée en eau salée et eau distillée.

Disposer cinq tubes de la façon suivante :

	NUMÉROS DES TUBES				
	1	2	3	4	5
Sérum	0cc2	0cc2	0cc2	0cc2	0cc2
Métharfer Bouty à 1/300 en eau distillée	1				
Métharfer Bouty à 1/600 en eau distillée		1			
Eau distillée			1		
Métharfer Bouty à 1/300 en eau salée à 2 p. 1.000				1	
Eau salée à 2 p. 1.000					1

Après avoir agité les tubes, laisser à l'étuve à 37 degrés pendant une heure et demie.

Retirer et laisser une demi-heure à la température du laboratoire. Lecture deux heures au plus après le début de l'expérience.

Les réactions sont moins belles en n'employant pas l'étuve. Ne retenir que les floculations nettes, négliger les floculations douteuses ou trop tardives. S'il y a floculation dans le témoin sérum eau dis-

tillée, on ne tient compte que de la réaction en eau salée.

Avec l'albuminate de fer, la réaction se conduit de la même façon.

B. *Mélano-floculation.* — On utilise une solution de mélanine obtenue à partir de la choroïde des yeux de bœufs. Cette solution est additionnée de formol du commerce à 1 p. 200 et conservée à la glacière.

Au moment de la réaction on la dilue au 1/12 (dilution A) qui, à son tour diluée de 1/2, donne la dilution B.

On fera également une dilution en eau salée à 3,5 p. 1.000 dans la même proportion que la dilution A et on aura ainsi la dilution A. La réaction se dispose de la façon suivante :

	NUMÉROS DES TUBES					
	1	2	3	4	5	6
Sérum	0cc2	0cc2	0cc2	0cc2	0cc2	0cc2
Mélanine dil A	1					
Mélanine dil B		1				
Mélanine dil B			0,9			
Eau distillée				1		
Mélanine dil A					1	
Eau salée à 3,5 p. 1.000						1

On prend également trois témoins :

I. 1 centimètre cube mélanine dil A + 0,2 eau physiologique.

II. 1 centimètre cube mélanine dil B + 0,4 eau physiologique.

III. 1 centimètre cube mélanine dil A′ + 0,2 eau physiologique.

Après avoir agité les tubes placés à l'étuve à 37 degrés pendant trois heures et demie.

Résultats. — Ne pas tenir compte des précipitations en grains fins. Ne retenir que les floculations donnant l'aspect de flocons de neige. Ne pas tenir compte des réactions en eau distillée si le tube témoin 4 a floculé.

Mesure photométrique de la réaction (1). — On peut également pratiquer la méthode des mesures photométriques à l'aide de l'appareil de Vernes, Bricq et Yvon.

Henry a apporté depuis un grand nombre d'observations. D'autre part, Lebourdelles et Liégeois-Chabrellier-Decourt ont expérimenté la réaction et leurs conclusions sont nettement favorables. Nous-mêmes, dans un article paru dans ce journal en août 1929, nous apportions le résultat de notre expérimentation.

La réaction d'Henry était constamment positive dans les cas de paludisme confirmés par la présence d'hématozoaires.

Elle nous avait permis d'affirmer le paludisme dans 80 p. 100 des cas avec antécédents palustres.

Enfin, elle peut permettre de diriger le traitement quinique : un malade dont la réaction n'est pas négative est toujours en état d'infection et doit encore être traité.

(1) HENRY. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 671 ; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 259 et 261.

Nous croyons donc que cette réaction, dont l'expérimentation s'est montrée jusqu'alors satisfaisante, doit prendre une place de jour en jour plus grande dans la pratique courante.

Traitement du paludisme. — Il est constitué essentiellement par l'association de traitement quinique et arsenical.

La quinine. — Depuis la découverte de la quinine on sait que le paludisme est une des rares affections à laquelle on peut opposer une médication spécifique.

Mais la quinine est efficace à condition qu'elle soit administrée convenablement. Ravaut a précisé les principes généraux de cette thérapeutique.

MODE D'ADMINISTRATION. — *Si l'estomac est tolérant la voie buccale reste la plus indiquée.* — Certains auteurs critiquent ce mode d'administration et lui préfèrent les injections intramusculaires. Ils objectent que la quinine aurait une action moins rapide et aussi moins efficace. Il faudrait pour en obtenir un résultat donner aux malades des doses considérables.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que la *voie intramusculaire* ne doit être utilisée que si réellement il y a intolérance gastrique. Dans ce cas il faudra s'entourer des plus minutieuses précautions au cours des injections pour éviter les abcès, voire même les escarres au point d'injection.

Abrami a montré qu'il était possible d'écarter tout danger en se servant de solutions très diluées (1 gramme pour 20 grammes d'eau), et dans ces conditions on pourrait même utiliser la *voie sous-cutanée.*

QUEL SEL FAUT-IL EMPLOYER. — Le chlorhydrate, le bichlorhydrate, le bromhydrate peuvent être utilisés. Ravaut leur préfère le formiate à cause de sa plus grande tolérance, et Marchoux le sulfate de quinine.

LES DOSES. — D'après Abrami, Ravaut, Garin, la quinine donnée à la dose de 1g50 par jour n'empêche pas la production des accès. Il faut au moins 2 gr. pour les juguler rapidement.

Decourt a pensé qu'il s'agissait plutôt d'un seuil d'action de la quinine, variable avec le sujet, et qui oscille entre 1 et 3 grammes. En général ce seuil d'action se trouve être entre 1g50 et 2 grammes.

Ainsi donc il faut des doses quotidiennes importantes, mais ces doses doivent être prolongées pendant une dizaine de jours. Au cours de notre service militaire en Algérie nous avons constaté, avec le médecin commandant Rougeux et le médecin capitaine Protteau, qu'il fallait au moins 12 grammes pour juguler des accès assez importants.

A ces doses, en principe, il n'existe pas d'accès quinino-résistant. En tout cas, avant de parler de quinino-résistance, il faut s'assurer comme le dit Hornus :

1° Que la quinine est bien prise ;

2° Que les comprimés ne sont pas rejetés tels quels dans les selles ;

3° Qu'il s'agit bien de paludisme.

Conduite générale du traitement. — Ce n'est pas une cure unique de quinine qu'il faut administrer aux malades. Dans les pays impaludés, on devrait instituer un traitement ambulatoire, qui serait aussi un traitement d'entretien et dans ces conditions on pourrait améliorer considérablement le pronostic général des paludéens.

Ce traitement peut être dirigé en se basant sur la réaction de floculation tout comme pour la syphilis, on se sert de la réaction de Wassermann.

Accidents de la thérapeutique quinique. — Exceptionnellement on peut rencontrer des cas d'intolérance à la quinine.

Cristiani a rapporté des crises de lipothymie aussitôt après l'ingestion de doses minimes de quinine.

L'intolérance peut se révéler sous d'autres formes : accès hémoglobinuriques, hématuriques. Dans les formes d'intolérance absolue on pourra essayer de désensibiliser les malades par la méthode indiquée par Héran et Saint-Girons.

Le traitement arsenical. — Il est considéré différemment suivant les auteurs. Pour les uns c'est une thérapeutique adjuvante qui a pour but de tonifier l'état général des malades. Pour les autres, au contraire c'est un traitement spécifique en particulier dans le paludisme chronique, dans les formes invétérées.

L'arsenic a été utilisé sous toutes ses formes, les plus employées sont : la liqueur de Fowler, l'arrhénal, le novarsénobenzol, le stovarsol et surtout le cacodylate de soude.

Le traitement arsenical peut être combiné au traitement quinique ou bien être administré à la suite du traitement par la quinine.

Les doses sont variables suivant les cas. Les paludéens, ayant en général une atteinte hépatique il faudra se méfier des doses élevées préconisées par certains, capables d'entraîner de l'intolérance.

Renée Apostolon-Ullmann et Georges Apostolon, sont cependant partisans dans les formes chroniques, avec rate volumineuse, du traitement par le cacodylate de soude à haute dose, déjà prescrit par Carnot et Ravaut.

Ces auteurs font des injections intraveineuses de cacodylate de soude à la dose de 1g50 à 2 grammes associées à la strychnine par voie sous-cutanée et au sulfate de quinine en ingestion.

Ils écrivent : « Ce traitement est vraiment le traitement héroïque, qui coupe net, non seulement les accès, mais le paludisme. »

A côté de la quinine et de l'arsenic il est un nouveau produit dont l'action se serait montrée efficace dans les formes sexuées de l'hématozoaire : la *plasmoquine*. Chimiquement c'est un : η-diéthyl-amino-isopentyl-8-amino-6-méthoxiquinoline.

Ce produit est employé *per os* selon la méthode de Muhlens, dans le paludisme.

Le traitement comprend, pour les adultes, un traitement primaire de sept jours à la dose de trois comprimés de 0g02 par jour.

Un traitement secondaire de quatre à six séries comprenant chacune quatre jours de traitement à 0g06 suivis d'un intervalle de trois jours de repos.

Pour les enfants, au-dessus de dix ans, il faut utiliser des doses moindres.

Entre cinq à dix ans, 0g01 deux à trois fois par jour.

Ce traitement a été expérimenté par de nombreux médecins : Schulemann, Memmi, Sliwensky et tous sont tombés d'accord sur son efficacité.

Froilano de Mello dans un travail d'ensemble sur la plasmoquine conclut également à l'importance de cette drogue dans l'infection palustre. Elle a non seulement une action gamétocyte, mais encore une action régénératrice des globules rouges et une action régressive sur les splénomégalies. Des cas d'intoxications graves ont été signalés par quelques auteurs, aussi ce médicament ne doit-il être employé que sous la surveillance de médecins.

Traitement de l'accès pernicieux. — De nombreux auteurs, en particulier Carnot et de Kerdel, préconisent l'injection intraveineuse de quinine, comme thérapeutique de choix. Des accidents mortels ont été observés au cours de ces injections par Cristiani. La voie intraveineuse ne sera utilisée qu'avec des solutions très diluées de quinine et elle sera continuée par l'ingestion ou les injections intramusculaires. La thérapeutique de l'accès sera complétée par le traitement symptomatique : sérum adrénaliné, éther, huile camphrée.

Prophylaxie. — Nous ne voulons pas développer cette vaste question qu'est la prophylaxie du paludisme. Nous rappellerons seulement, les directives essentielles qu'il faut connaître pour organiser la lutte antipaludéenne.

La prophylaxie est essentiellement variable avec les pays impaludés. Il faut tirer le plus possible profit des conditions locales et adapter pour ainsi dire les règles générales au cas particulier.

Avec les frères Sergent d'Alger on peut schématiser ainsi, la lutte antipaludéenne.

Méthodes défensives. — *Contre l'hématozoaire.* — L'éloignement du réservoir de virus, la quininisation préventive.

Contre l'anophèle. — L'éloignement des gîtes, les moustiquaires : individuelles et collectives. Protection due au voisinage d'animaux bovins, de lapins qui attirent spécialement l'anophèle.

Méthodes offensives. — *Contre l'hématozoaire.* — C'est l'amendement par la quinine du réservoir de virus.

Contre l'anophèle, mesures antilarvaires :

Hydrologiques (drainage, suppression des gîtes).

Chimiques (pétrolage, larvicides divers, emploi des poudres alimentaires toxiques, trioxyméthylène, vert de Paris).

Biologiques (plantes, invertébrés et vertébrés, destructeurs de larves, pisciculture et empoissonnement).

Mesures de destruction des anophèles ailés :

Chimiques (fumigations, pulvérisations insecticides).

Capture mécanique (pièges, capture au filet).

Traitement des fermentations intestinales

Les fermentations intestinales sont à l'origine des fermentations putrides qui s'établissent dès que les éléments microbiens, cause première des fermentations, deviennent prépondérants. Ces putréfactions resorbées par les vaisseaux porte, pénètrent ainsi dans le sang et intoxiquent tous les tissus. Elles sont les facteurs les plus importants des troubles et même des lésions du foie, des reins, du poumon, ainsi que les travaux de Heitz-Boyer l'ont bien mis en lumière. Ce sont elles qui engendrent l'artério-sclérose et qui provoquent un grand nombre de troubles psychiques.

Metchnikoff a fait remarquer que tout notre organisme est influencé par les fermentations intestinales. Ce sont elles qui provoquent la sclérose des tissus par leur irritation constante ; elles sont à l'origine de la sénilité précoce.

D'autre part, les fermentations intestinales produisent sur les parois de l'intestin des phénomènes d'irritation qui occasionnent tantôt de la diarrhée et tantôt de la constipation. D'où la nécessité de les enrayer par un traitement approprié.

On obtient la disparition des fermentations et des putréfactions de l'intestin en donnant de l'Amidal à ceux qui en sont porteurs. L'Amidal n'est autre chose que l'amidon paraffiné du Professeur Doumer associé à des ferments lactiques. Ce médicament développe dans l'intestin une énorme quantité de ferments lactiques qui s'opposent au développement des germes infectieux.

Aussi l'Amidal est il, sous forme de cachets, de comprimés ou de poudre, le seul médicament absolument efficace dans toutes les formes d'entérite, avec diarrhée ou constipation. Il coupe en moins de quarante-huit heures les diarrhées des jeunes enfants et des adultes. Dans l'entérite muco-membraneuse, il régularise les selles et empêche la constipation comme les débâcles. Chez tous les sujets, il s'oppose aux résorptions putrides, origine de tant de maladies organiques.

Biologiques (animaux destructeurs de moustiques).

L'objet final est la suppression progressive du réservoir du virus : l'assainissement par l'assèchement.

L'organisation et le contrôle de la prophylaxie doivent être assurés par un service spécialisé, d'où la création de dispensaires antipaludéens.

MÉDICATION PRÉVENTIVE. — La quinine est là aussi le médicament de choix Son action est indiscutable à condition de la prendre régulièrement.

La dose de $0^{g}40$ par jour est la dose optimum qui doit être prise en général une demi-heure avant le coucher du soleil.

Il faut aussi prolonger la cure préventive après le départ des régions impaludées.

Très souvent, en effet, on voit survenir dans les jours qui suivent des accès fébriles.

L'emploi de la plasmoquine comme moyen de chimio-prophylaxie du paludisme n'a pas suffisamment encore d'expérience.

D'après Froilano de Mello, cependant, on a tout lieu de croire que ce médicament, à cause de son action gaméticide, donnera d'excellents résultats.

***

Nous ne terminerons pas notre revue sans dire un mot de l'application si courante de l'infection palustre provoquée.

La MALARIATHÉRAPIE est en effet de plus en plus utilisée comme agent thérapeutique dans les syphilis neurotropes.

MM. Dujardin (de Bruxelles), Chevalier et Meyer ont fait au dernier Congrès de syphiligraphie deux rapports importants sur la question.

M. Wagner Jauregg a fait une conférence sur le même sujet à la Réunion neurologique annuelle (Paris 1929).

Technique. — L'inoculation doit se faire avec le plasmodium tertianum, plus rarement avec le quartanum.

A moins d'indications individuelles on doit laisser évoluer le paludisme.

Dans les cas où l'arrêt est nécessaire, la quinine cependant semble déclencher des réactions favorables.

Indications. — Le paludisme se comporte comme un antisyphilitique exclusivement neurotrope. La malariathérapie voit son indication principale dans le traitement de la *paralysie générale*. Le succès est d'autant plus sûr que l'affection est soignée plus précocement.

Le *tabes* est également amélioré. En général, les auteurs sont partisans d'essayer la malarisation dans *toutes les syphilis nerveuses* qui résistent aux thérapeutiques courantes.

Contre-indications. — On devra s'abstenir de ce traitement chez les malades qui présentent une *tuberculose évolutive*, une *insuffisance cardiaque* irréductible, une *lésion rénale*, du *diabète*, ou encore de *gros anévrismes.*

Accidents. — En général cette thérapeutique est inoffensive si l'on tient compte d'une part des contre-indications, d'autre part si l'on a soin de ne pas utiliser comme agent d'inoculation le plasmodium falciparum.

Les accidents apparus dans ces conditions sont la malignité du paludisme, l'ictère, le coma, la rupture de la rate, l'hémorragie intestinale.

Mode d'action. — Pour M. B. Dujardin, la malarisation modifierait profondément la capacité réactionnelle de l'organisme vis-à-vis des tréponèmes. Elle transformerait les syphilis anergiques ou anallergiques, en syphilis allergiques. Elle provoquerait une inflammation violente des centres nerveux et la perméabilité vasculaire de ces territoires serait nettement augmentée. Il en résulterait une destruction massive des tréponèmes par les leucocytes provenant de l'inflammation des centres nerveux.

Paludisme spontané dans les services où l'on pratique l'impaludation thérapeutique. — C'est là une forme tout à fait exceptionnelle qui ne doit pas empêcher de faire des inoculations thérapeutiques de paludisme. Mais on peut tout de même se demander si cette nouvelle méthode de traitement ne serait pas un nouveau réservoir de virus.



ROUARGUE frères del & sc. In L. GALIBERT. Furne, 1844, Paris.

ALGER (vue générale).

CHRONIQUE

NOTES SUR L'ORGANISATION MÉDICALE DE L'EXPÉDITION D'ALGER (1830)

Depuis quelques mois, il a été publié plusieurs livres et de nombreux articles sur l'expédition d'Alger.

En les parcourant nous avons été surpris de voir que l'on semble généralement ignorer ou sousestimer l'œuvre médicale immense réalisée au cours de l'expédition et dans les années qui suivirent.

Si on excepte, le docteur Tremsal, dont nous avons déjà analysé l'ouvrage (1), et surtout M. Gabriel Esquer, l'éminent archiviste bibliothécaire du gouvernement général de l'Algérie, dont le livre (2) est une œuvre capitale, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts, nous constatons que la plupart des auteurs passent sous silence l'effort des médecins. Ces auteurs ne semblent pas se douter que sans le médecin militaire, dès le début de l'expédition, puis plus tard sans le médecin de colonisation, sans, enfin, des savants comme Maillot, Laveran, Charles Nicolle, pour ne citer que les plus illustres, l'héroïsme de nos soldats, la tenacité de nos colons, la sagesse de nos administrateurs n'auraient pas réussi à faire de l'Afrique du Nord ce qu'elle est devenue aujourd'hui.

Dans les quelques notes bien incomplètes qui vont suivre nous nous bornons à réunir les renseignements que nous avons pu recueillir sur l'organisation du service de santé jusqu'à l'entrée à Alger seulement. Cette organisation dénote un effort assez considérable pour qu'on s'y arrête.

(1) TREMSAL. Un siècle de médecine coloniale française, *Th. d'Alger*, 1928 ; Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 22, p. 406.

(2) ESQUER. *Les Commencements d'un Empire : la prise d'Alger.*

L'opinion publique et l'expédition d'Alger. — Ce fut souvent le sort des expéditions coloniales de ne pas être appréciées à leur juste valeur L'expédition d'Alger n'a pas échappé à la loi commune et il semble, lorsqu'on parcourt les journaux de l'époque, que sa préparation n'ait pas retenu suffisamment l'attention publique.

Si l'Europe assiste, non sans jalousie, aux préparatifs de l'expédition, le gros public français paraît y attacher peu d'importance et les caricatures de l'époque (V. *Iconographie historique de l'Algérie*, Plon) montrent que beaucoup de gens ne la prennent pas au sérieux.

Les débats parlementaires en 1829 la traitent comme une question « sans importance » [Galibert (1)]. La Chambre des députés, suivant une tradition qui ne s'est malheureusement pas perdue, paraît préoccupée surtout de renverser les ministres de Charles X.

Les médecins sont-ils mieux renseignés? Il ne semble pas.

Les journaux médicaux nous montrent, d'ailleurs, d'autres préoccupations graves en raison des menaces qui nous viennent de l'Orient : la peste règne en Egypte; en Russie c'est le choléra morbus qui doit deux ans plus tard faire de tels ravages à Paris, puis en Algérie.

A l'Académie de médecine pendant toute l'année 1829, on ne parle que de la peste. M. Pariset, secrétaire perpétuel, en mission au Caire auprès de Clot bey, envoie de longs rapports où il vante les bienfaits de la désinfection par les chlo-

(1) Léon GALIBERT. *L'Algérie ancienne et moderne*, Paris 1844, Furne, édit. — Grâce à l'amabilité de M. Boivin, éditeur, successeur de Furne, nous pouvons reproduire quelques figures de ce bel ouvrage.

rures. A Paris, M. Labarraque fait communications sur communications à ce sujet (1).

Il nous faudra attendre de longs mois avant d'avoir des relations médicales de l'expédition.

*
**

LES PRÉPARATIFS DE L'EXPÉDITION

Le 7 février 1830, trois ans après le coup d'éventail donné au Consul de France, M. Deval, par le dey Hussein, le gouvernement de Charles X se décide à venger l'outrage, et une ordonnance royale donne l'ordre de mobiliser un corps expéditionnaire.

Le 9 février, nos ports militaires reçoivent l'ordre d'armer 11 vaisseaux, 24 frégates, 7 corvettes, 27 bricks, 7 vapeurs et divers navires formant un total de 104 bâtiments de la Marine de l'Etat, destinés à jeter 40.000 hommes et 4.000 chevaux sur la côte d'Alger.

Les chalands, bateaux plats, etc., arrivent, avec les 104 bâtiments déjà cités, au total de 768 bâtiments. Ils doivent transporter, y compris le corps expéditionnaire, 70.450 hommes (Galibert). La préparation du personnel et du matériel commence aussitôt.

Les chefs. — Le chef du corps expéditionnaire, le lieutenant-général de Bourmont était alors ministre de la guerre. Très impopulaire depuis Waterloo, il était, on doit le reconnaître, un soldat très brave, doué d'un grand sang-froid, mais il ne cessa d'être dominé par son entourage et en particulier par l'intendant général Denniée.

Celui-ci, sous les ordres duquel était placé le service de santé, nous intéresse spécialement.

M. Esquer en donne le portrait suivant :

« Le baron Pierre-Paul Denniée avait été déjà ordonnateur général de plusieurs armées. Très connu du Paris qui s'amuse, il était avec Romieu, Charles de Mornay, Dumas père, un des fidèles du salon de Mlle Mars. Il avait la réputation d'un mystificateur, d'un amuseur, excellent à conter de plaisantes anecdotes, avec un léger défaut de prononciation qui leur donnait, paraît-il, un puissant cachet d'originalité. Pendant la campagne, il se fit le protecteur des artistes qui suivaient l'armée (2) et qui, entre autres choses, trouvèrent à sa table, toujours bien approvisionnée un appréciable confort (3). » (Esquer. *Loc. cit.*) Nous verrons, chemin faisant, que l'intendant en chef avait d'autres qualités plus sérieuses.

Le personnel du Service de santé. — Voici, d'après M. Galibert, la composition du personnel.

Intendance militaire : Baron Denniée, intendant en chef, Lambert, Socard, de Saint-Jean, sous-intendants; Bruguière, sous-intendant chargé du service du trésor des postes et hôpitaux militaires.

Roux, médecin en chef du service de santé des hôpitaux; Beaupré, chirurgien en chef; Charpentier, pharmacien en chef; Michel, officier d'administration en chef.

Service de santé : Roux, *médecin en chef*; Stéphanopoli, *médecin principal*; Peysson, Vinciguerra, Vignes, Vignard, Jourdan, Monard (Pascal), Monard (Ch.), Pallas, *médecins ordinaires*; douze médecins adjoints.

Beaupré, *chirurgien en chef*, Chevreau, *chirurgien principal*; Pointis, Demeyer, Pierron, Fleschut, Girardin, Devaux, Huet, Brée, Delasalle, Durand, Guérin, Molinard, Chambolle, Renucci, Chaudron, *chirurgiens majors*; vingt-quatre chirurgiens aides-majors et cent-douze sous-aides.

Le pharmacien en chef, Charpentier, avait 81 pharmaciens sous ses ordres.

Ce personnel, contrairement à une opinion que nous avons relevée dans un ouvrage tout récent, semble avoir été bien choisi et soigneusement préparé.

Nous voyons dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 44, 22 mai 1830 et suivants) qu'Amussat fut chargé de faire un cours de chirurgie militaire aux jeunes chirurgiens du corps expéditionnaire, dans ce cours, il insistait naturellement sur les avantages de la torsion des artères avec sa pince. Broussais avait, de son côté, rédigé une instruction médicale dont il sera question plus loin.

A la même époque, la librairie Germer-Baillière imprimait une nouvelle édition du célèbre livre de Percy sur la chirurgie de guerre.

Le grand Larrey, enfin, préparait une caisse d'instruments de chirurgie dont il confiait l'exécution à Charrière.

Le matériel et les approvisionnements. — L'approvisionnement total de l'armée avait été réparti en 78.645 colis. Chacun de ses colis avait été recouvert d'une double enveloppe imperméable de manière à pouvoir être jeté à la mer sans dommages en cas de débarquement précipité, « précaution que devait justifier la tempête du 16 juin 1830... » (Esquer. Loc. cit.)

Pour transporter cet énorme matériel, après le débarquement, l'intendance avait prévu 654 chevaux de trait, 626 mulets de bât et 256 voitures à 2 et à 4 roues qui furent embarqués sur les bateaux de charge.

Les approvisionnements propres du service de santé comprenaient « un matériel et un personnel suffisant pour l'établissement de cinq hôpitaux de 300 lits chacun. A chaque division devait être affectée une section d'ambulance légère.

L'ambulance du quartier général possédait le matériel nécessaire pour un établissement immédiat de 200 lits de fer à fond sanglé, abrités sous des baraques mobiles faites de grandes dimensions, couvertes de toile imperméable.

Les instructions données à Toulon prescrivaient qu'aussitôt après le débarquement, les hôpitaux seraient établis dans les lieux « qui seront jugés les plus convenables, mais toujours à proximité de l'armée navale. » .....

Un hôpital d'évacuation. — « Aussitôt que le gouvernement espagnol eut consenti à la formation d'hôpitaux à Minorque, le sous-intendant militaire Délimoges fut envoyé à Mahon afin de prendre les mesures nécessaires à l'installation d'un hôpital (1) de 2.300 lits.

Une notice sur l'hygiène à observer en Afrique, due à Broussais, fut imprimée et distribuée aux soldats; les officiers du service de santé eurent souvent à en rectifier les prescriptions par la suite » (2). [Esquer, loc. cit.].

La question de l'eau et l'hygiène. — Parmi les préoccupations du commandement et en particulier de l'amiral Duperré, la crainte du manque d'eau était une des principales. Les environs d'Alger passaient pour un désert, on pensait, d'autre part, que les puits seraient empoisonnés par les indigènes, aussi avait-on prévu que l'eau des puits serait goûtée d'abord par des animaux. De là un grand nombre de plaisanteries dans la presse quotidienne. Armand Carrel, dans le *National*, trouve là matière à exercer son esprit.

Cette crainte du manque d'eau était peut-être exagérée, mais on pouvait l'avoir quand on savait que l'Arabe destruc-

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1829 et 1830.

(2) Parmi ces artistes figuraient les peintres Isabey et Gudin.

(3) « Les caisses qui contenaient le vin et les autres provisions des intendants étaient marquées : *chlorure, désinfectant*, etc... » (Bibl. nat. mss. franç. Nouv. acquis, 9.444.)

(1) Au cours de l'escale à Mahon 32 militaires furent évacués pour maladie.

(2) On peut rappeler à ce sujet que c'est malgré les instructions de Broussais que Maillot institua en 1834 à Bône le traitement du paludisme par la quinine à haute dose.



Rouargue frères sc. Raffet del. In L. Galibert, Furne, Paris 1844.

LES FRANÇAIS DÉBARQUANT EN AFRIQUE

teur avait depuis longtemps rendus inutilisables la plupart des beaux aqueducs dont nous admirons les ruines. On en vit plus tard les effets lorsque, pendant le siège d'Alger, les aqueducs encore existants furent coupés et la ville privée d'eau. Le manque d'eau était cependant moins redoutable que l'anarchie et l'empirisme auxquels l'Algérie était en proie au point de vue de l'hygiène. Nos troupes allaient trouver dans les villes « la vermine maîtresse de la rue et de l'habitation. » (L. Raynaud.)

La tenue. — Pour cette expédition africaine, en plein été, les troupes françaises étaient habillées comme en Europe, haut shako rigide, vêtements boutonnés, cols agrafés, buffleteries, sac trop chargé.

Chaque soldat avait reçu, en outre, un sac de campement, une ceinture de laine, un bidon en bois pour le vin, un bidon en fer blanc pour l'eau. On distribua encore une couverture pour trois. Nous verrons plus loin combien nos troupes eurent à souffrir de cet équipement. Notons en passant que c'est seulement en 1832 que l'armée fut dotée du couvre-nuque et du képi léger dont le prototype est resté « la casquette du père Bugeaud ».

*
* *

LA TRAVERSÉE ET LE DÉBARQUEMENT

Le 28 mai, la flotte, sous le commandement de l'amiral Duperré, quitte Toulon. Après une traversée contrariée par le mauvais temps qui obligea à une relâche à Palma, le corps expéditionnaire débarque le 14 juin 1830 à Sidi Ferruch.

Le promontoire de Sidi-Ferruch, qui avait été signalé, dès 1808, comme un excellent point de débarquement par le capitaine du génie Boutin, est situé à 15 kilomètres à l'ouest d'Alger, dont il est séparé par le massif montagneux de la Bouzarea et le cap Caxine. Le débarquement eut lieu dans la baie occidentale de Sidi Ferruch, au pied du promontoire surmonté d'une petite mosquée et de la tour dénommée Torre-Chica [petite tour] (fig. 1).

Ce promontoire offrait l'avantage d'offrir un puits et de permettre l'établissement d'un camp important et facile à retrancher.

Les premiers blessés. — On sait dans quelles conditions s'effectua le débarquement sous le feu de l'ennemi. Aussi dès le premier jour peut-on enregistrer des pertes.

Le premier blessé fut un matelot du *Breslau* atteint au mollet par un boulet.

Les suivants, une trentaine, furent transportés à bord. « C'est dans la batterie de 36 des vaisseaux, dans celle de 24 ou de 18 des frégates ou des corvettes de charge que tous les blessés furent placés. Les premiers militaires que nous eûmes à soigner avaient été blessés par le boulet; ceux que nous reçûmes ensuite le furent par des balles, la plupart forcées; ce qui fit dire aux soldats qu'elles étaient mâchées. Examinées avec soin, elles nous parurent plus pesantes et plus volumineuses que celles du calibre ordinaire, aplaties et comme taraudées dans leur circonférence; elles présentaient, en outre, une petite queue, indice certain qu'en sortant du moule elles n'avaient point été polies. Tous ces blessés avaient été en partie amputés et pansés sur le champ de bataille. » (Extrait du *Rapport médical* de l'armée royale

d'Afrique, *Annales maritimes*, 1830, 2e partie, t. II, p. 337; cité par Esquer.)

Le soir du débarquement le total des pertes se montait à 50 ou 60 hommes.

Le lendemain le débarquement continue; le 16 il est troublé par une tempête qui compromet la sécurité de la flotte. On est obligé de jeter à la mer le matériel au lieu de le débarquer méthodiquement.

Le camp de Sidi Ferruch. — Cependant le camp s'installe. L'intendance fait élever des hangars pour les hôpitaux. En même temps on se préoccupe de chercher de l'eau. Le puits existant est utilisé, on en creuse d'autres et on trouve la nappe à 4 mètres. L'analyse de l'eau, faite par M. Cavalié, pharmacien de la *Provence*, la montre pure et sans substance vénéneuse. On la fait cependant essayer à diverses reprises par des gallinacées.

Le commandant en chef avait installé son poste de commandement dans la petite mosquée de Torre Chica. L'intendant général, rapporte M. Esquer, avait planté sa tente auprès de l'unique palmier de Sidi Ferruch. « C'est au pied de cet arbre, que chaque matin, en écoutant les employés des différents services de l'administration, il se laissait dépouiller, par son valet, de la belle robe de chambre d'étoffe blanche à ramages éclatants qui le faisait reconnaître de loin, permettait qu'on lui passât son habit brodé, qu'on lui ceignît son épée, qu'on échangeât sa toque de velours contre un chapeau militaire et montait ensuite sur son admirable cheval noir, souvenir de Paris et du Bois de Boulogne, où il avait souvent emporté d'un pas rapide Mme Malibran » (1).

Au camp se trouvait une sorte de restaurant installé par un nommé Hennequin (de Nantes) qui avait frêté un brick pour transporter ses marchandises.

Nous ne citerions pas ce cantinier s'il n'avait fait une redoutable concurrence au Service de santé en mettant à la mode les *pansements des blessures au moyen de compresses imbibées de rhum*. Il fit aussi par ses pâtés de Chartres et ses vins généreux une concurrence plus sérieuse encore aux Menus de l'intendance dont l'ordonnance comprenait invariablement du bœuf trop salé, du biscuit trop dur, de l'eau saumâtre et du vin mélangé d'eau de mer lors du débarquement.

Les premiers combats. — Les premiers jours du débarquement mettent à l'épreuve les troupes habituées à combattre en rang serré. Les hommes offrent une cible trop facile aux fusils des Arabes. Parmi les premiers qui se distinguent par leur bravoure et sont l'objet d'une proposition au Roi, on remarque le nom du docteur Augis, chirurgien-major du 37e de ligne.

Les inconvénients de l'uniforme ne tardent pas à se faire sentir pendant les combats qui accompagnent la marche sur Alger. Les hommes déjà lourdement chargés ajoutent encore au barda de l'équipement les objets les plus hétéroclites, des animaux, perroquets, singes. Ils ne résistent pas à la soif, et malgré les recommandations boivent n'importe quelle eau.

Aussi l'état sanitaire, excellent jusque-là, devient moins bon; en juillet la dysenterie fait son apparition.

Il semble, d'autre part, que l'hygiène la plus élémentaire ne soit pas observée. On remarque que les morts mal enterrés « répandaient une odeur infecte; plusieurs, déterrés par les chacals, étaient à moitié découverts; on aurait dit que personne n'était chargé de la police de l'armée ». (Rozey, t. I, p. 194, in Esquer.)

Une naissance. — A côté de ce tableau funèbre comment ne pas signaler l'arrivée du premier Français né en Algérie : une jeune cantinière, femme d'un caporal du 9e léger, donna le jour à un fils; le baptême se fit sur une caisse de tambour en guise de fonts baptismaux. (Dopignez, p. 139, in Esquer.)

(1) Jal. p. 210. Cité par Esquer.

***

LA PRISE D'ALGER ET L'INSTALLATION

De la base de Sidi Ferruch à Alger, en contournant le massif de la Bouzarea, l'armée tout en combattant, à Staouéli notamment, établit une route et crée des points de soutien, consistant en redoutes.

Le 3 juillet, enfin, après l'explosion du Fort de l'Empereur, c'est la prise d'Alger. Au lieu de suivre la longue ligne de communication de Sidi Ferruch à Alger, le ravitaillement et les évacuations vont pouvoir se faire par mer.

L'entrée à Alger eut lieu par la porte Neuve. Là, le 5 juillet, on trouva entassés les cadavres mutilés de prisonniers français. Les troupes rendirent les honneurs à ces morts. L'occupation, elle-même, ne se fit pas avec tout l'ordre désirable, écrit le général Paul Azan (1). C'est dire que le service de santé subit un nouveau flottement au moment de son installation.

La ville arabe, si blanche et séduisante vue du dehors, montrait ses rues étroites dans lesquelles un mulet chargé avait de la peine à circuler, elle étalait ses immondices couvertes de mouches qui pullulaient.

Les Français occupent tout d'abord la Kasbah. Là ils font connaissance avec de nouveaux insectes, avec les punaises et les puces. De plus, ils ont à lutter contre une invasion de rats et de souris.

Ils trouvent en arrivant un bagne plein de prisonniers, parmi lesquels 122 Français dont 80 marins du *Sylène* et de l'*Aventure*, dans un état de misère effroyable et réduits à l'état de spectres.

Les Français trouvent encore des blessés arabes et parmi eux un Allemand, ancien étudiant en médecine, Simon Pfeiffer (2) : Il y avait « plus de 800 blessés entassés dans une caserne attendant les soins qu'un captif, l'Allemand Pfeiffer était seul à leur donner. Il dut fabriquer des pansements avec de vieilles toiles de tente et faire ranimer à grands coups de bâton le zèle des barbiers juifs et musulmans improvisés infirmiers. » (Esquer. Loc. cit.)

Du côté français, on apprend le 6 juillet la mort à Sidi Ferruch du lieutenant de Bourmont, fils du général en chef. Ce jeune officier avait été blessé quelques jours auparavant. C'est à son sujet que Bourmont écrivait cette belle lettre, le soir du combat, au Président du Conseil : « Un seul officier a été dangereusement blessé, c'est le second des quatre fils qui m'ont suivi en Afrique. J'ai l'espoir qu'il vivra pour continuer de servir avec dévouement le Roi et la Patrie. »

L'état sanitaire devient moins bon, la dysenterie, déjà signalée à Sidi Ferruch, prend un développement inquiétant. On est obligé de faire cesser les bivouacs et on installe les troupes dans des maisons entre la Kasbah et Bab el Oued. « Certaines infirmeries régimentaires, écrit M. Esquer, étaient encombrées de 2 ou 300 malades, les hommes mouraient sous les yeux de leurs camarades; le 3e de ligne vit ses compagnies réduites à 8 ou 10 hommes... »

On aménage des hôpitaux dans les maisons et dans les villas pour 1.500 lits environ, mais « par une singulière contradiction, l'administration renvoyait en France, sans avis, ni factures, quantités d'effets d'hôpitaux, des lits de fer et beaucoup d'effets de campements... » (Esquer. Loc. cit.).

Les 1.500 places ainsi obtenues deviennent vite insuffisantes. Du 25 juin au 10 août il y a 9.000 entrées à l'hôpital et cela dans le plus grand désordre. Les infirmeries

(1) Général Paul Azan. *L'Expédition d'Alger*, 1830; Paris 1930, Plon, édit.

(2) Prince Sixte de Bourbon. *L'Expédition d'Alger*, *L'Illustration*, 4 et 11 janv. 1930.



RAFFET del. In L. GALIBERT. Furne, 1844, Paris.

BOURMONT RECEVANT DES PARLEMENTAIRES

régimentaires envoient chaque nuit sans billets d'hôpital, sans feuilles d'évacuation 4 à 500 malades dans les hôpitaux.

« On dut dégager ceux-ci par des évacuations sur Mahon, Toulon et Marseille, mais la traversée, salutaire pour les



RAFFET del. In L. GALIBERT. Furne, 1844, Paris.

L'ARMÉE FRANÇAISE ENTRE DANS ALGER

malades légèrement atteints, hâtait la fin de ceux chez qui la dysenterie avait pris une forme aiguë... » (1).

Le scandale des inhumations. — « A terre, les inhumations des simples soldats se faisaient de la manière la plus indigne. Mal enveloppé dans un morceau de toile d'emballage, le corps était placé sur un brancard et confié à quatre Juifs qui traversaient les rues en criant : *Balek !* (prends garde), comme ceux qui portent des fardeaux; quelquefois les porteurs se disputaient entre eux et criaient comme des sourds. Personne n'accompagnait le corps. Arrivés au cimetière où une grande fosse était ouverte, après avoir enlevé la toile, les Juifs jetaient le mort dedans, le recouvraient d'un peu de terre e couraient vite en charger un autre. » (DE QUATREBARBES, p. 68t DESPREZ, p. 211, 218, in ESQUER).

L'hygiène publique. — Dès le début de l'occupation, les vainqueurs s'efforcent d'assurer l'ordre, la sécurité et l'hygiène : un conseil municipal comprenant des représentants des différentes corporations est créé par les Français, on élargit les rues, on organise un bureau de santé. C'était une précaution indispensable au moment où la peste d'Egypte menaçait tous les ports méditerraneens.

On était donc installé, mais qu'allait-on faire? Bourmont ne reçoit aucune instruction. Deux dépêches cependant lui parviennent : l'une lui prescrit d'envoyer d'urgence 60 chameaux en France pour essayer de les acclimater dans les Landes; l'autre demande l'envoi d'une collection de plantes et d'insectes pour le muséum...

Bientôt le découragement envahit les troupes. Les soldats considèrent la campagne comme terminée. Beaucoup cherchent à se faire évacuer. Les médecins des hôpitaux sont obligés de faire un vrai filtrage pour conserver les effectifs. Il y a cependant de nombreux malades, et parmi eux le baron Denniée, qui est évacué au mois d'août avec plusieurs officiers généraux.

Il faut rendre une justice au baron Denniée et à ses collaborateurs. Les dispositions prises pour l'approvisionnement de l'expédition, l'organisation du ravitaillement, des évacuations, en particulier l'hôpital d'évacuation de Minorque, les installations d'hôpitaux de campagne à Sidi Ferruch dénotent des vues précises.

Il y eut certes des erreurs et des flottements, ils étaient inévitables si l'on tient compte surtout des circonstances difficiles où se trouva le corps expéditionnaire après la chute de Charles X ; mais on doit constater que l'exécution du service fut très satisfaisante malgré l'éloignement des bases de France. Après la prise d'Alger l'organisation du service hospitalier, la création d'un bureau de santé sur le modèle du bureau de Marseille marquent un heureux effort, et laissent prévoir ce que sera bientôt l'œuvre laborieuse et bienfaisante du médecin français.

Les premières relations médicales sur l'expédition. — En dehors des rapports officiels dont nous avons donné quelques extraits, nous avons recherché le premier travail médical publié sur l'expédition d'Alger.

C'est en 1832 que nous l'avons retrouvé dans la *Gazette des hôpitaux.* A ce moment, Baudens réunit en plusieurs articles ses observations à l'*hôpital d'instruction du Dey* qui venait d'être fonde et qui porte aujourd'hui le nom de Maillot.

De ces articles de chirurgie de guerre, retenons un seul détail (1) : Pour les plaies de la face, Baudens recommande, comme l'avait fait Desault en 1789 pour les blessés de la Bastille, comme l'avait fait en Egypte et pendant les guerres de l'Empire le grand Larrey (2) : *la régularisation des plaies* (on dirait aujourd'hui épluchage) *et la réunion par première intention.*

Il n'y a rien de nouveau sous le soleil...

F. LE SOURD.

(1) Pendant le mois de juillet, 71 officiers et 3 500 soldats furent évacués sur les hôpitaux de France et de Mahon : 12 officiers et 264 soldats étaient morts dans ceux d'Alger. Pendant le mois d'août, 139 officiers et 3 015 soldats entrèrent dans les hôpitaux, 22 officiers et 335 soldats y moururent. Après le retour des corps expéditionnaires de Bône et d'Alger, on fit la récapitulation des pertes éprouvées sur le champ de bataille : 415 tués ou morts de leurs blessures et 2 1[illegible]0 blessés.

— Les évacuations par mer n'allèrent pas sans soulever des critiques justifiées : « On a vu des blessés rester dans un chaland en attendant que M. le sous-intendant eût déjeuné pour signer la feuille d'évacuation. » (ESQUER. Loc. cit.)

(1) BAUDENS. *Gaz des hô it.* 1832, n° 105, p. 428.

(2) D J. LARREY *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*, 181[illegible], t. I, p. 50, Smith, édit , Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SÉDORMID DANS LA THÉRAPEUTIQUE MEDICALE COURANTE

Par le docteur R. DARRÉ.

Le sédormid ou allylisopropylacétylcarbamide est entré dans la thérapeutique médicale depuis un temps relativement court. Cependant, les résultats obtenus par divers auteurs et par nous-même le classent parmi les médicaments d'usage courant sur l'action desquels on peut toujours compter (Perget. Th. de Paris, 19 8).

Ce nouveau composé n'est ni un uréthane (éther-sel de l'acide barbiturique), ni une malonylurée (acide barbiturique). C'est un uréide, dérivé de l'urée, dans laquelle un des hydrogènes du groupe aminé est remplacé par le radical allylisopropylacétique.

La toxicite de ce produit a tout naturellement été étudiée en premier lieu, avant que les premiers essais thérapeutiques fussent tentés. Elle est très faible, et la marge qui sépare la dose hypnotique de la dose toxique est grande. Par exemple, chez le chien, la dose toxique est huit fois plus grande que la dose hypnotique.

Une autre question importante est celle de l'accumulation de ce produit, car chez la plupart des malades il faudra l'utiliser d'une façon suivie et journalière. MM. J. Demole et J. Peter ont fait une étude complète de l'action pharmacodynamique exercée par l'allylisopropylacétylcarbamide. Ils ont obtenu régulièrement un sommeil tranquille chez le chien, assez rapide, et les expérimentateurs n'ont jamais observé ni vomissements, ni diarrhée, ni agitation. Le réveil ne présente pas d'excitation comme lors d'un sommeil obtenu dans des conditions identiques par le véronal. Les doses insuffisantes pour provoquer l'hypnose se sont montrées très sédatives. Il n'y a pas d'effet hématolytique. L'action rénale paraît à peu près nulle et l'administration journalière prolongée à de jeunes chiens d'une dose de 25 milligrammes par kilogramme d'animal n'a pas provoqué le moindre incident. Enfin, l'allylisopropylacétylcarbamide paraît se détruire presque entièrement dans l'organisme des mammifères.

De ces expériences, o peut tirer la conclusion que l'allylisopropylacétylcarbamide constitue un sédatif et un hypnotique selon la dose utilisée. Il est doux, inoffensif, n'exerce aucune action nocive sur le cœur et sur les reins. La destruction presque complète dans l'organisme est une garantie de l'absence de tout effet cumulatif.

L'étude de l'action thérapeutique comparée aux sédatifs types comme le bromure (sédobrol) et la valériane, et aux hypnotiques comme le somnifène a donné des résultats très intéressants. L'influence hypnotique se montre moins éner-

gique que celle des dérivés barbituriques, mais on obtient une sédation parfaite, très accentuée chez les sujets nerveux, les petits agités, les agrypniques. En particulier, chez les anxieux, il semble le médicament de choix. Ceci provient de ce qu'il agit mieux que les sédatifs proprement dits, la sédation est plus marquée.

Dans les asiles, en particulier, le sédormid fut utilisé par MM. Perget et Tibi pour combattre l'insomnie des psychoses. Ces essais furent tentés prudemment. Ils montrèrent que l'allylisopropylacétylcarbamide procure, sans accident, à doses suffisantes, le sommeil, même aux grands agités, aux maniaques pour lesquels on doit utiliser le plus souvent les hypnotiques et en particulier le somnifène.

Ces essais et études ont bien confirmé l'opinion que le sédormid est un hypnotique léger et un sédatif, et par suite le médicament des insomnies nerveuses et de l'anxiété. Nous l'avons utilisé dans ces divers cas et avons toujours été satisfait des résultats obtenus.

Dans l'anxiété, en effet, le sédormid agit surtout comme sédatif. Il permet de prévenir la crise d'angoisse et le raptus anxieux qui peuvent amener le malade au suicide. Comme hypnotique léger, il procure un sommeil calme et évite les réveils brusques, les insomnies tenaces particulièrement pénibles chez ces malades.

Au cours des insomnies des enfants, pour la plupart des surmenés scolaires, M. Bénech a utilisé avec succès et sans accident cet agent thérapeutique.

Employé pendant l'évolution des syndromes dépressifs, le sédormid ajoute à la médication reconstituante et légèrement stimulante, au régime spécial, à l'hygiène habituelle, le gros appoint de forces qu'apporte le sommeil retrouvé. Ce dernier redonne du courage au malade et calme l'hyperexcitabilité nerveuse.

Comme sédatif, l'allylisopropylacétylcarbamide est à prescrire à petite dose au cours de la journée et on réservera si c'est nécessaire une dose plus forte pour le soir au coucher. Il agira ainsi dans tous les troubles nerveux et en particulier au cours de ceux de la menstruation et de la ménopause.

L'allylisopropylacétylcarbamide existe, comme on le sait, sous le nom spécialisé de sédormid. Il se présente sous la forme de comprimés de 0gr25 qui peuvent, grâce à une rainure médiane, être divisés en deux. On le prescrit à la dose d'un à trois comprimés le soir au coucher comme hypnotique, et d'un ou deux comprimés dans la journée comme sédatif.

Tel qu'il se présente le sédormid est un médicament qui a déjà fait ses preuves. La prescription en sera utile lorsque le choix du praticien se portera vers la gamme des hypnotiques et des sédatifs, et trouvera sa place entre les bromures insuffisants et les narcotiques trop puissants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MARS 1930)

Dosage de l'acide urique basé sur l'urée produite par fermentation et hydrolyse. — MM. R. Fosse, A. Brunel et P. de Graeve.

Influence des amines grasses et de leurs chlorhydrates

sur l'activité amylolytique de la salive et de la pancréatine. — MM. Fernand CAUJOLLE et Jean MOLINIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MARS 1930)

A propos du procès verbal. — M. Pierre DELBET apporte des observations de M. Maurice Chevassu qui a essayé le traitement magnésien dans l'hypertrophie prostatique et a constaté des résultats favorables.

Passage transplacentaire du virus tuberculeux dans la tuberculose rénale. — MM. BRINDEAU, Pierre CARTIER, DE BEAUFOND et POUGIN apportent l'observation d'une femme enceinte, atteinte de tuberculose rénale droite.

Par suite de l'état grave de la malade enceinte de quatre mois et demi, l'opération s'imposait. On enlève le rein, qui contenait des bacilles de Koch. Cette femme meurt de shock quarante huit heures après l'opération. A l'autopsie, aucune lésion tuberculeuse macroscopique des organes thoraciques ou abdominaux. On prelève du liquide amniotique qui tuberculise le cobaye. De même, le placenta et les organes du fœtus se sont montrés tuberculigènes pour les animaux.

Cette observation est intéressante, car elle montre que, quelque diverse que soit la lésion tuberculeuse causale chez la femme enceinte, le sang maternel peut véhiculer le virus tuberculeux, et en traversant le placenta envahir le fœtus.

Trente-six essais de radonthérapie. — M. Robert CASTAGNÉ (de Montpellier) décrit les techniques et les résultats de six traitements *radonthérapiques*. Il introduit le radon (émanation du radium) dans l'organisme soit par inhalation individuelle d'air chargé de radon, soit par ingestion d'une solution de radon dans l'eau. Les affections traitées sont surtout des états rhumatismaux très divers : vertébraux, chroniques déformants, hyperuricémiques, dyscriniques. Dans 90 p. 100 des cas l'amélioration locale et générale a été constatée, pouvant aller jusqu'à la guérison complète lorsque l'affection n'est pas très ancienne et que les lésions anatomiques ne sont pas définitives. Le mode d'action est peut-être une modification de la nutrition générale par irradiation cellulaire fine et légère, modification qui se manifeste en particulier dans le métabolisme des nucléoprotéides.

L'action hémostatique de la pectine. — M. H. MARÉCHAL a expérimenté un corps, la pectine, préparé en partant de pétales de roses rouges, de racine de gentiane, d'écorces d'oranges amères, et de marrons d'Inde, dont les effets ont déjà été précisés par Violle et de Saint-Rat, en 1924 et par Feissly, en 1925. Les essais ont consisté en l'administration « per os » d'une à quatre ampoules de 20 centimètres cubes d'une solution de pectine pure activée par l'addition d'une faible dose de sels de calcium rendue isotonique et stérilisée en ampoules scellées de 20 centimètres cubes.

Ces essais ont porté sur des hépatiques sujets aux hémorragies, sur des femmes ayant des hémorragies utérines, sur des tuberculeux à hémoptysies, etc...

L'ingestion était accompagnée d'injections sous-cutanées de 10 centimètres cubes.

Cette thérapeutique, dit l'auteur, est très efficace, ne comporte pas de contre-indication et ne provoque aucun phénomène antiphylactique.

Le lever précoce chez les opérés de l'abdomen. — M. André CHALIER (de Lyon) considère que le lever précoce, après

les laparotomies constitue non pas le seul moyen, mais le plus efficace, pour prévenir les complications post-opératoires, notamment les phlébites et embolies, et les pneumonies ou broncho-pneumonies.

Il fait donc lever ses opérés entre le troisième et le cinquième jour et la plupart sont en mesure de quitter la clinique ou l'hôpital entre le huitième et le douzième jour, à un moment où, selon les habitudes classiques, ils commenceraient à peine à sortir de leur lit.

Les avantages ne consistent pas seulement dans un gain de temps, pourtant fort appréciable à notre époque de vie rapide, mais surtout dans l'amélioration et la simplification des suites opératoires : par le lever précoce, qui constitue la plus haute expression de la mobilisation post-opératoire, on lutte efficacement contre la rétention d'urine, l'obstruction intestinale ou plus simplement la constipation, on supprime la stase veineuse qui est à l'origine de la plupart des complications pulmonaires et phlébitiques.

Mais il va de soi que, pour réaliser le lever précoce, il faut une technique impeccable qui assure des suites aseptiques et une réfection de la paroi qui mette à l'abri des hématomes, des suppurations, des éventrations. Pour cela Chalier recommande non seulement une asepsie et une hémostase parfaites, mais une suture aponévrotique d'un type spécial, aux crins de Florence, à nœuds profonds, et, par dessus la suture pariétale, un pansement contentif, d'un soutien très efficace, fait à l'aide de larges bandes de sparadrap perforé, qui adhèrent à la peau s'imbriquent les unes au-dessus des autres, et encerclent, sur toute la hauteur de la suture, toute la largeur de l'abdomen.

Autres communications :

Contribution à la méthode d'étude objective de l'activité neuro-psychique. Une nouvelle réaction pour l'investigation de l'activité réflexe conditionnelle. — M. Ischlondsky.

A propos d'un cas de splénomégalie myéloïde aleucémique. — MM. Gaudier et Houcke.

Comité secret. — L'Académie entend un rapport de M. Jean Charcot, sur les candidatures à la place vacante dans la section des membres libres.

La liste de présentation comprend : en première ligne, M. Henri de Rothschild; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Blondel, Bouquet, Kling, Louis Mourier et Trillat.

L'élection aura lieu mardi prochain 1er avril.

LIVRES NOUVEAUX

Essai sur la pathogénie du cancer (1), par le docteur L. Bouveret.

C'est une interprétation pathogénique nouvelle de faits déjà connus que nous présente ici l'éminent médecin lyonnais.

Localisation primitive du cancer, influence de l'érisypèle, antécédents pathologiques du malade, connaissances récentes sur les symbioses et sur les virus filtrants, travaux expérimentaux de ces dernières années sur le sarcome des poules, constatations cytologiques diverses sont les éléments principaux de cette synthèse pathogénique nouvelle.

Les infections anciennes, plus ou moins nettement reconnues cliniquement prépareraient le terrain en modifiant les réactions cellulaires mais n'entreraient pas en ligne de façon directe. Le noyau cellulaire cependant, subissant leur atteinte, serait la victime principale de ce prologue et acquerrait la fragilité que lui reconnaissent les examens histologiques. Se fragmentant en débris d'une ténuité croissante, il donnerait naissance à des particules ultramicroscopiques et filtrantes susceptibles en conservant un temps suffisant leur vitalité de migrer dans les cellules voisines, ensuite dans d'autres tissus ou organes. Ces particules y provoquent les mêmes déviations morphologiques et physiologiques que dans les cellules malades d'où elles sont issues. La transformation cancéreuse ainsi provoquée devient une véritable mutation et crée une espèce fixe nouvelle à caractères héréditaires.

(1) Paris, Baillière, 1930.

Cette théorie nouvelle dont nous ne retraçons que les grandes lignes s'appuie sur une interprétation ingénieuse, conjecturale encore, l'auteur ne le dissimule pas, mais a le mérite de résoudre de façon assez satisfaisante des contradictions apparentes entre les faits observés et de fournir une explication nouvelle de faits troublants sur l'hérédité, la contagiosité des cancers.

Quelle qu'en doive être la destinée c'est tout au moins une nouvelle hypothèse de travail dont les recherches à venir ne manqueront pas de montrer toute la valeur.

L. Babonneix.

La micrographie en lumière infrarouge. Application à la cytologie rénale (1), par I. Bertrand et L. Justin-Besançon.

Les rayons infrarouges ont, entre autres caractères, une réfrangibilité très faible — d'où un pouvoir pénétrant considérable — lorsqu'ils rencontrent certains obstacles. Les astronomes ont tiré parti de cette propriété vis-à-vis de la vapeur d'eau atmosphérique pour établir leurs cartes photographiques; les auteurs du présent volume ont continué dans le même esprit des travaux déjà commencés et ont tenté, au moyen de photographies prises en lumière infrarouge, de résoudre l'obstacle que les nuages colloïdaux du protoplasme constituent pour le pouvoir de résolution du microscope.

Une première partie purement technique expose la technique photographique (sensibilisation des plaques par des corps du groupe des cyanines, emploi d'écrans spéciaux destinés à supprimer toutes les radiations nuisibles, technique du développement). La technique histologique est hérissée de moins de difficultés; son principe est la coloration de la préparation au moyen des mêmes produits qui ont permis de sensibiliser la plaque afin de porter à leur maximum les contrastes du cliché.

Préparés par leurs autres travaux, c'est à la cytologie rénale que les auteurs ont appliqué ces délicates techniques, désireux de mettre, si possible, en évidence les modifications morphologiques correspondant aux divers états fonctionnels normaux ou anormaux des cellules des tubes contournés; les auteurs ont examiné des reins cadavériques, en diurèse provoquée, au cours des intoxications, à la suite d'administration de solutions hypertoniques, des modifications du pH, ou après des opérations de chirurgie expérimentale.

Si, à ce point de vue, les auteurs n'ont pas été récompensés par des découvertes notables, ils n'en ont pas moins enrichi la technique micrographique d'une méthode nouvelle. Même pour des non-spécialistes, la lecture d'un tel ouvrage présente bien des côtés attachants; méthode dans la recherche, ingéniosité expérimentale. Si l'ouvrage ne mentionne que des indications bibliographiques en nombre restreint, il présente document d'un bien autre prix — une collection de splendides microphotographies qui prouvent l'interêt de cette méthode délicate et plus encore la valeur de ceux qui la présentent.

L. Babonneix.

(1) Paris, Masson et Cie 1929.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 mars. — MM. Ameline et Bloch, 20; Thalheimer, 18; Bernard, 15.

Séance du 28 mars. — MM. Reinhold, 12; Fèvre, 15; Gueulette, 18; Leibovici, 20.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — A la suite des concours ouverts à l'Hôtel-Dieu ont été nommés :

Médecin adjoint des hôpitaux : M. le docteur André Still-munkes; chirurgien adjoint des hôpitaux : M. le docteur Jean Boularan.

FACULTÉS DE MÉDECINE.. — Montpellier. — M. le docteur Pierre Rimbaud, fils de M. le professeur Rimbaud, a reçu le prix de la ville de Montpellier donné chaque année à l'élève ayant eu la meilleure scolarité pendant ses études médicales.

— Toulouse. — Le doyen a cité à l'ordre de la Faculté MM. Franque et Peyronnel, étudiants à la Faculté, élèves de l'Ecole du Service de santé militaire, pour leur attitude à Montauban au cours des récentes inondations.

M. Viguerie, médecin lieutenant au 10e dragons, s'est également signalé par de nombreux sauvetages accomplis dans des conditions périlleuses.

— Le Conseil de la Faculté, dans sa dernière séance, a accepté à l'unanimité la demande de mutation de chaire de M. le professeur Cestan.

Le maintien de la chaire d'anatomie pathologique et de la chaire de neuro-psychiatrie a été également voté.

La déclaration de vacance de ces chaires doit être faite à bref délai au moment de la mise à la retraite des professeurs Morel et Tapie, atteints par la limite d'âge.

— Après concours, M. le docteur Lapasset a été nommé chef de clinique de chirurgie infantile.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Les étudiants de Marseille qui avaient décidé une grève pour protester contre les lenteurs apportées à la transformation en faculté de l'Ecole de médecine de Marseille ont décidé d'assister de nouveau aux cours et aux travaux pratiques. Ils ont voté un ordre du jour faisant confiance au gouvernement pour la création effective de la Faculté de médecine de Marseille.

— Poitiers. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de physique et de chimie de l'Ecole de médecine de Poitiers s'ouvrira le lundi 30 juin 1930 devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicale de l'Ecole de médecine de Poitiers s'ouvrira le jeudi 26 juin 1930 devant la même Faculté.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. le docteur Cruveilhier, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre dudit Conseil, en remplacement de M. Bonjean, démissionnaire.

Le titre de membre honoraire a été conféré à M. le docteur Henry Thierry, inspecteur général en retraite des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris.

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME — Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Gérard Becuwe, interne à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, décédé à vingt et un ans, victime de son dévouement, des suites d'une diphtérie contractée en soignant un enfant atteint de cette maladie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Robillard et Pierrat.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — (Au titre étranger.) *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Barbatis (Hellène), Gesua (Italien), Walker (Canadien).

CITÉ UNIVERSITAIRE. — M. Robert Letulle, notaire à Paris, vient de fonder une chambre à la Cité universitaire, en mémoire de son père notre très regretté maître le professeur Letulle.

Cette Chambre portera le nom de Chambre Maurice Letulle et sera occupée par un étudiant en médecine.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 25 mars publie un décret modifiant le classement des substances classées dans le tableau B annexé au décret du 14 septembre 1916.

Le tableau B est remplacé par le tableau suivant :

Tableau B. — 1° Opium brut. Poudre d'opium. Extrait d'opium. Morphine et ses sels. Diacétylmorphine et ses sels. Benzoylmorphines et leurs sels. Hydrocodéinone et ses sels. Dihydroxycodéinone et ses sels. Feuilles de coca. Cocaïne brute. Ecgonine. Cocaïne et ses sels. Chanvre indien. Résine de chanvre indien. Préparations à base de résine de chanvre indien. Extrait et teinture de chanvre indien.

2° Toutes préparations figurant ou non dans une pharmacopée et contenant : de la diacétylmorphine quelle que soit sa proportion, de la cocaïne en proportion dépassant un millième, de la morphine ou une benzylmorphine ou de la hydrocodéinone ou de la dihydro-oxycodéinone en proportion dépassant deux millièmes.

Sont rayées du tableau A comme rentrant dans la catégorie des préparations visées au 2° du tableau B ci-dessus les préparations suivantes :

Gouttes noires anglaises. Laudanum de Rousseau. Laudanum de Sydenham. Teinture d'opium.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'Assemblée générale, suivie du dîner de printemps, aura lieu le samedi 5 avril 1930, à 18 h. 30, au Foyer médical (Grand Cercle d'Iéna), 10, avenue d'Iéna (métro : Iéna).

Dîner de printemps. — Celui-ci aura lieu à 20 h., dans les salons du Foyer médical, sous la présidence de M. Jean Martet, ancien secrétaire de Georges Clemenceau.

Il sera suivi d'une causerie de M. J. Martet sur la vie intime de Georges Clemenceau.

Prière d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, au docteur Rémy-Néris, secrétaire, 74, rue du Rocher, Paris (VIIIe).

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — Nous rappelons que le Conseil d'administration de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest a fixé la session-Congrès de 1930 aux 25, 26 et 27 avril.

Les séances seront tenues à la Faculté de médecine.

Plusieurs rapports seront soumis à la discussion des membres participants.

Les auteurs de communications sont priés d'en envoyer le titre au secrétaire général, le docteur J. Vergely, 4, rue d'Enghien, Bordeaux.

Le programme comportera notamment une soirée au Grand-Théâtre offerte gracieusement aux congressistes, un banquet dans les salons de l'Hôtel de Bordeaux et une excursion dans les vignobles blancs de l'Entre-Deux-Mers, avec déjeuner gracieusement offert aux participants.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PATHOLOGIE MÉDICALE. — *Cours complémentaire.* — M. Clerc et M. Gautrelet agrégé, feront du 7 au 11 avril, une série de cinq démonstrations de technique appliquée à la cardiologie expérimentale et clinique (Laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole des hautes études), 21, rue de l'Ecole-de-Médecine (Faculté de médecine).

Droit au laboratoire 80 fr. — Nombre de places limité.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le Professeur VIALLETON

Le professeur Vialleton, qui fonda en 1895, puis illustra pendant trente-cinq ans la Chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Montpellier, s'est éteint à la suite d'une courte maladie.

Il était né le 22 décembre 1859, à Vienne (Isère). Après de brillantes études au Collège de sa ville natale, il fit sa médecine et sa licence ès sciences naturelles à l'Université de Lyon où il fut l'élève de J. Renaut. Il travailla également au Muséum chez A. Milne Edwards et au laboratoire de biologie marine de Messine chez Kleinenberg. Docteur en médecine en 1885, docteur ès sciences en 1888, agrégé des Facultés en 1889, il prit possession, six ans plus tard, de la Chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Montpellier dont il ne tardait pas, par ailleurs, à devenir doyen.

Le professeur Vialleton laisse une œuvre considérable. Il s'était fait surtout connaître par ses travaux sur *la structure des vaisseaux, le développement de la Seiche, les arcs viscéraux, les ganglions lympatiques des Oiseaux, les lymphhatiques des Sélaciens, le phylum des Vertébrés*, par un très beau traité classique publié en 1911 sous le titre de *Morphologie des Vertébrés* suivi par un important volume sur les *Membres et ceintures des Vertébrés tétrapodes* et par un ouvrage tout récent, plus particulièrement philosophique, « *L'origine des êtres vivants* » où il s'est attaché à montrer les difficultés que soulève la théorie transformiste et à résumer les objections qu'il a faites à la doctrine de l'évolution.

Véritable chef d'école, il a formé une pléiade de chercheurs dont plusieurs sont à l'heure actuelle devenus des maîtres éminents, et il se plaisait lui-même à rappeler que cinq thèses de doctorat ès sciences étaient sorties de son Laboratoire.

Enseigneur remarquable, dessinateur habile, sachant faire naître sous les yeux de ses auditeurs les structures histologiques les plus compliquées et comprendre les développements embryonnaires les plus complexes, ses leçons laissaient à tous ceux qui eurent le bonheur de les suivre un souvenir inoubliable. La valeur de son enseignement écrit ne le cédait en rien à celle de son enseignement oral et son *Précis de technique histologique*, son *Embryologie*, parue dans l'Anatomie de Testut, comme sa *Morphologie* connurent le plus grand succès.

Le professeur Vialleton était membre correspondant de l'Académie de médecine, membre associé de la Société de biologie de Paris, membre correspondant de l'Académie des sciences de Turin et avait obtenu de l'Institut, en 1911, le grand prix Serres d'embryologie.

La vie du professeur Vialleton, tout entière consacrée à la recherche désintéressée, mérite d'être donnée en exemple et son œuvre morphologique le classe parmi les grands naturalistes du siècle dernier.

J. TURCHINI.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl sirop
ÉCHANTILLONS: J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c: 18.000
Roger Dacosta - Edit.


ERGORONE
SOLUTION HUILEUSE D'ERGOSTÉROL PUR IRRADIÉ
Vitamine D
RACHITISME
Décalcification
Caries
etc...
Ostéomalacie
Fractures
etc...
TITRAGE
en unités physiologiques: 3.000 au cc pratiquement stable
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Par le docteur J. LHERMITTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOSPICE PAUL BROUSSE

ANATOMIE NORMALE ET PATAOLOGIQUE

La structure microscopique et la fonction des neurones dans le système nerveux central. (TIEGS. *Proc. of Roy. Acad.*, Amsterdam, 1929, 32, 129.) — Le problème de la continuité ou de la discontinuité des neurones dans l'axe cérébro-spinal a été longtemps fort discuté. Après les recherches de Golgi, de Ramon y Cajal, la plupart des physiologistes semblaient s'être accordés pour reconnaître que les fibrilles terminales ne se continuaient pas directement avec les fibrilles intra-cellulaires des neurones avec lesquelles elles entraient en connexion. Toutefois certains histologistes et physiologistes restaient fidèles à la doctrine soutenue par Bethe et Apathy. L'auteur reprend la question de la jonction neuronique chez le poisson; et il conclut que les fibrilles communiquent directement avec le réseau neuro-fibrillaire du neurone. Une telle communication est apparente lorsqu'on se sert d'une façon correcte de la méthode de Bielschowsky. Quand l'imprégnation argentique est insuffisante, les liens d'union entre les fibrilles terminales et le réseau intracellulaire ne sont plus appréciables.

Si cette conception est vérifiée par d'autres observateurs, il faudra modifier notre conception du synapse, c'est-à-dire de la membrane que l'on admet à la surface des neurones par l'intermédiaire de laquelle s'effectue le passage de l'influx nerveux de neurone à neurone.

Sur l'existence des fibres parasympathiques des racines postérieures de la moelle et sur leurs noyaux originels dans l'axe spinal. Le système parasympathique. (KURE, KEN, GEN-IZI SAEGGUSA, KEN KAWAGUZI und KENSAKU SHIRAISHI. *Zeits. f. Zellforsch.*, 1929, n° 9, p. 229.) — Depuis longtemps l'analyse des racines postérieure a montré qu'à côté des grosses fibres destinées à l'écoulement de la sensibilité, existaient des fibres fines que certains auteurs, tel que Lehmann, ont attribuées au sympathique, tandis que d'autres les voulaient insérer dans le système parasympathique.

D'après les auteurs japonais, lorsqu'on étudie chez le chien le processus de dégénération, on constate l'existence indiscutable de très fines fibres myéliniques dont le diamètre oscille autour de 3 μ. Leur origine se trouve dans un centre cellulaire situé entre la corne antérieure et la substance gélatineuse de Rolando. Fait important, le nombre des fibres est considérable puisqu'il atteindrait jusqu'à 40 p. 100 de l'ensemble des éléments des racines postérieures.

Pour ce qui est des fonctions à attribuer à ces fibres, il semble que l'on puisse tout au moins supposer que leur action s'effectue surtout sur les glandes de la peau, les vaisseaux et le métabolisme tissulaire.

Existe-t-il une substance mucoïde dans l'encéphale? (D'ANTONA. *Riv. neur.*, 1929, vol. II, p. 269.) — Depuis les travaux de Grynfeltt, on sait que dans les cerveaux pathologiques, on peut mettre en évidence une certaine substance de désintégration qui possède les caractères tinctoriaux de la mucoïde, aussi décrit-on généralement cette substance qui se dépose dans le tissu interstitiel des centres nerveux sous le terme de « corpuscules mucoïdes ».

Selon l'auteur, les réactions spécifiques de la substance mucoïde seraient un leurre; et le mucicarmin, par exemple, dont on se sert couramment pour identifier les corpuscules de Grynfeltt, colore non seulement le mucus mais encore certaines substances lipoïdes. Aussi peut-on se demander maintenant si la dégénération mucoïde de la névroglie, si bien décrite par Grynfeltt, tout de même que la substance mucoïde épendymaire ou ventriculaire, ne sont pas seulement le résultat d'une lyse des gaines myéliniques de l'encéphale, dont le résultat serait l'apparition de boules ou de granulations colorables par le mucicarmin.

Destruction laminaire et aréale de l'écorce cérébrale. Remarque sur la théorie de la pathoclise. (Marthe VOGT. *Encéphale*, juin 1929, p. 509.) — Dans ce mémoire admirablement illustré, l'auteur montre que l'idiotie amaurotique se caractérise au point de vue anatomique, non pas par une destruction régulière de l'ensemble des couches corticales, mais par une localisation toute spéciale du processus destructeur sur certaines stratifications du cortex cérébral. Les altérations ne frappent pas les mêmes couches dans les différents champs cyto-architecturaux de l'écorce cérébrale. Ainsi, on pourrait dire que le processus qui conduit à l'idiotie amaurotique affecte une marche serpigineuse créant ainsi des alterations en mosaïque. Si quelques couches ne sont jamais épargnées, d'autres le sont presque toujours; de plus, chaque champ architectural possède une forme spéciale de destruction. Les résultats de l'étude attentive de l'auteur correspondent avec ceux que nous ont fournis déjà Bielschowsky, Ostertag et Globus.

Après avoir fait l'étude de l'idiotie amaurotique, Marthe Vogt envisage d'une manière générale ce que C. et O. Vogt désignent sous le nom de pathoclise. Selon ces auteurs, les maladies nerveuses organiques seraient beaucoup plus souvent systématiques qu'on ne le pense, et cela parce que certaines unités topistiques possèdent, vis-à-vis des causes morbides, une fragilité ou une sensibilité particulières. Ces deux termes peuvent être remplacés heureusement par celui plus simple et plus expressif de pathoclise (tendance à être altéré par la maladie).

La pathoclise reconnaît différentes formes; on dit, par exemple, qu'il y a une pathoclise spéciale lorsqu'une certaine unité topistique ou topographique est sensible à un seul agent pathogène. On dit, au contraire, qu'il y a pathoclise générale lorsque la même unité peut être altérée par différents agents morbides; d'autre part, la pathoclise peut être spécifique si les différents facteurs nocifs réalisent le même processus tandis qu'elle apparaît non spécifique si la même cause morbifique conduit à des altérations variables.

Pour ce qui est des maladies héréditaires, M. Vogt pense

que l'on peut en donner une explication en supposant l'existence d'une pathoclise des gènes c'est-à-dire une disposition particulière des gènes à subir l'agression de certaines influences pathologiques.

Le système pacchionien. (W. Winkelman et T. Fay. *Archiv. of neurol. and psych.*, janv. 1920, vol. XXIII, p. 44.) — Depuis les travaux de Mott, Leonard Hill, Dandy et surtout Weed, on reconnaît généralement que les granulations de Pacchioni qui se disposent à la surface de l'hémisphère ne sont pas des simples accidents de la méninge, mais possèdent une fonction très importante, celle de résorber le liquide céphalo-rachidien grâce aux communications qui se développent entre ces formations et les grands sinus de la dure mère.

Dans le présent travail, qui est surtout d'anatomie pathologique, l'auteur décrit les modifications morphologiques du système de Pacchioni. Les granulations de Pacchioni peuvent présenter d'abord de l'aplasie, de l'hypoplasie, de l'hyperplasie, de la fibrose et des infiltrations cellulaires. A l'heure actuelle, il est difficile de superposer, au tableau anatomique, des symptômes cliniques, mais il semble certain que la sclérose, l'hyperplasie des granulations, ont pour corollaire l'établissement d'une collection de liquide céphalo-rachidien à la surface des hémisphères ainsi qu'on le voit, par exemple, dans cet état que l'on dénomme : atrophie corticale. Il est possible que l'oblitération des voies de communication représentées dans les granulations pacchioniennes ait également pour conséquence une tendance plus grande à l'œdème cérébral et aux manifestations convulsives.

Les granulations pacchionienne de l'arachnoïde (G.-B. Hassin. *Arch. of neurol. and psychiat.*, janv. 1929, vol. XXIII, p. 65.) — L'étude anatomique à laquelle le distingué pathologue américain s'est livré, a montré que si les granulations pacchioniennes étaient de règle sur l'encéphale, il n'était pas rare d'en trouver le pendant sur l'arachnoïde spinale. Ces granulations se rencontrent surtout sur les racines et se continuent dans les espaces périradiculaires, où précisément serpentent de très nombreuses veines distendues. Il est donc légitime de supposer que si les granulations pacchioniennes servent dans le cerveau au drainage du liquide céphalo-rachidien, lequel finalement est déversé dans les grands sinus craniens, les granulations arachnoïdiennes spinales favorisent un drainage analogue au niveau des trous de conjugaison où le liquide est filtré et déversé dans les grands sinus veineux rachidiens. Tout de même que la cavité sous-arachnoïdienne cérébrale, l'espace sous-arachnoïdien spinal n'est pas absolument clos mais possède, si l'on veut, des soupapes de sûreté au niveau des proliférations pacchioniennes.

PHYSIOLOGIE

Le système nerveux régulateur du métabolisme du sucre. (Hiller et Roy Grinker. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, nov. 1929, n° 5, p. 919.) — Les relations entre la moelle allongée et la glycogénèse étant reconnues par tous, on s'est demandé si l'influence de la moelle allongée sur la glycémie s'effectuait par le vague ou par le sympathique.

En 1921, Brugsch, Dresel et Lewy, montrèrent que l'exérèse du pancréas chez le chien, déterminait la dégénérescence de la partie antérieure du noyau dorsal du vague; d'autre part, les mêmes auteurs montrèrent que la destruction de ce noyau par piqûre, s'accompagnait de la dégénération des cellules du noyau paraventriculaire. Il semblait donc ainsi que l'on pouvait expliquer les modifications de la glycogénèse et de la glycémie au cours des lésions nerveuses centrales, par l'altération d'un appareil s'étendant depuis le diencéphale jusqu'à la moelle.

Selon les auteurs, les résultats expérimentaux de Brugsch, Dresel et Lewy sont contestables : d'abord parce que, comme Malone l'a montré, les cellules des noyaux paraventriculaires sont très souvent, chez le lapin normal, en dégénérescence et que, d'autre part, si l'on coupe le pneumogastrique, chez le lapin, et que chez le même animal on détruise le noyau dorsal, on ne constate aucune modification dans le diencéphale.

Hiller et Grinker firent encore l'expérience suivante : hémisection du bulbe au-dessus du noyau du vague et recherche des noyaux diencéphaliques sept jours après. Aucune modification ne fut retrouvée dans les noyaux ventriculaires.

Recherches sur l'intoxication saturnine expérimentale chez le cobaye. (Meduna Ladislaus. *Arch. F. Psychiat.*, 1929, vol. LXXXVII, p. 571.) — Les recherches de Gombault, qui sont classiques, ont fait voir que l'intoxication par le plomb déterminait chez le lapin et le cobaye, une dégénérescence spéciale des fibres nerveuses périphériques. On sait, d'autre part, que chez l'homme, l'intoxication saturnine s'accompagne d'une nervo-dégénération parfois étendue aux quatre membres. Mais le problème reste posé de savoir si, dans certains cas, l'intoxication par le plomb ne retentit pas directement sur les centres nerveux eux-mêmes? C'est cette question que l'auteur aborde dans cet intéressant travail.

Chez six animaux soumis à l'intoxication, on constata toujours des altérations importantes dans les cellules nerveuses. Ces altérations ne se limitent pas à un segment mais sont diffuses, tout ensemble, à l'axe cérébro-spinal et aux ganglions rachidiens. L'analyse microscopique montre que les lésions cellulaires sont constituées par un état de désintégration progressive précédée par un gonflement du cytoplasme atteignant quelquefois l'intensité que l'on voit dans la phase dégénérative que Nissl a appelée « altération cellulaire aiguë ». Le noyau et le nucléole ne sont pas indemnes et présentent, eux aussi, des altérations considérables. Un point à retenir : la fissuration des protoplasmas des cellules nerveuses que l'on peut rapprocher des gonflements pathologiques qui atteignent les canalicules de Holmgren. Le tissu interstitiel, et particulièrement les éléments mésodermiques des centres nerveux, ne laissent reconnaître aucune altération. Il semble donc que le plomb possède une affinité spécifique pour les éléments ectodermiques du système nerveux.

Ces recherches sont du plus grand intérêt si on les rapproche de la pathologie car, de plus en plus, on tend à penser que la polynévrite saturnine ne tient pas seulement dans une altération des nerfs des membres mais repose encore sur des lésions plus ou moins avérées des cellules ganglionnaires.

Contribution à l'étude des colorations vitales du système nerveux. (Bellavitis. *Riv. Pat. Nerv.* 1929, 34, 348.) — Différents auteurs, Lhermitte et Schæffer en particulier, dans leurs recherches sur l'origine des corps granuleux au sein des foyers de nécrose cérébrale, ont soutenu cette thèse qu'un grand nombre de corpuscules de Glüge étaient d'origine ectodermique ou névroglique et ont décrit, en conséquence, toute une série de types de cellules de désintégration.

Les belles recherches de Nissl et Alzheimer ont permis de préciser l'origine et la nature d'un grand nombre de cellules névrogliques dont la multiplication est si apparente dans les processus chroniques et dans les dégénérations qui frappent le système nerveux central. Or, les travaux de Del Rio Hortega ont fait voir qu'un grand nombre des éléments qui concourent au déblaiement des déchets du système nerveux reconnaissent comme origine un élément spécial : la microglie. Dans le but de vérifier cette hypothèse, Bellavitis procéda à une série d'expériences. Après l'injection dans la substance cérébrale d'un mélange de parrafine et de glycérine, l'auteur injecte une solution de bleu trypan sous la peau (30 centigrammes).

Dans ces conditions, on observe une coloration de tous les éléments qui font partie du système réticulo-endothélial, mais, ce qui fait l'originalité de ce travail, c'est qu'à côté des

cellules connectives réticulo-endothéliales, on peut reconnaître différents types de transition avec les éléments de la microglie; aussi l'auteur incline-t-il à admettre que ces derniers éléments sont à intégrer dans le cadre du système réticulo-endothélial.

Contribution à l'étude des oxydases dans le système nerveux central. (BERLUCCHI. *Arch. Ist. biochim. ital.*, 1929, vol. I, p. 119.) — En employant la méthode de Nadi, l'auteur s'est efforcé de rechercher quelles étaient les cellules de l'encéphale qui présentaient le maximum de réactions caractéristiques des oxydases. Depuis quelques années, en effet, différents auteurs et en particulier M. Marinesco, se sont attachés à démontrer combien la constatation de ferments oxydants dans les cellules du système nerveux étaient aptes à nous faire comprendre la physiologie de certains organes.

D'après Berlucchi, les ferments oxydants se trouvent surtout en grande abondance chez l'homme dans certains segments du système nerveux. Ainsi, le *putamen* présente une réaction aux oxydases beaucoup plus forte que le *globus pallidus*. C'est dans les éléments nerveux que se trouvent formées les plus grosses granulations. Dans les cellules névrogliques on constate également, au sein du protoplasma, l'accumulation de fins granules d'oxydases plus ou moins mélangés à des granulations pigmentaires. Dans le *globus pallidus*, c'est également dans les éléments nerveux et leurs prolongements dendritiques que l'on trouve le maximum de réactions oxydantes. Pour ce qui est des organes qui possèdent la même origine embryologique, telle que la substance noire, on y constate une abondance de fines granulations, mais celles-ci sont plus abondantes au sein de la substance interstitielle qu'au sein des cellules nerveuses.

Le système nerveux régulateur du métabolisme du sucre. (F. HILLER et A. TANNENBAUM. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, nov. 1929, n° 5, p. 901.) — Depuis Claude Bernard, l'on sait que la piqûre du IVe ventricule dans le noyau dorsal du vague détermine l'hyperglycémie et la glycosurie. Les auteurs de ce mémoire ont voulu se rendre compte si l'hyperglycémie, et sa conséquence la glycosurie, étaient bien liées à l'excitation ou à la destruction d'un centre bulbaire glyco-régulateur. Leurs recherches expérimentales pratiquées sur le lapin, montrèrent que le trouble du métabolisme du sucre était lié non pas seulement à la piqûre mais à d'autres conditions. Tout d'abord l'effet de la narcose par l'éther qui agit par son influence pharmacodynamique, soit sur le système nerveux lui-même, soit sur les organes qui concourent à la régulation de la glycogénèse. Ensuite il faut tenir compte des effets de la position de la tête qui, lorsqu'elle est pliée et ne semble ne déterminer aucune asphyxie, produit néanmoins l'hyperglycémie.

Selon les auteurs, la condition fondamentale d'une expérience concluante est l'opération en deux temps.

Premier temps : exposition du IVe ventricule.

Deuxième temps : six ou sept heures après, la piqûre.

Dans ces conditions les auteurs démontrent que le centre glyco-régulateur décrit récemment par Brugsch, Dresel et Lewy, n'a rien à faire avec la régulation de la glycémie. D'autre part, il est également prouvé que toute irritation du système vestibulaire et spécialement de la région des noyaux de Deiters et de Betcherew détermine une augmentation du sucre sanguin plus considérable que celle d'aucune partie du bulbe.

L'excitation du cervelet conduit également à une hyperglycémie. On ne peut donc admettre que l'augmentation du glucose dans le sang peut être liée à une excitation des fibres sympathiques afférentes. La piqûre bulbaire agirait vraisemblablement par l'excitation des fibres afférentes.

L'influence du chlorure de calcium sur le tonus musculaire dans les cas de parkinsonisme. (I. RUSETZKY. *Med. biol.*, 1928, vol. IV, p. 84.) — En étudiant dix malades atteints de syndrome parkinsonien, conséquence de l'encéphalite épidémique, l'auteur pratiqua l'injection isotonique tantôt de chlorure de calcium, tantôt de chlorure de magnésium dans la voie veineuse. L'intensité du tonus musculaire fut mesurée grâce au scléromètre de Mangold. Dans ces conditions, lorsqu'on interroge le muscle de dix minutes en dix minutes, on constate que l'injection calcique augmente certainement le tonus tandis que l'injection magnésienne le diminue. Si l'on mélange les deux solutions, on observe une légère diminution du tonus musculaire. Peut-être pourrait-on baser sur ces expériences une thérapeutique de l'hypertonie parkinsonienne.

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE.

Un nouveau signe de sciatique. (TURYN. *Münch. med. Woch.*, 1929, t. I, p. 834.) — Le malade doit être étendu à plat sur un lit dans la position dorsale. Dans ces conditions, si l'on étend fortement le gros orteil du côté malade, on produit une sensation douloureuse analogue à celle que détermine la manœuvre de Lasègue dans la région fessière.

Sur la contracture névritique active. (VIZIOLI. *Riv. neur.*, 1929, vol. II, p. 293.) — Dans l'immense majorité des cas, les lésions du nerf périphérique ne déterminent aucune contracture musculaire et les déformations des membres sont conditionnées par l'atrophie et les rétractions fibro-tendineuses. Cependant, pendant la guerre, différents auteurs ont reconnu comme appartenant à l'irritation des fibres, certains faits de contracture active, lesquels pourraient être déterminés par l'excitation directe des fibres nerveuses ou encore liés, dans d'autres cas, à l'irritation des fibres sensitives, laquelle se transmettrait à travers la moelle aux fibres motrices.

L'auteur semble admettre cette conception et insiste sur ce que la lésion nerveuse primitive peut être très discrète et que, d'autre part, il est impossible de décider pourquoi, dans tel cas, la contracture se produit et non pas dans d'autres.

Sur le réflexe naso-labial. (ASTVATSATOUROFF. *Livre Jubilaire d'Edouard Flatau*, 1929, p. 297.) — Il s'agit ici d'un réflexe intéressant que l'on peut voir particulièrement chez les malades atteints de paralysie pseudo-bulbaire. Ce réflexe consiste dans la contraction brusque des fibres musculaires de l'orbiculaire des lèvres, consécutif à la percussion à l'aide du marteau du périoste de la racine du nez.

Comme l'auteur le suppose, il est probable que l'apparition de ce réflexe est lié à la suspension de l'inhibition corticale sur des mécanismes mésocéphaliques d'origines ontogénétique et phylogénétique beaucoup plus reculées que les mécanismes corticaux.

Sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. (CORRITI. *Rev. argent. neur.*, 1929, vol. III, p. 226.) — Dans ces dernières années on s'est beaucoup occupé, surtout grâce à l'impulsion donnée par le professeur Claude, des réflexes viscéraux qui permettent d'obtenir un test objectif de la sympathicotonie ou de la vagotonie.

L'étude de certains malades a montré qu'il existait un antagonisme certain entre les réflexes oculo-cardiaque et solaire. D'après l'auteur, un pareil antagonisme ne pourrait être mis en évidence que chez le sujet pathologique et il ajoute que, même dans les cas morbides, généralement les réflexes évoluent dans le même sens. Toutefois, quand il existe une opposition entre ces deux réflexes, il faut reconnaître que l'on peut parler tantôt de sympathicotonie, tantôt de vagotonie.

Pour ce qui a trait à la pathologie mentale, les résultats donné par l'étude de ces réflexes ne sont peut-être pas aussi précis qu'ils le paraissaient d'après les premiers travaux. Même dans les affections psychopathiques les mieux définies, les réflexes viscéraux sont sujets à changements. On ne sau-

rait donc pas baser une différenciation des états mentaux, d'après les états des réflexes viscéraux.

De la striade symptomatique rendant possible un diagnostic précoce. Parkinsonisme incipiens. (M. Ornsteen. *Arch. of neur. and psychiat.*, oct. 1929, vol. XXII, n° 4, p. 709.) — Depuis l'éclosion de l'encéphalite épidémique, le nombre des cas de syndrome parkinsonien s'est considérablement augmenté surtout dans l'adolescence et l'âge adulte. Il importe donc de dépister au plus tôt l'invasion de cette lourde complication afin d'établir un traitement lequel sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué de meilleure heure.

L'auteur décrit ici trois symptômes que l'on peut considérer comme les plus précoces. Le premier consiste dans l'asymétrie de la position des doigts, la main étant au repos et le sujet placé debout. Du côté affecté, les doigts présentent un degré de flexion plus accusé que du côté sain.

Le deuxième consiste dans l'écartement des doigts lorsque la main est étendue, la face palmaire regardant en haut; l'écartement porte surtout sur les deux derniers doigts et est analogue à l'abduction des orteils dans le signe de Poussèpe.

Enfin, le dernier signe, ou test du pouce et de l'index, est réalisé de la manière suivante. On prie le malade d'élever les deux bras en l'air, de plier tous les doigts excepté l'index. Dans ces conditions, on est frappé par l'asymétrie de position des doigts. Du côté sain, l'index et le pouce sont très écartés, tandis que du côté affecté le pouce et l'index se trouvent beaucoup plus rapprochés.

Cette asymétrie peut être encore beaucoup plus objective si l'on prie le sujet d'exécuter des mouvements alternatifs d'écartement et de rapprochement. Le côté malade frappe par le défaut d'agilité et la moindre excursion de l'index.

CERVEAU

La narcolepsie (syndrome de Gélineau) et les autres variétés de somnolence morbide. (Max Levin. *Arch. of Neur. and Psychiat.*, déc. 1929, vol. XXII, n° 6, p. 1172.) — Selon l'auteur, les cas de somnolence morbide peuvent être classés dans deux grands groupes. Le premier caractérisé par un sommeil pathologique indépendant de la cataplexie; le second dans lequel la somnolence s'associe à la cataplexie. C'est à ce dernier groupe seulement qu'il faut appliquer l'étiquette de narcolepsie ou de syndrome de Gélineau. Levin pour éviter toute confusion restreint le terme de narcolepsie aux cas de syndrome de Gélineau caractérisé, tout ensemble, par l'attaque du sommeil et la perte du tonus. L'auteur rapporte cinq observations personnelles de syndrome de Gélineau.

Le premier a trait à un garçon de quinze ans atteint de tuberculose du sommet gauche qui, neuf mois après le début de cette maladie, fut frappé d'attaques de sommeil et de cataplexie. La puberté fut retardée; le malade devint asthénique, présenta de l'albuminurie *orthostatique*, des modifications du sang avec éosinophilie. Il faut ajouter que l'hérédité parentale de ce sujet est lourdement chargée.

Dans le second cas, il s'agit également d'un homme de vingt-six ans, atteint de « grippe espagnole » en juillet 1918, qui, en décembre suivant, présenta des attaques de sommeil typiques dont la terminaison était marquée par l'émission de quelques gouttes d'urine.

Un an après; attaques de cataplexie, caractérisées par la perte du tonus de la mâchoire, du cou, des épaules et des bras. Les rapports sexuels et le bain chaud déterminaient la cataplexie.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de vingt ans, chez lequel le sommeil morbide commença à dix-sept ans et se compliqua d'attaques de cataplexie à dix-neuf ans. On constata chez lui des modifications du sang : légère polyglobulie avec leucopénie et éosinophilie, lymphocythémie, hypothyroïdisme.

Le quatrième cas a trait à une jeune fille de seize ans, qui au moment de la puberté, à treize ans, présenta des attaques de cataplexie. Un an après survinrent des crises de narcolepsie.

Enfin, dans le dernier cas, il s'agit d'attaques de sommeil associé à la cataplexie, chez une jeune fille de dix-neuf ans qui présentaient cette particularité de se compliquer de crises d'amnésie. Il faut noter que, chez cette patiente, on nota l'existence de convulsions qui durèrent seulement dix minutes, à l'âge de deux semaines. Ces attaques ne se répétèrent plus.

A la fin de son mémoire, Levin rapporte trois observations caractérisées par la présence d'attaques de sommeil morbides complètement indépendantes de cataplexie. Or, dans ces trois cas, on retrouvait aisément des symptômes indiquant des modifications générales de l'organisme.

Le premier malade, par exemple, présentait une obésité avec hypothyroïdisme. Le second, avait été atteint d'encéphalite épidémique en 1920. Le dernier cas qui se rapporte à une fillette âgée de dix ans, était marqué par une tendance au sommeil manifeste depuis l'enfance accompagnée d'un retard évident de l'évolution mentale. Bien que l'auteur ne le dise pas expressément, il semble ressortir de son travail que la narcolepsie indépendante de la cataplexie est une manifestation morbide conditionnée par des altérations viscérales ou nerveuses, tandis que les attaques de sommeil associé à la cataplexie et qui constituent le syndrome de Gélineau ou vraie narcolepsie, forment une entitée morbide différente et dont la condition organique n'apparaît pas clairement.

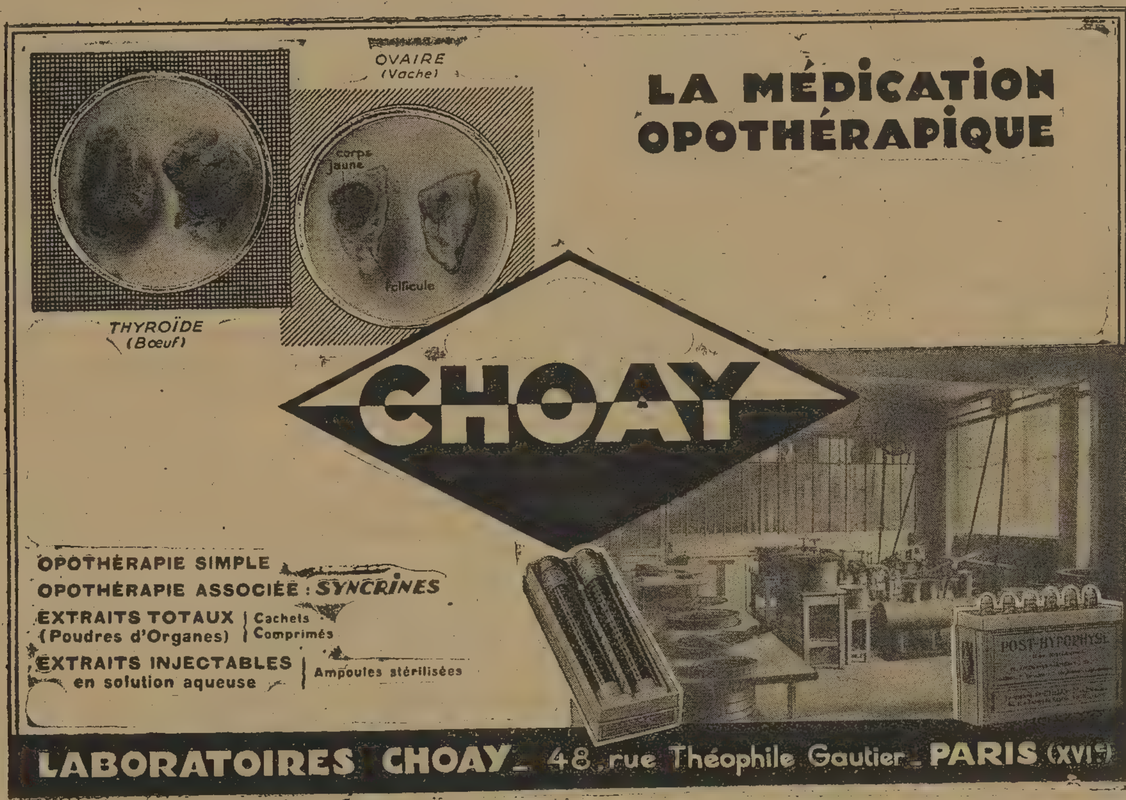
Il est permis de remarquer que dans les cinq cas personnellement observés par Levin et qui se rapportent au syndrome de Gélineau tel que l'auteur le comprend, les malades présentaient non seulement des crises de narcolepsie mais encore des modifications considérables des fonctions nerveuses ou viscérales.

Le parkinsonisme symptomatique. (Brzezicki. *Arb. a. d. neurol. Inst. a. d. Wien. Univers.*, 1928, vol. XXX, p. 198.) — On sait qu'il existe relativement au problème du syndrome parkinsonien deux écoles dont les conceptions s'affrontent. Pour l'une, qui ne compte plus guère que quelques représentants attardés, on ne saurait distinguer, au point de vue clinique, les différentes variétés du syndrome parkinsonien; pour l'autre, qui comprend la plupart des neurologistes, il est possible, du moins dans la majorité des cas, de reconnaître différents types de syndromes parkinsoniens lesquels s'opposent, plus ou moins franchement, à la paralysie agitante décrite par Parkinson et qui est, elle, l'apanage de l'âge avancé, de la sénilité, ou de la présénilité.

Dans cet important travail, l'auteur apporte quatre cas d'hémorragie développée dans le corps strié et ayant eu pour conséquence l'établissement du parkinsonisme. Dans deux de ces faits, l'hémorragie était liée à une artérite syphilitique, mais on ne pouvait les considérer comme rentrant dans le cadre de la striatite syphilitique. Deux autres cas reconnaissaient comme origine l'artério-sclérose.

En général, les sujets atteints de parkinsonisme post-apoplectique sont des sujets pléthoriques présentant, en même temps, une hypertension artérielle manifeste. En passant en revue les différentes théories, et on sait si elles sont nombreuses, qui prétendent expliquer l'augmentation de la tension vasculaire chez l'homme, l'auteur s'arrête longuement à considérer une théorie défendue par Bordley et Baker, et qui est ingénieuse.

En se basant sur ce fait que l'insuffisance circulatoire du bulbe rachidien a pour corollaire l'élévation de la tension vasculaire, véritable mécanisme compensateur, ces auteurs ont supposé que la sclérose des vaisseaux bulbaires pouvait aboutir à un trouble de la circulation de cette partie de l'encéphale, lequel ne pouvait être compensé que par l'augmentation de la tension sanguine. Cherchant alors, chez vingt-quatre patients hypertendus, s'il existait une modification des vais-


OVAIRE (Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE (Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY_ 48 rue Théophile Gautier_PARIS (XVIe)

seaux du bulbe, ils constatèrent que chez quatorze de ceux-ci, qui présentaient une hypertension très manifeste, les vaisseaux du bulbe étaient atteints d'artério-sclérose indiscutable.

Brzezicki apporte également à la fin de son travail une contribution très intéressante au problème des relations qui unissent le corps strié et le *locus niger*. L'auteur remarque, à ce propos, que dans les deux cas auxquels nous faisons allusion, la partie externe du globus pallidus était comprise dans la lésion. On peut conclure de cette constatation que le globus pallidus dans sa partie externe et le locus niger sont irrigués par le même vaisseau : l'artère lenticulo-striée. La partie interne du *pallidum* est, au contraire, irriguée par l'artère choroïdienne antérieure.

Sur les rapports qui relient la calcification des vaisseaux cérébraux et l'augmentation de la pression artérielle consécutive aux blessures craniennes. (Ruhemann. *Monats f. Unfallheilk.*, 1929, vol. XXXVI, p. 28.) — Depuis longtemps on sait que les commotions cérébrales, lorsqu'elles atteignent les sujets d'un âge relativement avancé, sont capables de déterminer des lésions progressives des vaisseaux et d'aboutir ainsi soit à des hémorragies, soit à des foyers de nécrose. L'auteur rapporte ici une observation portant sur un homme de soixante et un ans, qui, trois semaines après une blessure cranienne sans gravité présente des crises syncopales et spasmodiques. L'examen objectif révéla une pression artérielle élevée, et des symptômes d'artério-sclérose cardio-aortique grave. Le problème qui se posait était de savoir si la contusion cranienne avait exagéré les symptômes de l'artério-sclérose. Après discussion l'auteur écarte l'hypothèse de l'aggravation.

Hemiballisme croisé consécutif à une hémorragie hypothalamique. (Jakob, Christofredo. *Arch. Argent. Neur.*, 2, 1928, p. 1.) — Nous possédons à l'heure actuelle une demi-douzaine d'observations qui ont été analysées par Lhermitte dans l'*Encéphale* (1928) qui montrent qu'une lésion très limitée du corps sous-thalamique de Luys détermine une hémichorée contro-latérale à caractère particulier. La gesticulation choréique s'affirme ici excessive; les sujets jettent véritablement leurs membres dans les directions les plus variées et avec violence, d'où le nom de ballisme.

L'observation publiée par l'auteur se rapporte à une femme de cinquante-neuf ans, qui brusquement fut frappée d'hémiballisme gauche et succomba douze jours après le début des manifestations morbides. L'examen anatomique mit au jour une hémorragie récente du noyau hypothalamique du côté droit. Le foyer ne se limitait pas exactement au corps de Luys mais pénétrait dans la substance noire et atteignait les fibres rubro-lenticulaires. D'après cette observation, il n'est pas possible d'affirmer qu'une lésion très limitée du corps de Luys suffit à provoquer l'hémi-ballisme et on peut supposer que, dans certaines conditions, les foyers destructifs brutaux qui se localisent sur les fibres strio-luisiennes pallido-nigriques et pallido-rubriques peuvent être également capables de produire le syndrome en question.

Le syndrome préfrontal, l'amnésie de fixation. (De Morsier. *Encéphale*, janv. 1929, p. 19.) — Depuis longtemps, on compte parmi les symptômes frontaux : l'amnésie et l'on admet que les caractères de ce trouble se rapprochent d'assez près de ceux que l'on sait être caractéristiques de la psychose de Korsakov. L'auteur apporte deux observations nouvelles, l'une de tumeur métastatique du pôle frontal et l'autre de gliome préfrontal gauche, atteignant à l'arrière la région de l'insula. Dans les deux cas, on constate que la mémoire est défaillante pour les faits récents tandis que les souvenirs scolaires sont bien conservés. De plus, cette amnésie se complique de désorientation dans le temps et l'espace, d'inattention, d'indifférence, de persévération et de fabulation.

C'est là, en somme un syndrome très voisin de celui de Korsakov et qui permet de penser que le lobe frontal, et principalement le lobe frontal gauche, tient sous sa dépendance l'évocation des souvenirs.

Un cas d'audi-mutité idiopathique (aphasie congénitale) chez les jumeaux monozygotiques. (J. Ley. *Encéphale*, fév. 1929, p. 121.) — Observation neuro-psychologique remarquable de deux jumeaux atteints de cette forme d'audi-mutité que l'on peut appeler idiopathique parce qu'elle relève avant tout d'une débilité motrice en corrélation avec un vice de développement des sphères motrices supérieures. Un pareil type d'audi-mutité doit être expliqué par des modifications germinales et, par conséquent, il est légitime de penser qu'il possède à sa base une lésion définie. Des faits de ce genre démontrent l'existence réelle d'une forme spécifique d'audi-mutité congénitale. Au point de vue psychologique, il faut remarquer que ces enfants audi-muets sont à peu près incapables de penser l'abstrait malgré la conservation d'une intelligence assez vive; d'où il résulte que l'abstraction n'est guère possible sans le secours des mots. Cette constatation est importante pour la compréhension du déficit psychique de l'homme aphasique chez lequel la pensée abstraite est surtout altérée.

Les encéphalites psychosiques. Etude anatomo-clinique. Toulouse, Marchand et Schiff. *Encéphale*, mai 1929, p. 413.) — Dans ce travail, les auteurs montrent que bien des psychoses aiguës sont l'expression d'encéphalites ou de méningo-encéphalites caractérisées, du point de vue anatomique, par des altérations cellulaires, des lésions inflammatoires vasculaires, enfin des nodules infectieux. Ces encéphalites se distinguent de l'encéphalite épidémique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue morphologique.

Sur une variété non décrite d'affection familiale. L'épilepsie myoclonique avec chorée et athétose. (Ludo van Bogaert. *Rev. neur.*, oct. 1929, p. 657.) — L'auteur a pu retrouver dans une même famille deux faits caractérisés par un syndrome clinique rigoureusement semblable et caractérisé par des crises épileptiques à prédominance d'équivalents, par des manifestations myocloniques, enfin par des grands mouvements globaux associés à une gesticulation choréo-athétosique.

L'autopsie montra la dégénérescence des trois dernières couches du cortex dans l'étendue des champs frontaux avoisinant la zone motrice, l'état marbré du corps strié et des modifications variables des olives bulbaires. On sait qu'il existe, d'une part, des rapports entre l'épilepsie, la myoclonie et la chorée chronique à évolution progressive et que d'autre part, Cécile Vogt a décrit pour la première fois sous les termes d'état marbré du corps strié l'apparition de spasmes transitoires et de mouvements généralement bilatéraux du type athétosique qu'augmentent les émotions et les mouvements volontaires, spasmes associés à des troubles de la phonation, de la mastication et de la déglutition. Nous avons donc ici un syndrome très complexe mais qui s'accorde parfaitement avec ce que nous connaissons de la physiologie pathologique des ganglions centraux et des olives bulbaires.

Des cas de ce genre montrent que les affections familiales et héréditaires peuvent juxtaposer dans une même famille des syndromes très différents mais que relient une même étiologie et une même pathogénie : l'hérédo-dégénération.

Sur deux signes de déséquilibration frontale. (L. van Bogaert et Paul Martin. *Encéphale*, janv. 1929, p. 11.) — Parmi les symptômes liés à la destruction des lobes frontaux, il faut incorporer les deux phénomènes suivants : d'une part, l'incapacité de réaliser des mouvements des membres inférieurs nécessaires à la statique et à la marche malgré la conservation de l'innervation motrice primaire et, d'autre part, l'atonie. Fait curieux, malgré l'impossibilité de la sta-

tion et de la marche volontaire, le malade atteint de ce trouble peut se lever et marcher au cours de bouffées d'agitation diurne.

En somme, nous avons ici les caractères mêmes de l'apraxie dans laquelle, ainsi qu'on le sait, les mouvements conscients et volontaires sont détruits tandis que les mouvements subconscients, automatiques sont conservés. D'autre part, on peut observer dans les lésions frontales les phénomènes d'atonie statique intermittents sur laquelle a insisté Gertsmann. La réunion chez un même malade de l'atonie statique des membres inférieurs et de l'incapacité de la marche contrastant avec l'intégrité de la motilité volontaire, doit faire penser à une lésion destructive frontale.

La fièvre et la tachycardie dans les tumeurs cérébrales. (G. R. LAFORA. *Arch. de neur.*, 1928, vol. VIII, p. 223.) — La constatation d'un syndrome neurologique caractéristique d'une tumeur intra-cranienne associée à la fièvre, celle-ci étant caractérisée par deux de ses éléments fondamentaux : l'augmentation des battements du cœur, et l'élévation de la température, ne doit pas être considérée comme l'attestation qu'il s'agit d'une production d'origine infectieuse ou d'un abcès. L'auteur a observé lui-même plusieurs cas de tumeurs cérébrales présentant une tachycardie permanente et une température oscillant entre 37°5 à 38°5.

Le présent mémoire contient une observation caractéristique et instructive. Une fillette fut atteinte de crampes dans le bras droit, puis de convulsions jacksoniennes de la main accompagnées de paresthésies. Plus tard, apparurent des vomissements et un état fébrile; la malade s'émacia, se mit à souffrir de la tête et présenta des symptômes indiscutables d'une néoplasie intra-cranienne. La température oscillait toujours entre 38 et 38°5; le pouls était rapide, généralement à 108 par minute. On fit naturellement le diagnostic de tumeur cérébrale et l'opération fut décidée. Le chirurgien put extraire une tumeur de 8 centimètres de long sur 5 centimètres d'épaisseur, située dans la partie supérieure du lobe pariétal gauche.

Malgré la facilité de l'opération, la malade succomba dix-huit heures après. Il s'agissait d'un fibro-sarcome dans lequel apparaissaient plusieurs zones nécrotiques, ainsi qu'il est de règle, mais en aucun point de la tumeur, l'examen microscopique ne releva d'altérations à type inflammatoire.

De cette observation Lafora conclut, qu'il doit exister sur le cortex cérébral pariétal un centre régulateur du pouls et de la température.

Etude clinique de vingt et un cas de tumeurs hypophysaires. (BECKMANN et KUBIE. *Brain*, 1929, vol. LII, p. 127.) — D'après leur expérience personnelle, les auteurs arrivent à cette conclusion, que les symptômes fondamentaux des tumeurs de la tige hypophysaire se développent souvent aux dépens de restes embryonnaires et consistent : 1° dans des phénomènes de compression générale du cerveau, caractérisés par des céphalées, des troubles de la vue (hémianopsie temporale, diplopie), 2° des troubles endocriniens attestés par les viciations du développement général et de l'évolution sexuelle.

Dans 14 cas, on constata une adiposité excessive; chez six hommes, fut observée l'apparition du féminisme; dans 18 cas, des perturbations du système pileux; enfin dans 8 cas, des perturbations des périodes menstruelles. Dans 6 cas seulement, les auteurs purent retrouver des altérations du métabolisme de l'eau. Pour ce qui est des fonctions du sommeil, elles existaient dans 11 cas et la diminution des fonctions psychiques était évidente chez 6 malades. Les tumeurs en se développant finissent par comprimer l'appareil cérébelleux et les bulbes olfactifs. Quelquefois même la tumeur, par son développement, comprime la partie interne des pédoncules cérébraux et détermine des symptômes pyramidaux. La radiographie confirme, en général, l'ensemble des constatations cliniques.

MOELLE ÉPINIÈRE

Modification de la moelle épinière dans les anémies. Etude anatomo-clinique. (Arthur WEILL et Charles DAVISON. *Arch. of neur. and psychiat.*, nov. 1929, n° 5, p. 966.) — Le but des auteurs est de montrer les différences qui séparent les altérations de la moelle liées à l'anémie pernicieuse (maladie de Biermer) et les états de déglobulisation secondaire au cancer, aux parasites intestinaux, aux leucémies, à la lymphogranulomatose et à la tuberculose.

De ces recherches, il résulte que l'anémie pernicieuse vraie est seule capable de produire une myélite dégénérative légitime; celle-ci dépend, non pas de l'anémie, mais de la cause productrice de la destruction globulaire. Les toxines causales de l'anémie pernicieuse sont différentes de celles qui furent identifiées par Morawitz et Denecke.

Les altérations spinales secondaires au cancer sont différentes de celles de l'anémie de Biermer et dans les cas où on a constaté, au cours des néoplasmes, la dégénération subaiguë de la moelle identique à la maladie de Biermer, il faut admettre la combinaison des deux maladies. Dans les autres variétés d'anémie, telle que celle de la leucémie, les lésions spinales sont dues à des modifications vasculaires et liées à des foyers de myélomalacie. L'anémie pernicieuse détermine la destruction progressive des fibres de la moelle, laquelle entraîne la réaction de la névroglie. Mais celle-ci est très différente de celle qui caractérise la sclérose en plaques, d'où il suit, que le terme de sclérose combinée n'est pas heureux et doit être remplacé par la dénomination de « dégénération combinée subaiguë ».

Compression médullaire par pachyméningite hypertrophique post-traumatique. (RICARD, J. DECHAUME et P. CROIZAT. *Lyon méd.*, 1929, vol. II, p. 93.) — La pachyméningite hypertrophique reconnaît généralement pour cause la syphilis, la tuberculose ou la syringomyélie. Les travaux de Philippe et Oberthür ont montré, en effet, que même dans les cas où la pachyméningite semblait devoir être la plus pure, la moelle n'était pas indemne et présentait des cavités du type syringomyélique.

L'observation des auteurs est très intéressante parce qu'elle démontre que la pachyméningite hypertrophique peut survenir à la suite d'un traumatisme.

Un homme de trente-deux ans, ni alcoolique, ni syphilitique, fut frappé dans la région dorsale moyenne. A partir de cette époque, il présente une difficulté de la station. Onze ans plus tard, le patient se plaignait de douleurs dorsales et de sensations pénibles des membres supérieurs; puis, survinren des douleurs en ceinture dans la poitrine. Les membres inférieurs perdirent leur force. Objectivement on constata l'existence d'une paraplégie spastique plus accusée à gauche, associée à des troubles de sensibilité radiculaires dont la limite supérieure atteignait l'ombilic.

L'intervention fit apparaître une pachyméningite hypertrophique du type inflammatoire au niveau de la région spinale étendue de la Ve à la VIIIe dorsale.

Recherches sur la présence de spirochètes et de fins corpuscules dans la sclérose en plaques. (NISHII. *Arch. aus derm. neur. Inst. Wien.*, 1929, vol. XXXI, p. 153.) — L'auteur a recherché, par les méthodes de Steiner et Jahnel, à mettre en évidence les spirochètes découverts par Kuhn et Steiner, dans la sclérose en plaques; et pour ses recherches l'histologiste s'est adressé à 4 cas de sclérose multiple dans lesquels la terminaison fatale s'est produite en pleine évolution de la maladie.

Dans aucun cas il n'a pu mettre en évidence de spirochètes, mais il put constater la présence dans le cerveau de très fines granulations qui déjà ont été vues par Steiner et considérées par différents auteurs comme le témoignage d'une destruc-

tion granuleuse du germe causal de la sclérose en plaques.

L'auteur après avoir examiné d'une manière très précise le groupement et la nature chimique de ces granulations, arrive à une conclusion toute différente; il estime qu'il s'agit ici non pas de reliquats de spirochètes mais, au contraire, de précipités de granules d'argent formés aux dépens des fragments de cylindraxes.

Hypertrophie des muscles de l'épaule chez un syringomyélique. (FATTOVICH. *Aerztl. Sachverst.*, 1929, vol. XXXV, p. 270.) — Il n'est pas exceptionnel de constater dans la syringomyélie un développement pathologique des extrémités atteintes et aujourd'hui la cheiromégalie et la podomégalie sont bien connues. Mais l'hypertrophie des extrémités porte, ici, non pas sur le tissu musculaire mais sur la peau et le pannicule sous-cutané. Les constatations de l'auteur sont donc très différentes, celles-ci montrent l'existence dans la syringomyélie d'une macrosomie, limitée et caractérisée par l'hypertrophie des fibres musculaires, à l'exclusion complète du tissu osseux. Les muscles hypertrophiés offrent, par ailleurs, la réaction myasthénique et sur certaines fibres la réaction de dégénérescence. Il semble que l'on peut attribuer à une perturbation sympathique l'hypertrophie musculaire car, ainsi que Lhermitte l'a montré pendant la guerre, ces hypertrophies ne sont pas d'une exceptionnelle rareté dans les cas où la blessure d'un tronc périphérique nerveux a lésé surtout le système sympathique de celui-ci.

L'hétérochromie de l'iris dans la syringomyélie. (SPIEGEL. *Nervenarzt.*, 1929, vol. II, p. 146.) — Les tumeurs ou les cavités se développant dans la région cervicale de la moelle ont pour conséquence habituelle l'altération du système sympathique de l'iris; d'où la fréquence relative du syndrome de Claude Bernard-Horner. Parfois, lorsque les fonctions motrices de l'iris ne sont pas altérées, la syringomyélie peut se traduire néanmoins sur cet organe par le bouleversement de ses cellules pigmentées. Il est donc intéressant, dans la syringomyélie cervicale, d'examiner la façon dont se comportent les mélanophores iriens.

L'observation de l'auteur porte sur un cas de syringomyélie évidente de la région cervicale et dans lequel la disposition des pigments de l'iris se montrait différente d'un côté à l'autre. Un examen superficiel aurait pu faire considérer l'hétérochromie comme sous la dépendance directe de la syringomyélie mais l'anamnèse montra que ce malade possédait une hétérochromie depuis sa plus tendre enfance et l'examen oculaire dénonçait les séquelles d'une iridocyclite. On le voit, une telle observation montre que l'on doit rester prudent dans l'interprétation de certaines hétérochromies attribuées, légèrement peut-être, à la syringomyélie.

Encéphalo-myélite disséminée. (SPILLER. *Archiv. of neurol. and psychiat.*, oct. 1929, p. 647.) — Depuis quelques années, les neurologistes ont l'occasion d'observer des faits d'encéphalo-myélite disséminée dont les points de ressemblance avec la sclérose en plaques sont des plus évidents; et la question s'est posée tout naturellement de savoir s'il fallait intégrer dans la sclérose multiple les faits de ce genre ou s'ils constituaient une entité morbide différente. Le travail de M. Spiller se rapporte à deux faits dont l'un avec constatation histologique complète.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante ans, chez lequel l'attaque commença par l'engourdissement et la faiblesse des membres inférieurs; puis survint une diplopie accompagnée de faiblesse de tout le côté gauche y compris la face et de paralysie des membres inférieurs. Evidemment, on pouvait penser ici, soit à une sclérose en plaques aiguë, soit à la poliomyélite; mais contre ce dernier diagnostic venaient s'inscrire les troubles subjectifs de la sensibilité. L'amélioration survint assez vite et deux mois après l'admission à l'hôpital, le malade put sortir et reprendre son travail peu de temps après. On constatait seulement un tremblement dans les mouvements délicats de la main attesté par l'écriture.

Le second cas est plus intéressant et se rapporte à un homme de trente-quatre ans, chez lequel la maladie s'accusa au début par un engourdissement des pieds, lequel atteignit bientôt les jambes. Six jours après, survint une douleur très intense dans la partie supérieure droite de la poitrine. Un mois plus tard, on constata une paresthésie de la main droite et de la face; la marche était difficile à cause de la faiblesse des membres inférieurs, la voix devint rauque, et le voile du palais laissa reconnaître une paralysie bilatérale; la sensibiité objective était touchée, du côté gauche du corps et de la face; le nystagmus était très net dans le regard à droite, les réflexes patellaires étaient normaux; le signe de Babinski négatif. Un mois et demi après l'entrée à la clinique, la température s'éleva brusquement et le malade succomba.

L'étude histologique montra l'existence de foyers considérables de démyénilisation dans la substance blanche du bulbe et de la moelle épinière. En de nombreuses régions, les vaisseaux distendus étaient entourés d'un manchon considérable de leucocytes. Selon Spiller, il est fort difficile de séparer nettement la sclérose multiple de l'encéphalo-myélite disséminée, et l'auteur hésite à prendre parti contre l'opinion allemande selon laquelle il existe des rapports étroits entre ces deux affections et l'opinion anglaise selon laquelle l'encéphalomyélite disséminée et surtout les foyers de déménilisation, sont sinon indépendants, du moins hors de proportion avec réactions vasculaires de type inflammatoire.

Dans la discussion qui suivit l'exposé de Spiller, Georges Hassin insista beaucoup sur la séparation qu'il faut établir entre la sclérose en plaques vraie et l'encéphalomyélite disséminée, tant du point de vue clinique que du point de vue anatomique. Cliniquement, la sclérose en plaques est une maladie qui procède par poussées successives et dont l'évolution est fatalement progressive. L'encéphalomyélite disséminée, au contraire, régresse généralement pour se stabiliser. Histologiquement, la sclérose en plaques est un processus essentiellement dégénératif dont on peut suivre les différentes étapes en raison de la diversité d'âge des lésions. L'encéphalomyélite disséminée se marque, au contraire, par des altérations survenues à la même époque et dans lesquelles les réactions vasculaires sont toujours considérables et dépassent souvent la profondeur de la démyénilisation.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Étude sur la circulation du liquide cérébro-spinal par une méthode nouvelle. (E. SACHS, H. WILKINS, et C. CRAWFORD F. SAMS. *Arch. Neurol. of. Psychiat.*, janv. 1929, vol. XXIII, p. 130.) — En injectant une solution isotonique de bleu trypan, dans l'espace sous-arachnoïdien du chien, et en observant très exactement la diffusion de la substance colorante, les auteurs ont abouti à cette conclusion générale que, contrairement à ce que soutiennent certains physiologistes, le liquide céphalo-rachidien n'est animé d'aucun mouvement et qu'il n'existe absolument aucune circulation céphalo-rachidienne de haut en bas ou de bas en haut. Un courant liquidien s'établit seulement lorsqu'on pratique, en un point quelconque de la cavité sous-arachnoïdienne, une ponction avec soustraction du liquide. Dans ces conditions, on voit s'établir un courant liquidien vers le point ponctionné. Cette constation est très importante au point de vue thérapeutique car, chez l'homme, on ne doit pas perdre de vue que la rachicentèse dans les méningites cérébrales a pour conséquence l'apparition d'un courant liquidien de haut en bas, c'est-à-dire, du cerveau vers la moelle, courant qui peut entraîner les germes pathogènes et ainsi disséminer et étendre la méningite primitive. Si l'on veut faire un drainage de l'espace sous-arachnoïdien, il est bien préférable de l'établir

au niveau de la grande citerne occipitale que de le pratiquer dans la région lombaire.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien. Chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie. Etude par la coloration vitale. (Henri CLAUDE et Alfred DIMOLESCO. *Encéphale*, juin 1929, p. 528.) — L'examen du liquide céphalo-rachidien chez neuf paralytiques généraux qui n'avaient pas été traités auparavant, montre tout d'abord une grande résistance des éléments cellulaires vis-à-vis des colorants, ce qui témoigne d'une vitalité active, puis un polymorphisme accentué, lequel est bien en rapport avec la méningo-encéphalite de Bayle. Les auteurs cependant se gardent de conclure qu'il y ait ici un polymorphisme sans limite, mais la variété cellulaire peut être réduite à deux formules selon la prédominance ou non des lymphocytes. Les accès malariques déterminent la diminution des éléments cellulaires d'une manière progressive de sorte que lorsque les accès de fièvre sont interrompus, on ne retrouve plus dans le liquide céphalo-rachidien que quelques rares éléments ou des cellules mortes.

Du point de vue morphologique, les cellules qui persistent présentent les caractéristiques de la dégénérescence. Cette raréfaction des éléments figurés suit une marche parallèle à la diminution d'intensité de la réaction de Wassermann et du benjoin colloïdal.

Au cas de récidive, la pullulation des cellules retrouve son intensité. Il faut savoir que la régression des signes qui témoignent d'une inflammation méningée ne sont pas de fidèles indicateurs d'une régression des phénomènes psychiques.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES ET SYMPATHIQUE

Les névrites optiques rétrobulbaires d'origine nasale, sinusienne et dentaire. Etat actuel de la question. (REDS. *Rev. d'otol.*, etc., 1929, vol. VII, p. 405.) — Depuis quelques années la fréquence de la névrite rétrobulbaire ou mieux la névrite du faisceau maculaire, semble être devenue d'une particulière fréquence. Elle apparaît dans les conditions les plus variées : à la suite d'affections aiguës ou chroniques sinusiennes, d'infection dentaire; enfin et surtout, la névrite rétrobulbaire se montre comme une des manifestations les plus significatives des encéphalites à foyers multiples et plus particulièrement de la sclérose en plaques.

Dans nombre de cas, c'est par des troubles oculaires que débute la maladie de Cruveilhier et, parfois la perturbation de la vision et les lésions du fond d'œil restent pendant un certain temps, seuls témoins de la maladie.

Le rapport de causalité que l'on retrouve entre la névrite maculaire et l'infection du sinus sphénoïdal, ont incité à plusieurs reprises les chirurgiens à intervenir, par la trépanation sinusienne, dans les cas où l'examen radiographique met en évidence une obscurité sinusienne. Et souvent les résultats se sont montré extrêmement encourageants, parfois merveilleux. Mais, il faut savoir qu'il est des cas également où il semblait que la trépanation sinusienne assurât la guérison tandis, qu'en réalité, il s'agissait de la rétrocession spontanée d'une névrite liée non pas à l'infection des cavités sphénoïdales mais à la sclérose multiple.

Les réflexions précédentes s'appliquent exactement à la névrite rétrobulbaire d'origine dentaire. L'auteur en rapporte un cas. Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle on constatait du côté droit une névrite axiale et des lésions radiculaires des dents portant spécialement sur la canine et les deux incisives, à droite. Après extraction de ces deux dernières dents, la vue se rétablit normalement. On était donc porté à penser que la cause de la névrite se trouvait dans l'altération dentaire. Or, il n'en était rien et l'évolution montra par le retour de la névrite et par l'apparition de nouveaux symptômes, qu'il s'agissait d'une sclérose multiple.

Maladie de Recklinghausen et troubles pluriglandulaires. (MOSBACHER. *Arch. f. Psychiat.*, 1929, vol. LXXXVIII, p. 163.) — En dehors du fait que la maladie de Recklinghausen se développe toujours sur un terrain constitutionnel, nous ne savons rien de sa pathogénie ni de son étiologie. Aussi est-il intéressant de rappeler les constatations de l'auteur qui s'accordent avec celles de plusieurs observateurs et en particulier de Starck pour montrer que l'affection, loin de se limiter au système nerveux, s'accompagne souvent de désordres endocriniens.

L'observation contenue dans ce travail a trait à un homme de vingt-sept ans qui, depuis l'âge de dix-huit ans, présenta une augmentation du développement des os en longueur accompagnée d'hypertrophie des pieds et des mains. Plus tard, le type acromégalique se développa en même temps qu'apparaissaient des symptômes hypophysaires caractéristiques : céphalée, polyurie, polydipsie. La lésion hypophysaire était donc ainsi manifeste, mais elle n'était pas la seule car l'étude du métabolisme basal montra une hyperfonction de la thyroïde et une pigmentation diffuse de la peau qui parlaient en faveur d'une altération des glandes surrénales. D'où l'on peut conclure que la neuro-fibromatose est une affection qui peut porter, tout ensemble, sur le système nerveux de relation et sur le sympathique, en y comprenant les appareils glandulaires qui y sont annexés.

Sur les troubles endocriniens de la maladie de Recklinghausen. (FREUND. *Arch. f. Dermat.*, 1929, vol. CLVIII, p. 128.) — Ce mémoire comporte plusieurs observations à rapprocher des précédentes. Dans un cas la neurofibromatose s'accompagnait d'acromégalie; dans deux cas, de dystrophie avec adiposité génitale et, dans un cas, de tumeur testiculaire avec gynécomastie.

Symptomatologie de la sclérose en plaques. (Léo HESS et FALTITSCHEK. *Med. Klin.*, 1929, vol. II, p. 1200.) — Dans plusieurs travaux l'auteur s'est attaché à montrer que la symptomatologie de la sclérose en plaques ne se limitait pas au système nerveux de relation mais qu'un examen attentif pouvait révéler l'existence de symptômes portant uniquement sur l'appareil nerveux de la vie organique. Ces manifestations sont surtout très nettes sur le tube digestif.

Dans ce travail, l'auteur rapporte deux cas de sclérose en plaques avec constipation opiniâtre, associée à l'augmentation de la sécrétion et de l'activité motrice de l'estomac. Le trouble de la circulation intestinale est caractérisé par la rétention des matières dans la partie proximale du côlon, laquelle se trouve dilatée.

Certains cas de tabes dorso-lombaire présentent la même particularité et l'on peut se demander si ce type de constipation ne dépend pas d'un trouble de l'innervation dans le territoire du plexus pelvien.

Le rôle du sympathique dans les affections douloureuses de la face. (PEET. *Arch. of. Neurol.*, 1929, vol. XXII, p. 313.) — A côté de la névralgie faciale classique il y a place, ainsi que l'a montré d'une manière éclatante J. Sicard, pour le névralgisme, c'est-à-dire pour une affection tout à fait différente de la précédente, tant par son étiologie que par sa pathogénie. Les douleurs ne suivent plus le trajet du nerf trijumeau et, de plus, se montrent beaucoup moins aiguës, plus profondes, et revêtent souvent le caractère d'une pression ou encore d'une brûlure.

Assez souvent, les sensations douloureuses dépassent largement la sphère du trijumeau et gagnent les régions cervicale ou mastoïdienne. Très souvent aussi, elles irradient vers des parties du crâne qui se trouvent éloignées du territoire trigéminal. Il est bien certain que les douleurs de ce genre ne répondent pas à une altération organique du trijumeau puisque la résection ou la section du trijumeau entre le

ganglion de Gasser et la protubérance n'amènent aucun soulagement au malade.

Comme il semble démontré que le nerf facial contient des fibres destinées à conduire la sensibilité profonde de la face, on s'est demandé si de semblables névralgies n'étaient pas liées à des altérations du nerf de la VIIᵉ paire. Il semble bien qu'il n'en est rien, car de plus en plus on tend à réduire les fonctions sensitives du nerf facial.

En dernière analyse, bien des faits nous forcent à admettre l'hypothèse que certaines manifestations de névralgisme sont liées au spasme vasculaire engendré lui-même par une excitation du sympathique cervical, que la lésion se trouve à la périphérie ou au contraire localisée dans les centres sympathiques centraux. Le spasme vasculaire retentirait sur les fibres sensitives, lesquelles conduiraient vers le *sensorium* l'excitation douloureuse. En somme, on serait en présence, dans les cas de ce genre, d'une excitation en circuit qui partant des centres sympathiques centraux ou périphériques conduirait au spasme vasculaire d'abord pour engendrer, par contre-coup, une irritation des fibres sensitives vasculaires.

THÉRAPEUTIQUE

Paralysie générale traitée par la malariathérapie. (William Malamud et R. B. Wilson. *Arch. of Neur. and Psych.*, déc. 1929, vol. XXII, nº 6, p. 1135.) — Dans 54 cas de neuro-syphilis traités par la malariathérapie, l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien pratiqué en série montra qu'il existe une corrélation précise entre le comportement de l'index de perméabilité méningée au bromure et l'évolution clinique de l'affection. Dans les cas de paralysie générale où le traitement ne fut pas appliqué, on observe une augmentation de la perméabilité pour le bromure; chez les malades, au contraire, traités par la malariathérapie, il peut se produire ou non une augmentation de la perméabilité après la cessation de la fièvre, mais à la suite de ce stade d'hyperperméabilité on observe dans des cas favorables une diminution de la perméabilité. Dans les faits, au contraire, où aucune amélioration ne se produit et aussi dans les cas où la maladie s'aggrave, il se produit une augmentation beaucoup plus grande de la perméabilité. On peut donc se servir de l'index de la perméabilité comme d'un guide précieux pour le pronostic et aussi pour les indications thérapeutiques.

L'auteur remarque, enfin, que les réactions sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien (Wassermann, lymphocytose, albuminose, réaction de la globuline, épreuve de l'or colloïdal) n'affectent aucune relation précise avec le tableau clinique.

Les examens histologiques qui furent pratiqués chez les sujets dont l'index de perméabilité fut déterminé quelques jours avant la mort, ont montré l'existence d'une relation précise entre le degré de perméabilité et la quantité de fer déposé et retenu dans les parois des vaisseaux.

En dernière analyse, il semble bien que la détermination de la perméabilité méningée pour les bromures soit un indicateur fidèle dans l'appréciation du pronostic de la paralysie générale traitée par la malariathérapie, et aussi un des chaînons par lequel se relient le tableau clinique et l'expression histologique.

Le traitement de la méningite par l'urotropine. (Rosbock. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1929, vol. CCXVII, p. 264.) — L'urotropine, on le sait, car les auteurs américains ont démontré l'exactitude de ce fait depuis longtemps, a pour propriété de traverser la barrière hémato-encéphalitique et de filtrer dans le liquide céphalo-rachidien, où elle apparaît sous forme de formol. Aussi, depuis une vingtaine d'années, est-il assez courant d'employer l'urotropine chez les sujets atteints de méningite ou plus généralement d'infection aiguë du système nerveux. Il semble que, dans certains cas de poliomyélite, l'usage de l'urotropine soit très recommandé, et tout au début de la grande épidémie de l'encéphalite épidémique Lhermitte a pu obtenir un très beau succès à la suite de l'injection intraveineuse d'urotropine combinée avec la soustraction du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur, qui a pratiqué une expérimentation très vaste sur le lapin et le cobaye, et expérimenté également l'urotropine chez l'homme, arrive à cette conclusion : la prophylaxie des méningites chez l'homme trouve un agent fidèle dans l'usage de l'urotropine. Le traitement préventif de la méningite consiste dans l'absorption par la bouche d'une quantité assez considérable d'urotropine. Lorsque les accidents méningés sont développés, il faut faire absorber au malade deux ou trois fois par jour 10 centigr. d'une solution à 40 p. 100 d'urotropine. L'auteur recommande même dans certains cas l'injection sous-arachnoïdienne d'une solution à 10 p. 100.

Malgré ses recherches, l'auteur n'a jamais pu démontrer le passage de l'urotropine sous forme de formaldéhyde dans le liquide céphalo-rachidien, tandis qu'il a pu retrouver en nature le médicament.

Ainsi qu'on le sait, ce médicament s'élimine par les urines, et si sa nocivité n'est pas très élevée, de nombreux exemples montrent qu'un usage intensif et prolongé d'urotropine peut déterminer l'apparition d'une néphrite hémorragique. C'est dire que le traitement par l'urotropine ne peut être conseillé que si l'on peut suivre d'une manière très exacte le fonctionnement rénal des malades chez lesquels on met en œuvre cette thérapeutique.

Section du sympathique. Nouvelle opération contre la maladie de Raynaud et les paralysies spasmodiques du membre supérieur. (Royle. *Med. J. Austral.*, 1928, vol. II, p. 436.) — Hunter a montré, comme l'on sait, que les contractures liées à la paraplégie ou à l'hémiplégie peuvent être très nettement améliorées par la transection ou la résection du système sympathique des membres inférieurs. En est-il de même pour ce qui est des membres supérieurs? Tel est le problème que se pose l'auteur. Dans deux cas fut pratiquée non pas la section du tronc sympathique cervical, mais celle de la chaîne thoracique profondément au-dessous du ganglion stellaire. Dans ces conditions, on respecte assez complètement les fibres destinées à l'iris et on détermine à la fois une diminution de la contracture du membre et une amélioration des troubles circulatoires.

Traitement des radiculites par la radiothérapie. (J. et S. Ratera. *Siglo med.*, 1929, vol. LXXXIII, p. 629.) — Depuis quelques années, se sont multipliés d'une manière vraiment curieuse les cas de radiculite brachiale; et le plus souvent les médecins se sont trouvés quelque peu surpris par l'inefficacité des moyens thérapeutiques ordinaires employés contre ces névralgies, selon toute vraisemblance liées à des altérations des racines rachidiennes ou mieux encore aux troncs nerveux engagés dans les canaux de conjugaison. La radiothérapie apparaît comme l'arme la plus sûre contre ces radiculites goutteuses, rhumatismales ou infectieuses. Il est probable que les rayons X agissent ici, d'une part, sur l'œdème, l'infiltration cellulaire des trous de conjugaison, et, d'autre part, sur les troubles circulatoires des troncs nerveux. Il est important de savoir que la radiothérapie n'agit pas constamment d'une manière régulière en ce sens et que, dans un bon nombre de cas, les phénomènes algiques semblent s'exacerber par la deuxième ou la troisième séance; ce n'est que plus tard que s'amorce l'amélioration qui aboutit à la guérison définitive.

L'auteur indique que les nerfs réagissant beaucoup mieux pendant la période aiguë de l'affection doivent être soumis, le plus rapidement possible, à la radiothérapie, et, d'autre part, que la lésion n'étant pas strictement radiculaire, il convient dans beaucoup de cas d'irradier les troncs nerveux périphériques eux-mêmes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSURANCES SOCIALES

PROJET DE RÉDACTION POUR LA CONVENTION CAISSE-SYNDICAT DÉPARTEMENTAL ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE.

On sait que d'après la loi d'assurance-maladie actuellement en discussion, une convention caisse-syndicat médical doit être signée pour régler « les modalités d'application de la loi et toutes autres conditions jugées utiles ».

Il avait d'abord été prévu par la Confédération des syndicats médicaux français un projet de convention-type devant s'appliquer à toute la France. Un premier projet de ce genre a été publié dans le numéro spécial du *Médecin de France* de novembre 1929 (p. 678 et suiv.).

Depuis la tenue de l'assemblée générale de la Confédération les 21 et 22 décembre 1929, d'autres projets de convention ont été établis, qui ont remplacé le projet primitif.

Il a en particulier été reconnu nécessaire, tout au moins en ce qui concerne les établissements de soins, de rédiger des projets différents pour la province et pour la région parisienne.

Le projet de convention ci-dessous est celui qui a été adopté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine pour les soins donnés dans les « dispensaires cliniques et les établissements de cure et de prévention » sis dans le département de la Seine.

Il comprend sept articles numérotés de 18 à 24 inclusivement, les 17 premiers articles de la convention concernant l'organisation des soins au domicile du malade et au cabinet du médecin.

Les principes qui ont présidé à l'élaboration de ce projet sont les suivants :

1° Pour les établissements privés on a adopté la même réglementation que pour les consultations au cabinet du médecin.

2° Pour les établissements publics ou reconnus d'utilité publique ne comportant pas le libre choix du médecin par le malade, on a adopté une réglementation spéciale qui tienne compte des nécessités de l'enseignement et de la recherche scientifique, tout en évitant de porter préjudice au médecin praticien.

La formule suivante a été retenue :

D'une part, paiement intégral par les caisses des frais d'hospitalisation au prix de revient réel. D'autre part, paiement par les assurés sociaux des honoraires médicaux au tarif syndical minimum habituel en ce qui concerne les consultations externes et suivant un tarif spécial forfaitaire en ce qui concerne les assurés hospitalisés. Ce forfait consisterait, ajoutons-le, dans le paiement par l'assuré hospitalisé du prix d'une consultation au tarif syndical minimum divisé par *n* journées d'hospitalisation, les interventions tant médicales que chirurgicales étant comprises dans le forfait et par conséquent non payées à part.

3° En ce qui concerne les établissements de soins appartenant aux caisses, la question est actuellement à l'étude et la décision bien qu'imminente n'a pas encore été prise par le Conseil d'administration du S. M. S.

* * *

Bien entendu le *texte ci-dessous ne doit être considéré que comme un projet susceptible de retouches*. Il ne saurait d'ailleurs être définitif, puisque la loi elle-même est encore en discussion devant le Parlement.

Il n'est soumis au Corps médical de la région parisienne qu'afin de permettre aux groupements professionnels du département de la Seine et à tous les médecins de Paris et de sa banlieue de pouvoir l'étudier, le critiquer ou l'approuver.

ART. 18. — L'assuré malade a le droit de se faire soigner à son choix, dans une maison de santé privée ou à l'hôpital, lorsque son état ou sa situation ne lui permettent pas de se soigner à domicile. Il s'oblige alors à se soumettre au règlement intérieur de l'établissement qu'il a choisi.

ART. 19. — *Hospitalisation dans les établissements privés.* — 1° Les frais d'hospitalisation proprement dits (non compris les honoraires médicaux) sont versés à l'établissement de soins privés par l'assuré, aux conditions qu'il a lui-même convenues avec cet établissement.

La caisse lui rembourse sur cette somme sa part de responsabilité dans les frais d'hospitalisation proprement dits, cette part étant fixée par elle-même et devant être au moins égale à celle fixée pour les établissements de soins publics.

Un contrat particulier « caisse-syndicat médical départemental » peut être conclu pour fixer la part de responsabilité de la caisse dans les frais d'hospitalisation proprement dits dans l'établissement de soins privés, cette part de responsabilité devant toujours être au moins égale à celle fixée pour les établissements de soins publics. Ce contrat est alors annexé à la présente convention.

2° Pour les soins donnés dans les établissements privés, le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité sont ceux établis en exécution des articles 5, 6, 7 et 8 de la présente convention.

Le paiement et le remboursement des honoraires du médecin, du chirurgien ou du spécialiste dans les établissements de soins privés sont effectués suivant les modalités prévues aux articles 9 et 10 de la présente convention.

3° Le contrôle des malades par la caisse et le contrôle technique par le Syndicat s'exercent, dans les établissements de soins privés, dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles 11, 12, 13, 14, 15, 16 de la présente convention.

ART. 20. — *Hospitalisation dans les établissements de soins appartenant aux caisses.*

Réservé.

ART. 21. — *Hospitalisation dans les établissements publics ou reconnus d'utilité publique.*

1° Dans les établissements de soins appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux administrations hospitalières, régies par les lois de 1849 et de 1851, ainsi que dans les dispensaires, fondations ou hôpitaux privés reconnus d'utilité publique, les frais d'hospitalisation proprement dits (non compris les honoraires médicaux) sont réglés à l'établissement de soins par l'assuré.

Le montant des frais d'hospitalisation proprement dits, qui sont entièrement à la charge de la caisse est égal au montant des frais réellement occasionnés par le séjour des assurés dans les établissements hospitaliers de la commune ou de la région, appartenant à l'Assistance publique, ce montant étant augmenté des frais (impôts, intérêt et amortissement de l'argent engagé) qui incombent aux maisons de santé privées et que ne supportent pas les hôpitaux publics.

2° Pour les soins donnés dans les établissements désignés au précédent paragraphe, le tarif syndical minimum et le tarif de responsabilité sont les tarifs spéciaux annexés à la présente convention.

Le paiement des honoraires du médecin, du chirurgien ou du spécialiste dans ces mêmes établissements, est effectué suivant les modalités prévues à l'art. 9 de la présente convention. Pour le recouvrement des honoraires sur l'assuré, le médecin, le chirurgien ou le spécialiste peuvent désigner un agent comptable de l'établissement de soins auquel ils sont attachés.

Le remboursement aux assurés des honoraires médicaux dans les établissements de soins visés au précédent paragraphe est effectué suivant les modalités prévues à l'article 10 de la présente convention.

3° Le contrôle des malades et le contrôle technique s'exercent selon les modalités convenues d'un commun accord entre l'établissement hospitalier et la caisse, d'une part, le Corps médical hospitalier et le syndicat médical, d'autre part.

ART. 22. — *Consultations externes dans les établissements privés.*

Les consultations externes dans les établissements de soins privés (établissements non prévus à l'article 24) donnent lieu à la même réglementation que celle prévue pour les articles 1 à 17 inclus de la présente convention. Les articles 25, 26 et 27 leur sont également applicables.

ART. 23. — *Consultations externes dans les établissements de soins appartenant aux caisses.*

Réservé.

ART. 24. — *Consultations externes dans les établissements publics ou reconnus d'utilité publique.*

1° Dans les établissements de soins appartenant à l'État, aux départements, aux communes et aux administrations hospitalières régies par les lois de 1840 et de 1851, ainsi que dans les dispensaires, fondations et hôpitaux privés reconnus d'utilité publique, les consultations externes et les examens biologiques donnent lieu à la même réglementation que celle prévue par les articles 1 à 17 inclus de la présente convention.

Pour le recouvrement des honoraires sur les assurés, le médecin, le chirurgien ou le spécialiste peuvent désigner un agent comptable de l'établissement de soins auquel ils sont attachés.

Dans les dispensaires antituberculeux publics, institutions de diagnostic, de dépistage et de placement, ne dispensant aucune ordonnance ou traitement aux assurés sociaux, les consultations externes ne donnent lieu à aucune perception d'honoraires.

Dans les dispensaires antituberculeux privés, reconnus ou non d'utilité publique, les consultations externes sont soumises à la même réglementation que dans les établissements de soins visés au paragraphe Ier du présent article.

Dans les dispensaires antivénériens publics ou reconnus d'utilité publique, les consultations externes ne donnent lieu à aucune perception d'honoraires si l'établissement de soins est une institution de diagnostic, de dépistage et de répartition des médicaments spécifiques, et s'il ne dispense aucune ordonnance ou traitement pour les assurés sociaux. Dans le cas contraire, les consultations externes donnent lieu à la réglementation prévue au paragraphe Ier du présent article.

Dans les consultations prénatales et les consultations de nourrissons, les consultations externes donnent lieu à la même réglementation que celle prévue par les articles 1 à 17 de la présente convention.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES DE LA GROSSESSE TUBAIRE[1]

B. **L'hémorragie intrapéritonéale libre peut être d'abondance modérée.** — Elle simule alors une *fausse couche banale.*

Début. Une jeune femme est prise de :

Douleur brutale ou à type expulsif.

Parfois elle a une ou deux petites syncopes.

D'hémorragie externe, s'accompagnant parfois de caduque utérine.

L'on pense à une fausse couche banale d'autant que l'interrogatoire précise :

Soit un *retard de règle net de deux à trois mois*;

Soit l'existence de *douleurs et de pertes irrégulières* depuis plusieurs semaines.

A l'examen, certains symptômes permettent d'éviter l'erreur :

Le ventre est un peu ballonné;

L'hémorragie externe brun chocolat, sépia, poisseuse;

Le col n'est pas entr'ouvert;

L'utérus moins gros que l'âge de la grossesse;

L'on sent un empâtement latéro-utérin;

Enfin, l'on retrouve le « cri du Douglas ».

ÉVOLUTION. — *A. Le diagnostic posé*, il faut intervenir.

B. Méconnue, cette forme aboutit généralement à l'hématocèle enkystée.

LE DIAGNOSTIC est souvent difficile :

L'erreur avec la *fausse couche* est fréquente, il faut se méfier de toute fausse couche avec cri du Douglas.

II. **Hémorragies en péritoine enkysté.** — Une femme vient généralement consulter pour :

Douleurs dans le bas-ventre, pesanteur pelvienne avec irradiation lombaire.

Troubles de compression. — Constipation, ténesme rectal, dysurie, pollakiurie.

Parfois *température* depuis plusieurs semaines à 38°-38°5.

Examen. Bas-ventre un peu météorisé.

Au toucher vaginal :

Un col ramolli, *élevé, plaqué en avant contre la face postérieure de la symphyse.*

Un utérus, dont on sent mal le fond perdu dans *une masse volumineuse* qui *bombe et déplisse le Douglas.* Masse pâteuse ou dure, mal limitée, fixée, peu douloureuse au toucher.

Toucher rectal. — Rectum est refoulé par la tumeur.

Spéculum. — Parfois teinte ecchymotique du fond du vagin.

Devant ces symptômes l'on recherchera par l'interrogatoire :

Soit *un épisode douloureux* récent avec vertiges et hémorragie remontant à quelques semaines;

Soit *un arrêt ou une modification des règles* depuis plusieurs mois;

Enfin, les modifications des seins en rapport avec une grossesse.

En cas de doute :

La ponction du Douglas, en ramenant un sang poisseux, noirâtre, tranchera le diagnostic.

L'ÉVOLUTION. — *A.* Le diagnostic posé, il *vaut mieux opérer* par voie abdominale et faire une castration unilatérale.

B. Car si :

a. La résorption spontanée est possible, mais lente, fébrile, et laissera des adhérences.

b. Plus souvent des *complications surviennent* :

— *Nouvelles poussées hémorragiques*;

— *Suppuration* surtout, et si la collection n'est pas évacuée par colpotomie elle s'ouvrira spontanément dans le vagin ou le rectum.

A côté de cette forme rétro-utérine, il convient de citer l'*hématocèle anté-utérine*; l'*hématocèle intraligamentaire*, beaucoup plus rare.

LE DIAGNOSTIC est souvent difficile. C'est celui des tumeurs pelviennes.

Fibrome ou kyste de l'ovaire enclavé.

Utérus gravide rétro-fléchi.

C'est surtout celui DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

Pyosalpinx probable dans le Douglas.

Abcès du Douglas à allure subaiguë, et bien souvent seule la ponction permet de trancher ce diagnostic.

III. **L'hématosalpinx** proprement dit est la forme la plus latente. Elle est souvent prise pour une salpingite.

Signes fonctionnels. Ce sont :

Des crises douloureuses;

Des hémorragies peu abondantes se répétant et souvent au moment des règles.

L'on trouve souvent un léger retard au début des accidents.

A l'examen : *une tumeur annexielle unilatérale*, bien limitée, peu douloureuse.

L'évolution :

1° Le diagnostic posé, l'intervention s'impose.

2. *Méconnue* :

— La résorption spontanée est possible;

— La suppuration n'est pas rare;

— La transformation maligne exceptionnelle.

Le diagnostic est avant tout celui d'une salpingite, et il faut se méfier des salpingites avec hémorragies après léger retard de règle et penser toujours alors à l'hématosalpinx.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 25, p. 462.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 1er avril. — MM. Fèvre et Bernard, 22; Leibovici, 26; Ameline, 25; Thalheimer, 20; Bloch, 27.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — A la suite des manifestations qui continuent à se produire au cours de M. Blanchetière, le ministre a décidé que le cours serait suspendu jusqu'à nouvel ordre, et que l'examen de chimie serait ajourné à la session d'octobre.

— ALGER. — Par arrêté du 31 mars 1930, la chaire de pathologie générale et médicale et la chaire de botanique et matière médicale de la Faculté de médecine d'Alger sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O*, 1er avril.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — Par arrêté en date du 31 mars 1930, le concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine de Caen ouvert par l'arrêté du 7 février 1930 devant la Faculté de médecine de Paris à la date du 2 octobre 1930 aura lieu à la même date devant la Faculté de pharmacie de ladite Université. (*J. O.*, 1er avril.)

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le cabinet du ministre de la santé publique est installé depuis quelques jours 7, rue de Tilsitt.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — MM. Bérard (de Lyon), Landowski et Sergent (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. Baumgartner, Cantonnet, Desmarets, Funck-Brentano (de Paris), Guillaume (de Tours), Héraud, Moulin, Ribadeau Dumas (de Paris), Sellier (de Bordeaux), Turchini (de Paris), Vigne (du Havre).

Au grade de chevalier. — MM. Alquier (de Reibell), Andraud (de Pontgibaud), Antoine (de Paris), Baudelot (de Zuydcoote), Berthoumeau et Paul Blum (de Paris), Bousquet (de Rodez), Chaillous, Chiray et Civatte (de Paris), Clerc (de Saillegousse), Coittier (de Delle), Creuze (de Paris), Dansan (d'Auch), David (de Narbonne), Delahousse (de Roubaix), Dercheu (de Vanves), Donzelot (de Paris), Ducrot (de Villeneuve-d'Amont), Charles François (de Delme), Gilbert (de Paris), Guillermin (de Chambéry), Mlle Hamilton (de Bordeaux), MM. Hertz (de Paris), Hubert (de Cherbourg), Langlois (de Nice), Lauriat, Lebar et Lequeux (de Paris), Leleu (de Béthune), Emile Lévy (de Paris), Llopet (de Perpignan), Manhaviale (de Montauban), Mignon (de Paris), Pelloquin (de Draguignan), Perdu (d'Amiens), Perrens (de Bordeaux), Planchon (de Paris), Prabernon (de Nancy), Riou (de Guingamp), Charles Robert (de Versailles), Schmitt (d'Andlau), Marcel Sée (de Paris), Théodore Simon (de Parray-Vaucluse), Solelis (de Neussargues), Thomas (d'Hyères), Verrier (de Chevagnes), Weber et Yacoël (de Paris).

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — Le 2 mai prochain un concours s'ouvrira en vue du recrutement de 15 médecins inspecteurs d'écoles de Paris et de 35 médecins inspecteurs d'écoles de banlieue.

Pour tous renseignements et les inscriptions, qui sont reçues jusqu'au 15 avril inclusivement, s'adresser au service

administratif de l'inspection médicale des écoles, 2, rue Lobau, Paris (IVe).

EXPOSITION COLONIALE DE 1931. — CONGRÈS DE MÉDECINE. — De nombreux congrès de tous ordres auront lieu à Paris à l'occasion de l'Exposition coloniale organisée par le maréchal Lyautey. La Commission des congrès présidée par M. le sénateur Delande est divisée en 17 sous-sections. La quinzième a pour programme : médecine, hygiène, assistance, économie sociale.

Adresser les demandes de renseignements au Grand Palais, soit à M. Delande, président général des congrès, soit à M. Foveau de Courmelles, élu président de la quinzième sous-section.

VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE. — En raison de la réunion de la VIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui se réunit en août à Oslo, le VIIe Congrès national de la tuberculose, qui devait avoir lieu cette année vers Pâques à Bordeaux, est reporté au printemps de 1931.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Verdun, ancien professeur des sciences naturelles à la Faculté de médecine de Lille, décédé à Bayonne; Caffeau (de Chaumontel), Cartade (d'Estagel), Dubreuil, Grenier, Lefèvre [Emile-Gabriel] (de Paris), Giraud (de Cormeilles-en-Parisis), Huart (de Trélon), Salen (de Marseille), Louis Sauvage (d'Amiens), Alphonse Sirot (d'Avesnes), Boez, directeur de l'Institut Pasteur de Saïgon; Marage, professeur à la Sorbonne, officier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut, de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine; Henri Mercier (de Paris), Thirard (d'Evreux), décoré de la médaille de la Reconnaissance française; Raoul Dumas, médecin général des troupes coloniales, à Paris; Gabriel Dufour-Lamartinie (d'Objat, Corrèze), Henri Lenail (de Largentière), Gaschet (de Châteauneuf-sur-Sarthe); Emmery Blin, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine.

EN FAVEUR DES MÉDECINS SINISTRÉS

RÉUNION DES GROUPEMENTS PROFESSIONNELS TOULOUSAINS

Les délégués de :

La Fédération des Syndicats médicaux du Sud-Ouest,
L'Association des médecins de la Haute-Garonne,
L'Association des médecins de Toulouse,

régulièrement mandés par :

La Confédération des Syndicats médicaux,
L'Association générale des médecins de France,

Pour recueillir et distribuer les secours aux médecins sinistrés font connaître à leurs confrères que, dans les inondations qui ont ravagé notre région, une dizaine de médecins et une sage-femme ont été profondément atteints par le sinistre qui a non seulement détruit leurs biens mais encore leurs moyens d'existence.

En effet, coupés d'une partie de leur rayon d'action par l'interruption des ponts, ils ont vu la partie la plus riche de leur clientèle sinistrée et relever actuellement de l'assistance médicale gratuite qui, on le sait, ne peut les payer qu'en fin de trimestre et avec les retards inhérents à la comptabilité publique.

Les uns ont perdu leur matériel professionnel, instruments, livres, mobilier, médicaments; les autres leurs appareils de radiographie.

En présence de cette situation, les délégués soussignés font donc appel à tous les confrères, à tous les groupements médicaux, aux fournisseurs d'instruments médicaux et aux librairies scientifiques pour obtenir :

1° De l'argent destiné à des secours immédiats ou à des prêts d'honneur à long terme sans intérêt;

2° Des dons en nature pour reconstituer le matériel ou les bibliothèques détruites.

Ils vous prient d'adresser l'argent au docteur Granboulan, 18, rue Sainte-Isabelle, Toulouse, C/Chèques Toulouse 158-83, les offres de dons en nature au docteur Cadenat, 3, place du Capitole, Toulouse et vous remercient d'avance de votre générosité.

Le 27 mars 1930.

Professeurs BARDIER, CLERMONT, M. GARIPUY, DAMBRIN, MAURIN, docteurs AVERSENQ, CLAVELIER, CADENAT, GRANBOULAN.

COMMUNIQUÉ DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE VICHY

« Le Syndicat des médecins de Vichy porte à la connaissance de ses confrères que l'état sanitaire y est actuellement excellent.

Au début de la saison dernière, un certain nombre de cas de fièvre typhoïde s'étaient produits, vraisemblablement à la suite de travaux d'édilité hâtivement poursuivis, et en liaison avec de récentes épidémies dans le voisinage; toutefois certains faits ont permis d'étranges suppositions. (Bordas. *Ann. d'hyg.*, nov. 1929.)

Les mesures immédiatement prises avaient eu, du reste, dès le mois d'août, le meilleur effet. Aucun cas de fièvre typhoïde n'a été déclaré cet hiver à Vichy.

Afin de couper court à certains bruits tendancieux, nous tenons à attester que jamais l'eau minérale aux Sources n'a été tant soit peu microbienne, et elle ne saurait l'être, étant donné son origine profonde, son perpétuel renouvellement et la perfection de son captage.

Jamais non plus l'eau embouteillée n'a pu être incriminée, à moins qu'il ne se soit agi d'une bouteille falsifiée ou accidentellement détériorée. Si des retards d'envoi ont été signalés cette année, cela tient à l'accroissement continu de la demande et à de grands travaux d'extension de l'embouteillage.

L'eau de la ville, analysée tous les jours, est pour l'heure absolument pure ; on l'aseptise par excès de précaution. Tous les soins ont été donnés au fonctionnement d'un bureau d'hygiène modèle, qui veille à l'exécution des travaux jugés opportuns.

Ceci dit, rappelons la campagne de dénigrement puissamment organisée dont Vichy est l'objet depuis quelques années. Station de beaucoup la plus fréquentée et la mieux outillée d'Europe, inégalable par la notoriété thérapeutique séculaire de ses eaux, toujours en voie de perfectionnement, elle était toute désignée aux premiers coups d'une guerre économique, dirigée en réalité contre l'ensemble des stations françaises. »

REVUE GÉNÉRALE

L'ALLERGIE TYPHIQUE

Son rôle dans la vaccinothérapie et la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde.

Par E. RIVALIER, J. REILLY, H. CAMBESSEDÈS et J. DELALANDE.

Le terme d'*allergie*, créé par von Pirquet, pour désigner les réactions accélérées causées par l'inoculation de vaccin jennérien chez les sujets antérieurement vaccinés, a bénéficié d'une rapide fortune.

Etendue par son auteur à la maladie du sérum et à l'infection tuberculeuse, cette notion fut bientôt reprise et parfois même abusivement. Demeurant dans le cadre de la définition de von Pirquet, on peut dire de l'allergie qu'elle est *un état de réactivité particulier à l'organisme soumis une première fois à l'action d'un antigène, et en vertu duquel tout nouveau contact avec le même antigène se traduira par une réaction différente de la première.*

Dans le domaine des maladies infectieuses, l'état allergique apparaît comme une sensibilisation de l'organisme vis-à-vis des protéines du résidu infectant (exemple : allergie chancrelleuse), ou des substances que celui-ci sécrète (exemple : allergie tuberculinique).

La découverte de manifestations allergiques au cours de la dothiénentérie n'est pas un fait récent : elle date de la communication de Chantemesse sur l'ophtalmo-réaction chez les typhiques, en 1907. Toutefois, les premiers faits observés ne furent pas tout d'abord rattachés à leur véritable cause, et plusieurs années furent nécessaires avant que la notion d'allergie typhique prît définitivement corps. Son intérêt apparaît de jour en jour grandissant, et l'on verra, en dépit des interprétations peut-être excessives auxquelles elle a donné lieu, l'importance qu'il convient de lui attribuer dans la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, voire même dans la vaccination préventive. Ce sont les seuls points que nous nous proposons de développer ici, nous réservant d'exposer ailleurs le rôle que peuvent jouer les phénomènes allergiques dans les déterminations anatomo-cliniques de la dothiénentérie.

I. Aperçu des travaux antérieurs sur l'allergie typhique (1). — En 1907, Chantemesse montra que l'instillation conjonctivale d'une « toxine typhique » extraite d'un bouillon de culture de bacilles d'Eberth déterminait une rougeur fugace chez les sujets sains tandis que chez les typhiques et les convalescents de fièvre typhoïde, elle provoquait une réaction beaucoup plus intense et prolongée. Chantemesse vit dans cette « *ophtalmo-réaction* » un procédé de diagnostic de la dothiénentérie. L'étude en fut reprise par d'autres auteurs avec des résultats généralement concordants (Orszag, Hamburger, Meron, Malisch, Zupnik, Beckers) mais, pas plus que Chantemesse ces expérimentateurs n'envisagèrent le véritable mécanisme de la réaction qu'ils attribuèrent à la toxicité propre du produit et non à l'état d'intolérance acquis par les typhiques vis-à-vis de l'antigène du bacille d'Eberth. Meron fit une réserve sur la spécificité de la méthode, observant que l'ophtalmo-réaction pouvait parfois être trouvée positive chez des sujets sains.

Substituant à la « toxine » précédente difficilement stable, un autolysat de bacilles, Floyd et Backe obtinrent une réaction positive dans 94 p. 100 de cas de fièvre typhoïde en évolution, mais généralement négative pendant la convalescence. Un peu plus tard Austian apporte une large expérimentation à l'aide d'un extrait de bouillon de culture et confirme les résultats des précédents auteurs. En dépit de quelques détracteurs de la méthode (Spät, Goodall) dont les échecs dépendent sans doute de la moindre valeur des antigènes employés, l'ophtalmo-réaction apparaît donc généralement comme ayant une grande valeur au point de vue diagnostic. Elle représente la première preuve apportée de l'état d'allergie des typhiques.

Parallèlement à ce mode d'investigation Link, et après lui de nombreux expérimentateurs (Floyd et Barker, Gay et Force, Thompson, etc.) cherchèrent dans la *cuti-réaction* un procédé de diagnostic plus anodin. Les résultats obtenus, tant avec des microbes qu'avec des filtrats de culture furent du même ordre que précédemment, mais cependant beaucoup moins constants si bien que la cuti-réaction fut abandonnée au profit de l'*intradermo-réaction*, dès que celle-ci fût entrée dans la pratique.

Chauffard et Troisier, puis Cheurlot dans sa thèse, montrèrent que l'introduction dans la peau de bacilles tués, d'endotoxia, ou d'exatoxia typhiques détermine une réaction bien plus accusée chez les malades atteints de dothiénentérie que chez les sujets sains. Toutefois, la première étude systématique de la question est due à Gay et ses collaborateurs (Force, Stevens, Chaypoli, Lamb) qui emploient comme antigène une « typhoïdine » préparée d'une manière assez analogue à la tuberculine ancienne de Koch. Ils enregistrent chez les typhiques et chez les convalescents une intradermo-réaction positive avec un pourcentage variant de 75 à 95 p. 100 selon les statistiques, mais signalent la possibilité de réactions positives chez des sujets normaux et qu'ils supposent avoir présenté antérieurement une infection méconnue. Gay et ses collaborateurs envisagent d'ailleurs l'intradermo-réaction positive comme un test d'immunité acquise. Nichols, au contraire, tout en reconnaissant la valeur de la méthode, pense qu'elle décèle une sensibilisation vis-à-vis des protéines typhiques. Quelques opinions s'élèvent à l'encontre de la valeur strictement spécifique de ces réactions. C'est ainsi que Kolmer et Dodge, n'obtenant chez les typhiques que 60 p. 100 de succès et constatant la présence de réactions positives chez 28 p. 100 de sujets sains, conseillent de ne tenir compte que des

(1) On trouvera le détail de ces recherches, ainsi que les références bibliographiques, dans la thèse de l'un de nous : J. DELALANDE. *L'Allergie typhique*, Paris 1929, Arnette.

réponses très intenses et montrent la nécessité de purifier les produits employés.

En 1923, M'Kendik voit dans l'intradermo-réaction un critère diagnostique de grande valeur. Rodriguez (de Buenos-Aires) arrive à des conclusions identiques. Large observe, de son côté, une réaction constamment positive chez le typhique mais qui deviendrait négative à la convalescence, et presque constamment négative chez les sujets sains.

Le plus important travail apporté sur la question est celui de Glouckoff en 1926. Utilisant une « endotoxine » préparée par lyse sodique des bacilles typhiques, diluée de moitié après neutralisation et insérée dans le derme à la dose de 0,1 centimètre cube, cet expérimentateur enregistre les résultats suivants : 222 cas observés, l'intradermo-réaction fut positive dans 92 p. 100 de cas de fièvre typhoïde légère ou moyenne, et souvent de manière précoce, précédant la réaction de Widal. Quand elle fut négative au cours de la maladie, il s'agissait de cas particulièrement graves (fait déjà vu par Rodriguez). Egalement marquée chez les convalescents et chez les porteurs de germes, la réaction est nulle chez les sujets indemnes de tout antécédent typhique. Glouckoff conclut de ses recherches que l'intradermo-réaction est un précieux moyen de diagnostic précoce et qu'elle représente une réaction allergique comme celle de von Pirquet dans la tuberculose.

Alissoff et Moroskin, utilisant un vaccin phéniqué obtiennent sur 104 typhiques des résultats analogues mais un peu variables selon la période de la maladie (97 p. 100 de réactions positives au cours de la deuxième semaine, 90 p. 100 au cours de la troisième, 70 p. 100 au cours de la quatrième). 97 p. 100 des sujets sains témoins ne fournirent aucune réaction.

Plus récemment, Glouckoff et ses collaborateurs (Preobajenskaia et Sadavski) continuent dans de nouvelles statistiques plus étendues (519 cas) les conclusions rapportées antérieurement : 75 à 92 p. 100 de réponses positives chez des malades, réaction négative chez les cachectiques et au cours des infections graves, mais pouvant devenir positives si l'état général s'améliore, 60 p. 100 de réactions positives chez des sujets indemnes mais vivant en milieu infecté (595 sujets), réaction négative chez 245 témoins indemnes et non porteurs de germes. Enfin Arloing et ses élèves qui eurent recours à l'injection de cultures filtrées ou lysées par le bactériophage, estiment que la réaction est analogue à celle de Schick ou de Dick : elle serait positive chez les sujets normaux et les typhiques en évolution, pour devenir négative du quinzième au vingtième jour après la terminaison de la maladie.

Ainsi, malgré quelques opinions contradictoires, explicables par la variété des antigènes utilisés, la valeur spécifique de l'intradermo-réaction pratiquée au cours de la fièvre typhoïde, avec un antigène homologue est dûment établie. A ne retenir que les derniers travaux signalés ci-dessus et qui sont les mieux étudiés, on peut dégager les conclusions suivantes :

1° Les malades atteints de dothiénentérie en évolution présentent, après inoculation intradermique d'antigène typhique une réaction positive dans 75 à 92 p. 100 des cas. La même épreuve est négative au cours des fièvres typhoïdes graves et chez les sujets cachectiques.

2° La réaction demeure tantôt positive chez les convalescents de la maladie, tantôt disparaît après la guérison.

3° Les sujets sains ou atteints d'autre maladie ne réagissent habituellement pas, quelques-uns cependant faisant exception à cette règle, ce qui fait diminuer la valeur pratique de cette méthode.

II. **Recherches personnelles sur l'allergie typhique.** — Instruits par les précédentes recherches mais tenant compte également des résultats contradictoires obtenus par certains expérimentateurs, nous avons cru intéressant de reprendre cette étude en évitant le plus possible les causes d'erreurs qui paraissent relever, soit de la *valeur antigénique insuffisante de produit employé*, soit *surtout de sa toxicité propre qui risque de provoquer des réactions chez les sujets sains* et dont l'importance semble avoir échappé à beaucoup d'expérimentateurs.

Avant toute recherche nous désirions donc être en possession d'un antigène *actif et atoxique*. Pour ces raisons nous avons rejeté l'emploi des filtrats de culture, produits impurs, parfois toxiques et de toxicité variable; de même les émulsions de corps microbiens tués susceptibles de provoquer des réactions banales par résorption des particules. Nous avons cherché à préparer un antigène soluble, renfermant seulement les constituants chimiques des bacilles et dont la toxicité serait supprimée. Cette méthode devait permettre d'apprécier l'état de sensibilisation, autrement dit d'allergie des typhiques, *alors que les procédés antérieurs ne laissaient pas dissocier dans les réactions observées, ce qui appartient à la fraction toxique du produit employé et ce qui revenait à son seul élément antigénique*. De même que l'allergie acquise vis-à-vis du diphtérique ne peut être appréciée que par l'injection dans le derme d'une toxine modifiée par la chaleur ou par le formol (anatoxine-réaction de Kœller), de même l'allergie typhique nécessite l'emploi d'un antigène atoxique. L'injection d'une « toxine » typhique peut rendre compte du degré d'immunité plus ou moins grande des sujets à son égard, mais est incapable de renseigner sur leur état d'allergie.

A. **Préparation de l'antigène.** — Elle est analogue à celle employée par Besredka pour la préparation de l'endotoxine typhique et repose sur le broyage minutieux des corps microbiens desséchés et additionnés de chlorure de sodium, et sur l'extraction par l'eau des albumines solubles contenus dans la poudre microbienne.

Le liquide obtenu après centrifugation, légèrement albumineux et opalescent est doué d'un fort pouvoir toxique pour l'animal et aussi pour l'homme : 1/50 de centimètre cube détermine constamment une réaction inflammatoire dans la peau d'un sujet sain; mais, en ajoutant du formol dans la proportion de 3 p. 1000 et en abandonnant le mélange à l'étuve pendant trente jours. Selon le procédé de

Ramon pour la préparation des anatoxines, on obtient une substance dépourvue de toute toxicité pour l'animal. (Il faut d'ailleurs savoir que le temps de contact avec le formol à l'étuve, nécessaire pour obtenir le résultat varie selon les échantillons microbiens.)

L'antigène ainsi préparé et rendu atoxique a l'avantage d'offrir un degré de concentration très élevé (chaque centimètre cube correspondait à 2 centigrammes de corps microbiens secs), et infiniment inférieur à celui d'une émulsion microbienne. Il a cependant l'inconvénient de provoquer parfois de fausse réaction protéinique chez l'homme normal. L'expérience nous a montré que celles-ci étant sous la dépendance des nucléo-protéides contenues dans le produit et dont on peut se débarrasser par précipitation acétique. Il reste alors un produit moins riche en albumines (0g20 à 0g40 de protéines par litre) constitué en majeure partie par des globulines microbiennes et cependant doué d'un pouvoir antigénique encore élevé, ainsi que le montre son aptitude à immuniser l'animal.

B. **Réactions locales produites par l'injection intradermique de protéines typhiques.** — Nous avons utilisé pour cette recherche à la fois les protéines brutes formolées et les globulines formolées, et à des degrés de dilution variable (de 1/4 à 1/20). Disons tout de suite que le taux optimum de la dilution ne peut être fixé d'avance. Il dépend essentiellement de la valeur antigène du produit, très variable selon la virulence originale de la souche et le temps écoulé depuis son isolement; l'expérience seule permet de l'établir.

1° SUJETS SAINS. — Chez 70 sujets paraissant indemnes de toute infection typhique ou paratyphique antérieure, l'inoculation de 1/10 de centimètre cube d'une dilution de *protéines brutes formolées* (à un taux variant de 5 à 10) donna les résultats suivants :

Pour 12 d'entre eux la réaction demeura négative;

Pour 41 elle fut positive et d'intensité moyenne (tache érythémateuse de 15 à 25 millimètres de diamètre);

Pour 17 enfin elle fut vive (rougeur étendue avec induration centrale).

Les mêmes protéines brutes, à un taux de dilution plus fort (1/20 à 1/50) ne montrent de réactions nettes que dans un nombre de cas beaucoup moins élevé et chez quelques-uns seulement la réaction fut aussi fortement positive.

Pareillement l'inoculation de *globuline formolée* diluée à un taux variant de 1/4 à 1/20 donna des résultats moins fréquemment positifs. Sur 65 sujets expérimentés 40 ne réagirent pas, 7 présentèrent une macule peu étendue et 18 montrèrent une réaction papuleuse nette de 1 à 3 centimètres de diamètre.

Ainsi 83 p. 100 des sujets sains répondent par une réaction positive à l'injection intradermique de protéine typhique formolée, à condition que la solution employée soit d'une concentration assez élevée; le pourcentage des réactions positives tombe à 28 quand on s'adresse à une solution de globulines formolées.

Les réactions positives observées ne peuvent être mises sur le compte de la toxicité du produit supprimé par le formol, ou d'une intolérance protéinique banale (au moins dans le cas des globulines); d'ailleurs nous avons pu nous convaincre que chez 27 des sujets offrant une réaction positive l'inoculation intradermique d'albumine microbienne différente (albumines méningococciques) demeurait sans effet.

Force est donc d'admettre que l'homme normal offre assez souvent un certain degré de sensibilisation à l'égard des protéines extraites de bacille typhique lorsque l'on utilise un produit d'une valeur antigénique très élevée. Comme on pouvait le prévoir, semblable état ne concerne pas le seul bacille d'Eberth; en substituant dans toutes ces recherches aux protéines typhiques, celle extraite d'un bacille paratyphique, nous avons enregistré des résultats exactement superposables. Fait plus remarquable il en fut de même avec le colibacille : les 70 sujets qui reçurent dans le derme des albumines typhiques brutes reçurent en même temps une dose égale d'albumines colibacillaires formolées et offrirent des réactions identiques (ou rarement un peu plus accusée pour l'un d'eux, mais jamais dissociées).

2° SUJETS TYPHIQUES OU CONVALESCENTS DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — Une première série d'épreuves, portant sur 7 malades (3 paratyphiques et 4 typhiques) atteints de dothiénentérie moyennement grave fut effectuée à l'aide de protéines brutes assez concentrées (dilution 5 ou 10). Tous présentèrent dès la vingt-quatrième heure une réaction *papuleuse* rouge, douloureuse de 3 à 5 centimètres de diamètre, de teinte souvent ecchymotique (5 cas) parfois même accompagnée d'une adénopathie satellite et durable (de trois à cinq jours); la réaction obtenue est donc de beaucoup supérieure à celle que l'on observe chez les sujets sains. Par ailleurs elle se montre aussi intense chez les malades atteints de fièvre paratyphoïde que chez les typhiques; 2 convalescents enfin, apyrétique depuis trois semaines fournirent une réponse identique.

Les recherches ultérieures furent faites à l'aide de globulines et protéines sur 51 malades ou convalescents (39 fièvres typhoïdes, 11 paratyphoïdes B et 1 paratyphoïde C), donc 19 enfants et 32 adultes.

Les résultats obtenus furent les suivants : 39 réactions positives (*papule* de 1 à 3 centimètres de diamètre, et une fois placard étendu), 4 réactions légères, à peine papuleuses et 8 négatives.

Globalement 76 p. 100 des typhiques manifestent dans une réaction d'intolérance vis-à-vis des globulines extraites de bacilles d'Eberth. Il importe de noter que les phénomènes observés sont indépendants du germe en cause et se révèlent identiques avec une même antigène chez des malades atteints de fièvre typhoïde ou paratyphoïde.

Par ailleurs l'âge des malades est sans importance : enfant ou adulte atteint d'une dothiénentérie de moyenne gravité offrent des réactions similaires.

La durée évolutive de la maladie ne paraît pas modifier sensiblement l'état allergique. Nos recherches n'ont porté que sur des malades dont la fièvre typhoïde datait d'au moins sept jours et des intra-

dermo-réactions faites en série jusqu'à la fin de la maladie et pendant la convalescence n'ont révélé aucune modification. Plusieurs années après la maladie la réaction put être trouvée positive, tout comme au cours de celle-ci.

Il ne semble pas non plus qu'on puisse établir aucun rapport entre le degré de l'état allergique et la survenue des rechutes. Quant aux relations entre l'intensité de l'intradermo-réaction et le taux du pouvoir agglutinant du sérum, nous ne pouvons apporter aucune réponse suffisante à cette question. Rappelons que Kolmer et Dodge, M'Kendik, Large n'ont pu saisir de lien entre le taux agglutinant et le degré d'allergie des malades.

Par contre, il y a lieu d'insister tout particulièrement sur les relations entre l'intensité de la réaction intradermique et la gravité de la maladie. Les 51 cas envisagés comprenaient 8 formes graves (dont 4 mortelles), 2 cas évoluant chez des sujets cachectiques et 41 dothiénentéries de gravité moyenne. Or, chez les 10 premiers malades l'intradermo-réaction fut 6 fois négative et 4 fois très légèrement positive, tandis que les 41 derniers fournirent 39 réactions franchement positives et 2 seulement négatives. Ainsi l'épreuve intradermique s'avère habituellement négative ou très faible dans les formes graves de la dothiénentérie tandis qu'elle est presque constamment positive (95 p. 100) dans les formes de moyenne gravité; ces résultats s'accordent pleinement avec ceux des plus importantes statistiques fournies à ce sujet (Glouckoff et ses collaborateurs, Alissof et Moroskine).

On a vu plus haut que des malades atteints de fièvre typhoïde ou de paratyphoïde répondaient également à une injection d'antigène éberthien; aussi le caractère non étroitement spécifique des réactions obtenues conduirait à se demander si les typhiques ne fourniraient pas des réactions identiques avec les albumines extraites d'un certain nombre de germes intestinaux. Dans ce but nous avons préparé suivant la même technique une série d'extraits microbiens qui furent formolés dans les mêmes conditions (bacilles paratyphiques A, B et C, bacille d'Autrick, bacille de Morgan, bacille de Gartner, colibacille, *Bacillus fœcalis alcaligenes*). Ces épreuves montrèrent que l'état de sensibilisation des typhiques s'étendait, bien qu'en s'atténuant plus ou moins, aux microbes des groupes voisins; et on peut voir dans un certain nombre de cas des germes assez éloignés du bacille d'Eberth (bacille d'Autrick, colibacille) déterminer des réactions inflammatoires presque aussi intenses que lui et beaucoup plus fortes que celle observée chez un sujet normal. Semblable phénomène n'est pas sans analogie avec le développement des coagglutinines qui se produit lorsqu'on prépare un sérum agglutinant spécifique; et parallèlement Nelson a montré récemment que l'injection intraveineuse de globulines microbiennes faisait apparaître des précipitines pour l'antigène homologue et des co-précipitines vis-à-vis des antigènes issus de germes immédiatement voisins. Mais une différence de degré considérable sépare ces divers phénomènes de même ordre. On sait qu'un sérum agglutinant pour le bacille d'Eberth renferme des coagglutinines pour les paratyphiques, mais que celles-ci se trouvent à un taux infiniment moins élevé et n'existent que pour les germes immédiatement voisins du bacille d'Eberth; de même le sérum précipitant qui floculera les albumines du bacille d'Eberth contiendra des coprécipitines pour le paratyphique A mais point pour les autres germes; au contraire l'intradermo-réaction pouvant donner des résultats presque identiques chez un même malade avec les antigènes extraits de toute une série de germes s'avère d'une spécificité beaucoup moins rigoureuse que celle des précédents tests. On peut expliquer le fait en supposant, soit que l'intradermo-réaction est un test plus sensible que les réactions sérologiques, soit que le *pouvoir de susciter des réactions allergiques de la part d'un antigène donné dépasse sa capacité de produire des anticorps*. De toute façon il apparaît clairement que des microbes en apparence fort éloignés peuvent contenir des éléments antigéniques communs.

Résumant les faits enregistrés on voit que l'intradermo-réaction pratiquée avec les protéines du bacille d'Eberth conduit aux conclusions suivantes:

L'intolérance de l'organisme vis-à-vis des protéines typhiques s'observe à l'état normal dans un grand nombre de cas (83 p. 100), à condition d'employer, pour le mettre en évidence, un antigène brut atoxique mais de concentration élevée. Chez les typhiques et chez les convalescents de fièvre typhoïde l'état allergique est beaucoup plus accusé, sans être notablement plus fréquent et peut être mis en évidence à l'aide d'un antigène beaucoup plus dilué. *L'allergie typhique ne représente donc pas un état nouveau acquis à la faveur d'une infection typhique antérieure et comparable à ceux qu'on voit se porduire à la suite de l'infection chancrelleuse ou de l'infection mélitococcique. L'infection typhique ou paratyphique se borne à exagérer un état allergique préexistant que l'emploi d'un antigène particulièrement actif permet de mettre en évidence chez les sujets normaux.*

En second lieu, l'état de sensibilisation vis-à-vis des porteurs de bacilles d'Eberth, apprécié par les techniques actuelles, apparaît, non comme une réaction étroitement spécifique, mais comme une réaction de groupe qu'on peut mettre en évidence à l'aide de divers antigènes issus de germes plus ou moins apparentés au bacille typhique; inversement un même antigène (Eberthien par exemple) permettra d'obtenir des réactions également positives chez des malades infectés par le germe homologue ou par un germe voisin.

Pour ces deux raisons, l'intradermo-réaction est de valeur diagnostique très médiocre; son intensité permet seulement de supposer une infection antérieure ou actuelle, mais elle n'autorise pas à dire quel est exactement le germe en cause. Elle demeure donc à ce point de vue très inférieure aux procédés bactériologiques et sérologiques habituels.

Par contre, l'intradermo-réaction mesurant le degré d'allergie, partant de réactivité des sujets malades, paraît avoir une réelle valeur pronostique; on a vu, en effet, qu'elle est à peu près constamment positive et forte (95 p. 100 des cas) lorsque la maladie

a une évolution bénigne, tandis qu'elle est presque toujours nulle ou très faible dans les formes graves et chez les sujets débilités ou cachectiques.

C. **Réactions générales provoquées par l'injection profonde de protéines typhiques.** — Parallèlement aux résultats fournis par l'intradermo-réaction, l'inoculation profonde de protéines typhiques met en évidence l'état de sensibilisation des sujets sains et celui beaucoup plus accusé des malades.

Une injection intramusculaire de *globulines formolées non diluées* n'engendre d'ordinaire aucune réaction si l'on ne dépasse pas la dose de 3/10 ou 4/10 de centimètre cube. Au delà de ce chiffre, on provoque habituellement une élévation thermique atteignant 38° ou 38°5, mais souvent très fugace. Et cette fièvre correspond bien à un état d'intolérance particulier car des doses beaucoup plus considérables (2 centimètres cubes) de globuline extraite de microbes différents (méningocoque, *Brucella melitensis*, bacille de Ducrey) ne déterminent chez le sujet sain aucun trouble morbide.

Chez un convalescent de dothiénentérie une faible dose de globuline (1/10 de centimètre cube) injectée dans les muscles suffit à provoquer dans les heures qui suivent une poussée fébrile qui atteint 38°5; pour obtenir semblable résultat chez un sujet normal il eût fallu injecter une dose au moins cinq fois inférieure. Ajoutons que la fièvre provoquée chez le convalescent de fièvre typhoïde est plus ou moins durable, persistant aux environs de 38 le lendemain et même le surlendemain de l'injection. (On observe exactement le même phénomène quand chez un malade atteint de chancre mou on injecte des protéines du bacille de Ducrey.) A plus forte dose (5/10 de centimètre cube) l'injection intramusculaire de protéine typhique déterminerait une réaction violente (39°5-40°) avec phénomènes douloureux *in situ*, résultats tout à fait hors de proportion avec ceux enregistrés chez les sujets sains.

Par analogie avec les faits antérieurement observés chez les chancrelleux qui peuvent être aisément et presque complètement désensibilisés par des injections successives d'antigène, nous avons cherché si l'on ne pouvait pas vaincre en suivant une méthode identique l'état d'allergie typhique. Il ne nous fut possible de pratiquer cette expérience que chez un sujet volontaire qui reçut des inoculations en série. Dans ces conditions on vit, pour une même dose d'antigène, les réactions fébriles diminuer rapidement au point qu'il fallut tripler au bout de dix jours la dose d'antigène pour obtenir une réponse identique à la première. Il n'est donc pas douteux qu'on puisse désensibiliser dans une certaine mesure, mais dans le cas étudié le résultat demeura partiel et le test de l'intradermo-réaction ne fut pas notablement amoindri. Il semble donc que l'état allergique des convalescents typhiques, sans être immuable, soit donc cependant d'une certaine stabilité.

D. **Comment se constitue l'allergie typhique.** — Un fait qui ne manquera pas de surprendre est l'existence d'un état allergique vis-à-vis des protéines typhiques chez des sujets en apparence normaux. Gay et Lamb le trouvent dans 14 p. 100 des cas, Forc et Sterens dans 7 p. 100, Kolmer et Dodge dans 20 p. 100, Large dans 0,5 p. 100, Alissoff et Moroskine dans 3 p. 100, nous-même dans 28 p. 100 et beaucoup plus souvent (83 p. 100) si l'on emploie un antigène très concentré pour pratiquer l'intradermo-réaction. Les auteurs précédents ont attribué les réactions positives chez les sujets sains à une infection spécifique occulte contemporaine ou antérieure, et l'enquête faite par Glouckoff apporte un appui à cette manière de voir : sur 226 personnes bien portantes et vivant dans un foyer de fièvre typhoïde il note 68 p. 100 de réactions positives et un certain nombre de ces sujets sont reconnus porteurs de germes. Chez des ouvriers occupés à des travaux d'égouts et vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène il trouve un pourcentage analogue; d'autre part, Grünberg observe que la réaction positive est particulièrement fréquente dans le personnel hospitalier soignant les typhiques.

Pour valables que soient ces appréciations, elles ne nous paraissent cependant pas démontrer que tout sujet fournissant une intradermo-réaction positive doive être considéré comme infecté présentement ou antérieurement par le bacille d'Eberth. Et nos raisons de douter reposent sur deux arguments : en premier lieu l'extrême fréquence des réactions positives chez les sujets sains si l'on prend soin de la rechercher avec un antigène très actif (83 p. 100); en second lieu le caractère peu spécifique de la réaction observée. On a vu que la sensibilité des individus normaux, vis-à-vis des albumines du bacille d'Eberth, va de pair avec une sensibilité vis-à-vis des protéines extraites du colibacille, et que par ailleurs l'hypersensibilité des typhiques se manifeste non seulement à l'égard des albumines microbiennes homologues, mais encore à l'égard des protéines extraites de différents germes plus ou moins apparentés au bacille typhique.

Nous sommes ainsi amenés à penser que l'absorption par la muqueuse intestinale d'albumines plus ou moins désintégrées provenant des saprophytes normaux de l'intestin (colibacille, paracolibacille) suscite le développement d'un état de sensibilisation vis-à-vis d'un antigène commun renfermé dans les albumines de toute une série de germes voisins pathogènes (bacille d'Eberth) ou même non pathogènes. Le fait que dans les premiers mois de la vie l'intradermo-réaction pratiquée tant avec des albumines typhiques qu'avec des albumines colibacillaires demeure constamment négative est en faveur de cette manière de voir qui s'accorde d'ailleurs complètement avec celle formulée par G. Wells au sujet des agglutinines et précipitines constatées dans le sérum des sujets adultes sains. Sans doute le phénomène d'absorption réglant le passage des antigènes microbiens dans la circulation est-il encore obscur, mais ce passage est démontré expérimentalement et semble suffisant à expliquer l'allergie des sujets normaux.

L'état ainsi réalisé est, à de rares exceptions près, très faible et ne peut être mis en évidence qu'à l'aide d'un produit de valeur antigénique élevée. Qu'une infection à bacilles typhiques ou paraty-

phiques survienne alors, les produits de lyse résultant de la destruction des germes qui auront pénétré dans l'économie impressionneront l'organisme et renforceront bientôt l'état allergique préexistant; l'accroissement réalisé se manifestera surtout vis-à-vis de l'albumine homologue et des albumines immédiatement voisines (Eberth et paratyphique) tandis que la sensibilité aux albumines plus éloignées (colibacille) sera peu ou pas modifiée; ainsi s'explique la dissociation des deux épreuves intradermiques, identique chez un sujet sain, et très inégale au profit des albumines typhiques chez les sujets atteints de dothiénentérie. Un phénomène exactement parallèle s'observe d'ailleurs quand on étudie les réactions sérologiques.

Sur le mécanisme intime présidant à l'apparition des phénomènes de sensibilisation nous nous contenterons de rappeler l'opinion de Maurice Nicolle qui attribue une part importante au développement des *lysines* (mises en évidence par la méthode de Bordet-Gengou) dont l'action sur l'antigène injecté aboutirait à la libération des poisons pyritogènes et phlogogènes. La coexistence entre une réaction d'allergie et l'apparition de sensibilisation n'est pas douteuse mais nous ne saurions dire s'il existe entre ces deux phénomènes concomitants une relation de cause à effet.

La durée de l'état allergique une fois constituée paraît fort longue; il se maintiendra pendant la maladie où on ne le verra fléchir que dans le cas d'intoxication profonde et son fléchissement traduira une défaillance des moyens de défense de l'organisme; il survivra le plus souvent à la guérison et se maintiendra parallèlement à l'état d'immunité une fois installé. Dans cette association même, qui eût semblé naguère inintelligible, se lit la preuve que l'état allergique, tout à fait distinct de l'état réfractaire sans lui être opposé, possède une individualité propre et représente le souvenir gardé par l'économie d'un contact antérieur avec une albumine étrangère. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 MARS 1930)

Le chlorure de sodium dans l'alimentation du bétail; son action sur le métabolisme azoté. — M. Emile-F. TERROINE et Mlle Thérèse REICHERT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1930)

Sur la désinfection par l'eau oxygénée additionnée d'acide cyanhydrique comme anticatalyseur. — M. J.-F. HEYMANS (de Gand). L'eau oxygénée déterge bien mais désinfecte mal parce qu'elle est catalysée rapidement par le pus et par les microbes. L'acide cyanhydrique retarde sensiblement cette catalyse.

Des expériences faites *in vitro* et en médecine humaine et vétérinaire prouvent la non-stérilisation des produits microbiens par l'eau oxygénée seule, et la stérilisation de ces mêmes produits par l'association de l'acide cyanhydrique et de l'eau oxygénée.

Parmi les exemples qu'apporte M. Heymans, il faut citer celui de la vaccine. L'auteur a obtenu l'arrêt immédiat et presque complet du développement des éruptions vaccinales. Dès lors on peut se demander si les éruptions varioliques chez l'homme ne seront pas arrêtées dans leur développement et si l'évolution de l'infection variolique ne sera pas modifiée favorablement.

La vaccination préventive de l'homme contre le « melitensis » paraît être une nécessité dans les milieux infectés de mélitococcie animale. — MM. DUBOIS et SOLLIER.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des membres libres, en remplacement de M. Clemenceau, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés :

En première ligne : M. Henri de Rothschild.

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Blondel, Bouquet, Kling, Mourier et Trillat.

Cette élection a nécessité deux tours de scrutin. Le nombre des votants était de 96, la majorité absolue de 49.

Au premier tour, M. Mourier obtient 44 voix, M. de Rothschild, 37; M. Trillat, 8; M. Bouquet, 6; M. Kling, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

M. Mourier obtient 52 voix; M. de Rothschild, 38; M. Trillat, 4, et M. Bouquet, 2.

M. Mourier, ayant obtenu la majorité absolue, est nommé membre dans la section des membres libres.

Le docteur Mourier, ancien député du Gard, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de santé au ministère de la Guerre, est l'auteur de la loi de récupération qui porte son nom. Il est directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, et président du Conseil général du Gard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 MARS 1930)

Du danger des injections d'adrénaline à forte dose. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT rapporte l'observation d'une femme de quarante-cinq ans dont l'état général était excellent, le système circulatoire normal, le fonctionnement rénal en parfaite intégrité. A la suite d'une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'adrénaline cette femme eut un ictus auquel succéda une hémiplégie droite avec aphasie. L'hémiplégie a persisté.

Aussi l'auteur est-il d'avis qu'il ne faut jamais faire, pour la première fois, une injection sous-cutanée d'adrénaline à plus d'un quart de milligramme.

Crise hypertensive provoquée par l'ingestion d'adrénaline. — M. Jean TROISIER et Mme WEISS-ROUDINESCO rapportent un cas d'intoxication provoquée par l'ingestion accidentelle de 4 centimètres cubes d'une solution d'adrénaline au millième. La tension artérielle est passée en quelques heures de 8-10 1/2, à 13-18, puis à 13-23, en même temps s'ébauchait un syndrome d'œdème pulmonaire; quatre heures après la tension passait à 12-18; sept heures après à 10-15. Les auteurs insistent sur l'action hypertensive de l'adrénaline provoquée par ingestion chez les sujets à tension artérielle faible.

A propos de l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine pour l'étude du fonctionnement rénal. — MM. A. GORIS et PASTEUR VALLERY-RADOT ont constaté des divergences chez le

même sujet en injectant des ampoules de phénolsulfonephtaléine de provenances différentes. Ils ont observé que les ampoules récemment livrées par l'Assistance publique dans les services hospitaliers n'avaient pas le titrage voulu de 6 milligrammes par centicube et donnaient dans l'appréciation des résultats des erreurs de 15 p. 100 en moins.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'avoir des ampoules d'un titrage parfait (la moindre faute dans le titrage amenant de grosses inexactitudes dans l'évaluation de l'élimination).

Syndrome tardif de sclérodermie et cataracte associé à des troubles endocriniens. — MM. Sézary, Favory et Mamou présentent une malade âgée de soixante-sept ans chez laquelle une sclérodermie survenue après la ménopause coexiste avec une cataracte. Par l'examen du cristallin avec la lampe à fente, les auteurs ont pu établir que la cataracte de cette femme avait les caractères de la cataracte dite endocrinienne; cette dernière, en effet, se caractérise par ce fait que l'opacité du cristallin commence par les secteurs antérieur et postérieur, et respecte les noyaux centraux.

Un cas d'abcès fétide du poumon guéri par l'émétine. — M. Labbé rapporte un cas d'abcès pulmonaire à pus fétide guéri par l'émétine.

La méningite aiguë lymphocytaire bénigne de nature indéterminée simulant la méningite tuberculeuse. — MM. Roch, E. Martin et Mlle Monedjikova (de Genève) ont observé une douzaine de cas dont ils rapportent en détail les sept qui furent les mieux observés. Il s'agit de méningites fébriles cliniquement bien caractérisées avec une lymphocytose rachidienne importante. L'évolution a toujours été favorable.

Les antécédents tuberculeux de certains malades peuvent faire supposer l'influence d'une forme filtrante du bacille de Koch; pour d'autres cas on peut penser à l'agent pathogène de l'encéphalite épidémique, maladie qui, accusant le polymorphisme dont elle a déjà donné maintes preuves, tendrait à se manifester maintenant sous une forme nouvelle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1929)

Cyphose à rétropulsion nucléaire primitive et paraplégie. — M. Marcel Galland (de Berck). Dans cette première communication sur le nucleus pulposus intervétébral, M. Marcel Galland fait ressortir que le nucleus, véritable axe-rotule, siège normalement à mi-distance du bord antérieur des vertèbres et des apophyses articulaires, localisation idéale pour l'exécution des mouvements vertébraux. Dans certaines déformations accentuées, lordoses, cyphoses, scolioses, le nucleus peut se trouver déplacé vers la partie convexe de ces courbures. Pareils déplacements sont alors secondaires à la déformation et rendent celle-ci irréductible. Mais comme le nucleus dérive de la chorde, il est possible que par suite d'une anomalie de siège et de développement de celle-ci, le nucleus apparaisse primitivement rétropulsé. Cette rétropulsion primitive (premier signe) provoquera une cyphose localisée (deuxième signe) et peu à peu, en raison de la pression du nucleus, une énucléation progressive du tissu du disque dans le canal rachidien, d'où paraplégie (troisième signe). Il peut persister des restes de chorde à la face postérieure des corps vertébraux. Cette triade caractérise l'individualisation nouvelle proposée par l'auteur (deux observations).

A propos de la gastroptose. — M. Victor Pauchet. La question est en évolution progressive et dépend non pas d'un seul traitement, mais de tout un ensemble de procédés thérapeutiques, dont l'association est indispensable au succès : physiothérapeute, psychothérapeute, endocrinologue, gastroentérologue; chirurgien, doivent se prêter, dans cette circonstance, un mutuel secours, sans que personne puisse déclarer a perfection d'un seul procédé isolé. tout d'abord, il ne faut pas confondre la gastroptose avec la dolichogastrie (allongement de l'estomac, en ce cas, la cardia et la grosse tubérosité restent en place). Dans la gastroptose proprement dite, il y a chute concomitante de l'estomac, du diaphragme et du foie. l'auteur a pratiqué de multiples interventions; mais depuis de nombreuses années, il en est venu à la méthode la plus simple qui rappelle celle de Lambret avec cette différence qu'au lieu de lambeau dans la paroi, ce qui lui paraît compliqué, il se contente de placer un simple catgut plissant le bord inférieur de l'estomac, d'une part, au ligament triangulaire du foie, et d'autre part, à la paroi abdominale, le plus possible vers la gauche. La grande courbure est remontée. Opération très simple si elle est faite à l'anesthésie locale, extrêmement bénigne et facile. Puis, traitement médical approprié.

Des échecs du traitement de la blennoragie par les injections intraveineuses de gonacrine. — M. Georges Luys expose les raisons de ces échecs. Si pendant les premières semaines de l'infection, le gonocoque directement en rapport avec le sang, peut être aisément atteint par les substances médicamenteuses véhiculées par le torrent circulatoire, au contraire, après la sixième semaine, il se trouve entouré de tissu fibreux qui, formant cuirasse autour de lui, empêchera les agents thérapeutiques de l'atteindre. Si donc, au début de l'infection gonococcique, les injections intraveineuses de gonacrine peuvent donner des succès dans la blennoragie aiguë, il est loin d'en être ainsi dans le traitement de la blennoragie chronique.

Tumeurs cérébrales. — M. de Martel montre la fréquence de ces tumeurs, leur diagnostic clinique relativement facile et les heureux résultats opératoires particulièrement après larges craniectomies.

La perméabilité de la voie biliaire chez les cholécystostomisés. — MM. Le Gac et Bécart montrent tout l'intérêt que présente la radiographie lipiodolée pour l'étude de cette perméabilité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1930)

Thoracoplastie paravertébrale totale pour tuberculose pulmonaire. — MM. Desbonnets et d'Hour. Malade de vingt-sept ans. Hémoptysie très abondante en juin 1927. Cure sanatoriale pendant dix mois. A son retour, très bon état général, mais grosse caverne du sommet droit, caverne moins importante de la partie moyenne. Symphyse pleurale totale. Côté opposé absolument sain.

On fait successivement une phrénicectomie, puis une thoracoplastie totale en deux temps.

Le résultat actuel est excellent. Disparition des cavernes. Examen des crachats négatif.

Double tarsectomie postérieure pour tumeur blanche bilatérale *(présentation de malade)*. — M. Billet conclut que si les méthodes non sanglantes ont leur efficacité dans les tuberculoses chirurgicales et leur supériorité évidente dans la plupart des cas, il faut, lorsqu'elles échouent, recourir à l'intervention opératoire. Dans le cas présent, la tarsectomie postérieure a donné des résultats particulièrement intéressants.

Trou de Botal *(présentation de pièce)*. — MM. Langeron, Lamoril et Torck. Il s'agit d'un malade mort dans le service,

d'insuffisance ventriculaire droite, après avoir présenté, pendant quelques jours, une cyanose marquée, chez qui l'autopsie montra une symphyse pleurale bilatérale, presque totale et un trou de Botal perméable permettant le passage du sang de droite à gauche.

A propos de ce cas les auteurs font les remarques suivantes :

1° En raison de la disposition du trou de Botal, il n'est pas la cause de l'insuffisance ventriculaire droite, mais pouvait être considéré plutôt comme une voie de dérivation ;

2° La cyanose rentre dans le cadre des cyanoses tardives d'origine cardiaque de Bard et Curtillet. Le trou de Botal se rouvre pathologiquement à cause de l'augmentation de pression dans le ventricule droit;

3° La cause de cette insuffisance ventriculaire droite, est la symphyse pleurale étendue, mais la nature même de celle-ci ne peut être déterminée d'une manière certaine comme il arrive souvent lorsque le malade n'est ni spécifique ni tuberculeux.

A propos du traitement médical des abcès du poumon. — MM. Langeron et d'Hour. Documents cliniques et radiologiques concernant sept observations.

Kyste dentifère du maxillaire supérieur gauche, chez un enfant de trois ans (*avec présentation de radiographie*). — MM. Reverchon et Belle.

Zona et varicelle. — M. Le Grand. Sujet de vingt-sept ans, se plaignant de douleurs névralgiques dans la région occipitale gauche depuis huit ou dix jours. Quelques croûtelles font porter le diagnostic de zona. L'interrogatoire apprend que ce sujet vit dans un milieu scolaire où les varicelles abondent.

A noter, cette localisation peu fréquente du zona; également, et surtout, sa coexistence avec la varicelle.

CHRONIQUE

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE FRANCE

C'est à Toulouse que s'est tenue la VIe session des Congrès de la Fédération nationale des externes et anciens externes des hôpitaux de France. Avec une très grande autorité le docteur Jean Calvet, chef de clinique à la Faculté de Toulouse en a présidé les débats.

Reçus dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine par MM. les professeurs Audebert et Dambrin, les congressistes écoutèrent attentivement le rapport de M. Lepennetier. Celui-ci exposa les démarches tentées pour la défense du titre d'externe. MM. Azan et Marter (de Strasbourg) en un mémoire très étudié prouvèrent que dans certaines facultés les candidats à l'externat étaient dans la proportion de trois à quatre étrangers pour un candidat français et firent voter une motion attirant l'attention des doyens sur un pareil état de choses.

L'ordre du jour appelait ensuite la discussion du rapport de MM. Girou et Estradère (de Bordeaux) sur le traitement vraiment dérisoire qui est offert aux externes des hôpitaux. A Strasbourg et à Rennes les externes ne sont même pas rétribués. Il fut discuté ensuite la possibilité de continuer

l'externat pendant le stage d'accouchements. Un rapport sur ce sujet a été confié à M. Balans (de Bordeaux).

Les congressistes émirent enfin le vœu qu'au cas de maladie les externes soient soignés gratuitement dans les hôpitaux et que les administrations hospitalières prennent à leur charge la prime d'assurance vie et accidents professionnels que les anciens externes sont actuellement obligés de payer.

Le Bureau de la Fédération a ensuite élu son Bureau pour 1930 : président, M. Lepennetier (de Paris); vice-présidents, M. Calvet (de Toulouse) et M. Courbaire (de Clermont-Ferrand); secrétaire général, M. Béraut (de Paris); trésorier, M. Gasne (de Paris); conseillers, MM. Merlin (de Rennes) et Appeix (de Marseille).

Le docteur Calvet, président en exercice remercie les congressistes d'être venus en si grand nombre à Toulouse et rappelant en termes émus la catastrophe qui a endeuillé la région fait adopter le vœu suivant : les associations d'externes et anciens externes des hôpitaux de France verseront à l'association des externes de Toulouse une somme dont le total sera réservé aux sinistrés.

Toulouse fêta les congressistes : visite de la salle des Illustres et réception des capitouls, visite des monuments médiévaux et prenants dans la ville de Clémence Isaure, visite des hôpitaux de la Faculté, des laboratoires, du jardin de botanique, etc.

Le dimanche près de soixante congressistes gagnèrent en auto-cars Bagnères-de-Luchon. Ils y furent reçus par le professeur Cruchet, président du Comité médical de la C. F. L., par M. le docteur Germès, maire et conseiller général, par le docteur Cazal-Gamelsy, président du Syndicat d'initiative, M. le docteur Ferras, membre de la Société médicale locale et le docteur Molinéry, directeur technique de la station. Sous la conduite des médecins les congressistes visitèrent les thermes de Luchon magnifiquement restaurés et s'intéressèrent vivement aux services techniques d'oto-rhino-laryngologie caractéristique de la station. La visite du Radio vaporarium sulfuré inauguré l'an dernier souleva l'enthousiasme communicatif des jeunes et enfin une ascension à Superbagnères-de-Luchon termina dignement ce magnifique Congrès.

Au cours du banquet qui fut le dernier d'une série ininterrompue, MM. Calvet, Germès, Molinéry, Cazal, Gamelsy prononcèrent des allocutions qui suivant l'usage furent accompagnées de nombreux bans.

Avec la mélancolie des choses finissantes et la tombée de la nuit, le retour eut lieu vers Toulouse et les congressistes regagnèrent à travers la France les hôpitaux où ils sont au devoir. Vive l'externat des hôpitaux de France !... M.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 31 mars. — Jury : MM. Delbet, président; Legueu, Gosset et Lemierre. — M. Faure. Uranoplastie dans les divisions palatines sans bec-de-lièvre. — M. Lecœur. Fractures articulaires du calcanéum (traitement chirurgical). — M. Chevallier. Etude de la lithiase vésicale chez l'enfant. — M. Pierre. Etude clinique de la diarrhée au cours de la cholécystite.

Mercredi 2 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre et Moussu. — M. Audebal. Extension de la race bovine charollaise en France.

Jeudi 3 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Nicolas et Panisset. — M. Leroux. Action préventive dans les trypanosomiases animales.

Samedi 5 avril. — Jury : MM. Besançon, président; Ménétrier, Carnot et Tanon. — M. Demailly. L'aérophagie au cours des cardiopathies. — M. Salmon. Jacques Coitier, médecin de Louis XI. — M. Mallet. La fièvre de Malte devant l'hygiène. — M. Verrier. Action anti-infectieuse du novarsenobenzol sur les bacilles typhiques.

Lundi 7 avril. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Ménétrier et Portes. — M. Cain. L'hydrohématorrhée gravidique. — M. Guybert de la Beausserie. Traitement des stérilités d'origine métritique. — M. Rousselot. Le radium favorise-t-il les métastases dans le cancer du col utérin? — M. Makhul. L'œuvre chirurgicale d'Abul Cassim dit Abulcassis.

Jury : MM. M. Labbé, président; Sergent, Lemierre et Loeper. — M. Névot. Les méthodes de contrôle hygiénique des laits. — M. Tartinville. Etude de quelques ascites. — M. Monnier. Etude médicale de quelques guérisons survenues à Lourdes. — M. Bresson. Les hémoptysies dans la collapsothérapie pulmonaire.

Mardi 8 avril. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Duval et Basset. — M. Parer. Contribution à l'étude du traitement des procidences du cordon — M. Sabban. Etude du traitement des ulcérations chroniques du membre inférieur. — M. Dulac. Les fractures incomplètes de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte. — M. Mathan. L'échinococcose herniaire. — M. Reilly. Les résultats de la section de Brides par l'opération de Jacobacus dans le pneumothorax artificiel.

Jury : MM. Claude, président; Alajouanine, Chabrol et Laignel-Lavastine. — M. Forget. Sur la régénération du liquide céphalo-rachidien après la ponction lombaire. — M. Saucet. De l'influence des variations de pression du liquide céphalo-rachidien sur la température du corps.

Mercredi 9 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Tanon, Dechambre, Bresson, Moussu, Henry et Panisset. — M. Lemoyne. La vache de Jersey dans la Manche. — M. Alliaume. Les skunks, animaux à fourrure. — M. Chauvet. De l'avortement épizootique de l'espèce bovine dans le boischant berrichon.

Jeudi 10 avril. — Jury : MM. Lereboullet, président; Nobécourt, Gastinel et H. Labbé. — M. Desmoulin. Néphrite hérédo-syphilitique du nourrisson. — M. La Caze. Etude du tétanos du nouveau-né. — M. Spillmann. La thérapeutique du lupus pituitaire par la diathermie chirurgicale. — M. Vermorel. Le problème de l'alimentation sans lait. — M. Graud. A propos de quelques syndromes complexes à virus neurotrope inconnu. — M. Gronitzky. La substance granulofilamenteuse des hématies. — Mlle Guérin. Etude du traitement thyroïdien dans les cachexies des nourrissons.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Rathery, Henry, Coquot et Lesbouyries. — M. Froger. La syngamose. — M. Le Séac. La stérilisation testiculaire par voie chimique.

Samedi 12 avril. — Jury : MM. Achard, président; Rathery, Tanon et Joyeux. — M. Mézard. Etude du traitement de l'infection puerpérale par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre. — M. Teeluckdharry. Organisation de la lutte antipaludéenne à l'Ile Maurice. — M. Fischer. Traitement des dermatoses staphylococciques. — M. Gencel. Etude clinique de l'actinomycose humaine bucco-cervico-faciale.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Exposition générale du centenaire de l'Algérie a Oran. — Au programme des manifestations organisées en Algérie pendant le premier semestre 1930, l'exposition d'Oran occupe une place prépondérante.

Ouverte de mars à fin mai, elle présentera dans quatre grandes sections : commerciale, industrielle, agricole et touristique « tout ce que l'Algérie envoie à la France, tout ce qu'elle reçoit de la Métropole ».

L'Afrique du Nord, l'Afrique occidentale, les territoires du Sud, l'Indochine et les colonies françaises y participeront.

Des attractions nombreuses : reconstitution de la vie arabe, souks animés, théâtres en plein air, fêtes sportives, cortèges, etc..., amuseront les visiteurs au sortir des stands où leur curiosité trouvera largement à s'instruire.

Une telle manifestation est de nature à intéresser le public et à l'inciter au voyage en Algérie.

Tous les touristes savent que les relations les plus commodes s'établissent par Marseille, où convergent, venant des grands centres français et étrangers, un grand nombre de trains rapides à toutes classes et d'où partent les meilleurs paquebots en liaison directe avec les ports d'Alger et d'Oran.

Mais peut-être est-il bon de rappeler aussi que les porteurs de Bons du Centenaire s'ils effectuent au moins 100 kilomètres en chemin de fer pour se rendre à Marseille, peuvent, jusqu'au 25 juin, profiter d'une réduction de 30 à 33 p. 100 sur le prix de ce parcours.

Rapide de nuit Paris-Grenoble. — Un rapide de nuit, de toutes classes, comportant des places de lits-salons avec draps, de lits-salons ordinaires et de couchettes circule dans chaque sens entre Paris et Grenoble.

Départ de Paris, 21 h. 10; arrivée à Lyon-Perrache, 4 h. 15, à Grenoble, 7 h. 18.

En sens inverse : départ de Grenoble, 22 h. 10, de Lyon-Perrache, 1 h. 21; arrivée à Paris, 9 h.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 avril. — MM. Bloch, 19; Leibovici, 18; Ameline, 19.

Séance du 6 avril. — MM. Ameline, 20; Leibovici, 19.

— Le concours s'est terminé par la nomination de M. Ameline.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Résultats du tirage au sort effectué le 3 avril 1930 pour la désignation des membres des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine (2e degré) :

ANATOMIE. HISTOLOGIE. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Rouvière, Cunéo, Champy.

Facultés des départements : MM. Lucien, Dieulafé, Policard, Latarjet, Debeyre, Collin, Forster, Villemin, Aron, Delmas (Jean), Turchini, Argaud, Leblanc, Vallois, Cordier, Dubreuil.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Hovelacque, Verne, Giroud, Millot, Mulon, Olivier.

Facultés des départements : MM. Clermont, Courrier, Noël, Lacoste, Watrin, Ribet, Mutel, Dubecq, Gabrielle.

BACTÉRIOLOGIE. HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE ET PARASITOLOGIE. HYGIÈNE. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Lemierre, Brumpt, Tanon.

Facultés des départements : MM. Lisbonne, Mandoul, Desoil, Parisot (Jacques), Thiry, Mauriac, Borrel, Pinoy, Arloing, Carrieu, Courmont, Guiart, Sénevet, Auché, Lafforgue, Galavielle.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Gastinel, Joyeux, Joannon.

Facultés des départements : MM. de Lavergne, Larousse, Creyx, Aubertin, Rochaix, Garin, Sigalas (R.), Dufourt, Roques, Lavier.

PHYSIOLOGIE. PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Roger, Rathery, Strohl.

Facultés des départements : MM. Schaeffer, Hédon (Louis), Dubois, Robert, Pachon, Hugounenq, Tournade, Polonowski, Doyon, Chelle, Abelous, Moog, Lambert, Delaunay, Combemale.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Binet, Richet, Dognon.

Facultés des départements : MM. Hermann, Savornat, Florence.

CHIMIE MÉDICALE. PHYSIQUE MÉDICALE. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Desgrez, Strohl, Tiffeneau.

Facultés des départements : MM. Vallée, Cluzet, Réchou, Polonowski, Portes, Chelle, Hugouneng, Moog, Nicloux, Valdiguié, Pech, Derrien, Wunschendorff, Dufour, Escande, Robert.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Dognon, Labbé (Henri), Blanchetière, Mercier.

Facultés des départements : MM. Lamy, Chevallier, Sannié, Florence.

MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Baudouin, Labbé (Marcel), Guillain, Roussy, Clerc, Bezançon, Bernard (Léon), Rathery, Carnot, Achard, Vaquez, Loeper, Nobécourt, Teissier, Tanon, Lereboullet, Ménétrier, Lemierre, Sergent, Gougerot.

Facultés des départements : MM. Carrière, Savy, Pic, Laporte, Dupérié, Caussade, Raynaud, Baylac, Cassaët, Ducamp, Cestan, Verger, Vires, Raviart, Mouriquand, Abadie, Aubry, Richon, Bonnin, Leuret, Merklen, Cruchet, Carles, Petges, Leenhardt, Dupérié, Combemale, Margarot,

Etienne, Ingebrans, Gillot, Spillmann, Micheleau, Vedel, Rémond, Perrin, Bardier.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Moreau, Lian, Chabrol, Chevallier, Aubertin, Donzelot, Harvier, Cathala, Hutinel, Guy Laroche, Vallery-Radot, Brulé, Bénard (H.), Lévy-Valensi, Sézary, Alajouanine, Gastinel, Joannon, Leroux.

Facultés des départements : MM. Dumas, Tapie, Riser, Porot, Damade, Chalier (J.), Nayrac, Joulia, Boudet, Simonin, Perrens, Mlle Condat, MM. Lebon, Devic, Piéchaud, Bertin, Hanns, Aubertin, Boulet, Creyx.

Anatomie pathologique. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Roussy, Lemierre.

Facultés des départements : MM. Favre, Tapie, Poujol, Gery, Grynfeltt, Hoche, Sabrazès.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Leroux, Oberling.

Facultés des départements : MM. Muratet, Martin (J.-F.), Pagès, Cornil.

Médecine légale. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Claude, Balthazard.

Facultés des départements : MM. Giraud, Gaussel, Carrière, Combemale, Aubry, Paviot, Etienne, Chavigny, Cassaët, Richon, Leclercq, Sorel, Martin (E.), Cruchet, Verger, Raviart, Lande.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Piédelièvre, Lévy-Valensi.

Facultés des départements : MM. Nayrac, Mazel, Aubertin, Riser, Damade, Bertin, Creyx, Devic, Mutel.

Chirurgie générale. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Mauclaire, Cunéo, Hartmann, Gosset, Duval (P.), Lejars, Delbet, Ombrédanne, Faure (J.-L.).

Facultés des départements : MM. Le Fort, Froelich, Michel, Nové-Josserand, Constantini, Chavannaz, Hamant, Forgue, Lombard, Stolz, Massabuau, Bégouin, Lambert, Gorse, Riche, Dambrin, Mériel, Ducuing, Caubet, Cabanes, Gaudier, Rochet, Guyot.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Leveuf, Lemaître, de Gaudart d'Allaines, Moulonguet, Cadenat, Fey, Brocq, Gatellier, Mondor, Moure, Quénu.

Facultés des départements : MM. Santy, Binet, Swynghedauw, Jeanneney, Loubat, Simon, Ferrari, Miginiac, Barthélémy, Duboucher, Papin, Charrier.

Urologie. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Legueu, Ombrédanne.

Facultés des départements : MM. Gayet, Etienne, Froment, Cassaet, Aubry, Duvergey, Rimbaud, Leuret, Micheleau, André, Carrière, Verger, Combemale, Cruchet, Dupérié, Richon, Jeanbrau, Raviart, Martin.

Juges suppléants. — MM. Moulonguet, de Gaudart d'Allaines, Leveuf.

Facultés des départements : MM. Creyx, Piéchaud, Chalier (J.), Damade, Bertin, Papin, Nayrac, Santy, Aubertin.

Obstétrique. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : MM. Brindeau, Jeannin, Couvelaire, Lereboullet, Faure.

Facultés des départements : MM. Fruhinsholz, Laffont, Gillot, Rocher, Delmas (Paul), Cruchet, Caussade, Reeb, Baylac, Guyot, Voron, Villard, Bué, Andérodias, Garipuy.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : MM. Vignes, Portes, Escalle, Vaudescal.

Facultés des départements : MM. Charrier, Jeanneney, Paquet, Houël, Loubat, Keller, Papin, Péry, Chalier (André), Rhenter, Col de Carrera, Vermelin.

Histoire naturelle pharmaceutique. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : M. Perrot.

Facultés des départements : MM. Bretin, Maurin, Gillot, Juillet, Seyot, Leulier, Beille, Lobstein, Astruc.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : M. Lutz.

Facultés des départements : MM. Manceau, Fourment, Sigalas (R.).

Pharmacie. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — *Juges titulaires.* — Faculté de Paris : M. Lebeau.

Facultés des départements : MM. Barral, Douris, Valdiguié, Leulier, Gérard (Ernest), Grélot, Polonowski, Moog, Faucon, Laborde, Morvillez, Pastureau, Ribaut, Labat, Vallée, Wunschendorff, Morel, Tarbouriech, Dupouy, Chelle.

Juges suppléants. — Faculté de Paris : M. Fabre.

Facultés des départements : MM. Florence (Toulouse), Florence (Lyon), Manceau, Golse.

— Toulouse. — Par arrêté du 5 avril 1930, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 6 avril.)

Société médicale du littoral méditerranéen. — IVe Voyage médical de Pâques sur la Côte d'Azur, avec excursions en Italie, dans les Alpes et en Corse (Nice, Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Menton, San Remo, Bordighera, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, les Alpes, Nice, la Corse.

Première partie. — Samedi 12 avril : Nice (arrivée).
Dimanche 13 avril (Rameaux) : Juan-les-Pins, Cannes.
Lundi 14 avril : Cannes, Grasse, Vence.
Mardi 15 avril : Nice, Menton.
Mercredi 16 avril : Italie, Bordighera, San Remo.
Jeudi 17 avril : Principauté de Monaco, Monte-Carlo.
Vendredi 18 avril : Beaulieu, Nice.
Samedi 19 avril : Les Alpes.
Dimanche 20 avril (Pâques) : Nice (départ).

(*A suivre.*)

Un monument a Orfila. — On annonce qu'un comité vient de se former pour élever à Mahon, dans l'île de Minorque, un monument à la mémoire du professeur Mateo-Bonaventure Orfila, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui naquit aux Baléares, le 24 avril 1787.

La coopérative d'achat des praticiens français (C. A. P.), qui comme chacun sait a son siège à Montauban, 3, rue de la Mairie, nous prie d'insérer la note suivante :

« Montauban qui se trouve malheureusement être, comme le dénomme M. le Président de la République, *la capitale du désastre*, la C. A. P. a pris l'initiative de recueillir les dons généreux que le Corps médical voudra bien faire pour les distribuer aux médecins, chirurgiens, pharmaciens, vétérinaires et chirurgiens dentistes ayant été sinistrés dans les régions inondées. Elle adresse un appel non seulement à ses adhérents mais à tout le Corps médical dans ce geste de solidarité professionnelle. Elle a déjà reçueilli des sommes très intéressantes et des dons en nature importants ».

Il est, en effet, fort judicieux de grouper les efforts et d'envoyer une obole spéciale dont profiteront les camarades victimes d'un fléau sans précédent.

L'ICTÈRE INFECTIEUX EXPÉRIMENTAL

Par EAN TROISIER et ROBERT CLÉMENT,

Médecin Ancien interne
des hôpitaux de Paris.

L'ictère infectieux a fait ses preuves en clinique. Sans nul doute, on a le droit, au lit du malade, de formuler ce diagnostic même si l'on ne connaît pas la nature exacte du syndrome.

Les études expérimentales, sur le terrain anatomique, biologique ou étiologique, de ces dernières années ont cherché à serrer de plus près le problème. Nous avons montré dans une monographie récente (1) combien leur interprétation restait délicate, et sujette à contrôles répétés. Il nous a paru intéressant de résumer ici l'ensemble de ces recherches.

Sur le terrain anatomique on peut reconnaître pour chaque maladie ictérigène du foie, une série d'aspects morbides du foie, qui contribuent à définir chaque maladie, mais il n'existe pas de lésion certaine macroscopique ou microscopique de l'ictère. Devant une coupe de foie, bien audacieux serait l'histologiste qui affirmerait que durant la vie il y a eu ictère ou non. Seule, peut-être, quand elle existe, la communication canaliculo-interstitielle — entre la canalicule biliaire et le capillaire sanguin — aurait une certaine valeur, mettant les extrêmes voies biliaires en contact avec la circulation sanguine. Mais cette lésion n'est-elle pas elle-même un artifice de préparation et, en tout cas, elle n'est pas constante.

Il existe dans la littérature médicale une série de faits qui démontrent surabondamment que l'anatomie pathologique ne peut pas plus définir l'ictère que l'urémie. Ne voit-on pas la spirochétose tuer les malades en un septénaire avec un ictère intense et les coupes de foie ne rien révéler d'anormal ou même déceler des cariokynèses témoignage d'une vitalité évidente des cellules? (Widal et Abrami).

A dire vrai, c'est peut-être seulement sur le terrain physiologique que le problème doit être posé. Mais là encore que d'obscurité! Que de faits élémentaires longuement critiqués à peine démontrés! Existe-t-il même une « fonction » biliaire du foie? Tout ce que l'on sait de certain, c'est que les pigments biliaires et l'urobiline ne sont que des pigments dégradés provenant de l'hémoglobine sanguine et que ces pigments dégradés se forment n'importe où dans l'organisme. On n'est même pas sûr que le foie soit plus ou moins spécialisé dans cette dislocation pigmentaire, transformant un pigment nocif pour l'organisme, dès qu'il a quitté l'hématie, l'hémoglobine, en un pigment plus facile à éliminer et atoxique, la bilirubine.

En résumé, la biligénie pigmentaire tissulaire est incontestable mais il est incertain que le foie ait un rôle prépondérant dans le processus. Depuis une quinzaine d'années, l'école physiologique américaine, avec Wipple et Hooper, a repris le problème et l'a retourné sous toutes ses faces. L'expérimentation est rendue très difficile par la nécessité d'obtenir un ictère rapide et en même temps de supprimer anatomiquement ou fonctionnellement le foie; les conclusions des auteurs se ressentent de leur désir de conclure en faveur de l'une ou l'autre thèse. Il paraît néanmoins probable que l'animal privé de foie, peut ébaucher un ictère, une bilirubinémie plutôt, ou tout au moins peut créer dans son sang, un pigment jaune très voisin du pigment biliaire, à la suite d'une intoxication normalement ictérigène. Les constatations cliniques sont beaucoup plus sûres. Il suffit de centrifuger un exsudat hémorragique comme un hémothorax pour y trouver avec évidence les pigments biliaires les plus caractérisés, même s'il n'y a pas de bilirubinémie appréciable. Mais quant à savoir quel élément cellulaire se charge de dégrader l'hémoglobine, c'est autre chose. L'école allemande a soutenu la thèse « réticulo-endothéliale » admettant que tout le système endothélial, cellules de Küpffer, cellules de la rate, était chargé de créer ainsi le matériel de l'ictère. Or, il manque un point essentiel de la démonstration : jamais on n'a pu histologiquement caractériser les pigments biliaires dans les cellules de Küpffer et leurs congénères. Il semble qu'on ne peut dépasser expérimentalement le stade de pigment « prébiliaire », suivant l'expression de l'un de nous. De même dans les macérations d'organes, *in vitro*, additionnés de sang on ne dépasse guère ce stade. N'avons-nous pas raison de dire que les faits élémentaires sont à peine démontrés sur le terrain physiologique?

Néanmoins le fait de trouver si facilement de la bilirubine dans l'organisme, en dehors de l'action directe du foie, a laissé l'impression à plusieurs auteurs que le foie, ne jouait vis-à-vis des pigments biliaires qu'un rôle secondaire d'élimination du sang vers les canaux « biliaires ».

La cellule hépatique, entre autres fonctions, aurait pour rôle de faire sortir du sang les sous-produits de l'hémoglobine et de les évacuer par l'appareil biliaire. En un mot, le foie serait chargé d'*éliminer l'usure du sang*, tout au moins celle des hématies, comme le rein *élimine l'usure des tissus*. Cette thèse véridique à coup sûr, est peut-être incomplète. Il faut tenir compte de ce que dans cette lutte de l'organisme contre les déchets sanguins, la cellule hépatique ne doit pas rester inerte; avec Lempérière, l'un de nous a été frappé de voir dans des expériences de réinoculation à l'animal de son propre sang laqué, que la surcharge hémoglobinique, du foie dépassait très rapidement la zone endothéliale et que les cellules hépatiques se « chargeaient » de granules d'hémoglobine. Cette hémoglobine était déjà « digérée » en partie, car elle n'était plus orangeophile mais éosinophile à l'analyse histo-chimique. La conclusion générale serait donc une action diffuse des cellules de l'organisme contre les déchets hématiques. La fonction hémoglobinolytique serait une fonction générale des cellules de l'organisme; les cellules du système réticulo-endothélial pourraient être suppléées, en

---

(1) J. TROISIER et R. CLÉMENT. *Les Ictères infectieux. Étude clinique et étiologique*, Paris, 1929. Doin.

cas de travail excessif, par les cellules hépatiques chargées normalement de rejeter hors de l'organisme les déchets hématiques.

Quant à l'urobiline; son histoire est encore plus chargée. Que de faits ne lui a-t-on pas attribués. C'est tout simplement le plus dégradé des pigments d'origine hématique, encore plus dégradé que les pigments biliaires. Son pouvoir tinctorial est également plus faible, de plus c'est un pigment presque diffusible qui s'élimine avec facilité mais que l'organisme peut reprendre sans coup férir, en particulier au niveau de l'intestin.

La signification clinique découle de ces notions. L'urobilinurie peut être le témoin d'une hémolyse marquée, le témoin d'une rétention biliaire ou même le témoin d'une reprise des pigments par l'intestin. En tout cas, ce qu'il n'indique jamais directement, c'est la déchéance de la cellule hépatique. Hildebrandt ne trouve pas d'urobiline dans l'urine de l'atrophie jaune aiguë. L'urobilinurie des cirrhoses ne témoigne que d'une cholémie marquée. Dans les ictères infectieux l'urobilinurie marque le début et la fin de la maladie.

L'histoire des sels biliaires et du cholestérol est très difficile à débrouiller à l'heure présente. Il est très probable, étant donné leur parenté chimique, qu'ils doivent être étudiés corrélativement. Le cholestérol — c'est ainsi que l'on doit nommer la cholestérine — est facile à étudier dans le sang depuis que A. Grigaut a bien mis au point une méthode de recherche. La cholestérolémie est naturellement fonction d'un excès ou d'un défaut de production du cholestérol par l'organisme — surrénale, corps jaune, foie — et fonction d'un vice dans son élimination, soit à l'état de cholestérol, soit à l'état de sels biliaires. D'où la complexité du problème. D'où aussi la difficulté du problème de la cholémie « saline ». Ce dernier problème est doublé d'une insuffisance marquée de nos moyens chimiques de caractérisation (H. Bénard). La vieille réaction de Pettenkofer, même modernisée, est difficile à mettre en œuvre. Les méthodes physiques, basées sur les modifications de la tension superficielle, ne sont pas spécifiques et Troisier a montré combien de corps dérivés de la dégradation des albumines parmi les acides aminés pouvaient abaisser la tension superficielle des liquides dans lesquels ils étaient en solution. Dans l'ensemble, on a l'impression que dans les ictères infectieux les manifestations probables dues aux sels et acides biliaires sont toujours consécutifs et jamais primitifs. L'hypotension superficielle de l'urine est toujours un phénomène second, suivant en date les modifications urinaires et hématiques liées à la présence des pigments biliaires.

Si l'on résume ce chapitre compliqué, compliqué comme tout ce qui n'est pas clairement démontré, on peut dire sans ironie que l'on ignore la lésion anatomique qui produit l'ictère, qu'on sait avec certitude que les pigments biliaires peuvent être produits dans tout l'organisme aux dépens du sang et qu'ils peuvent être produits en excès; que le foie élimine ces pigments et qu'il peut les éliminer mal. Deux causes possibles d'ictère. Et deux causes que l'on retrouve dans les ictères infectieux.

***

Si l'on transporte ces notions anatomiques et physiologiques sur le terrain de la médecine expérimentale, on se trouve tantôt sur un terrain très solide, tantôt au contraire, devant des données assez sujettes à caution.

Les ictères infectieux sont liés à une variété, non pas infinie, mais limitée des causes morbides. Tantôt de cause bactérienne, tantôt de cause parasitaire, liés à des organismes plus élevés en organisation, tantôt enfin non définis au point de vue étiologique, les ictères infectieux sont plus ou moins difficiles à reproduire expérimentalement chez l'animal en partant des germes pathogènes. L'ictère infectieux le plus net est certainement celui que l'on obtient chez le cobaye avec *spirocheta ictero-hémorragiæ*, soit avec une culture pure, soit avec du sang, du liquide céphalo-rachidien, de l'urine de l'homme malade, soit encore avec des viscères d'homme ou de rat. Cet ictère infectieux expérimental si typique s'interprète aussi mal que possible à la lecture des coupes du foie de l'animal, d'autre part, le cobaye n'est pas un animal commode pour l'étude systématique des humeurs et des excréta. Bref, ce n'est pas la spirochétose, contrairement à ce que l'on aurait pu légitimement espérer, qui a fourni la clé du problème infectieux. Relevons de plus l'intensité des lésions rénales chez le cobaye et avec Martin et Pettit la phagocytose hématique, témoignage simultané de l'action du parasite dans le sang.

Sur le chien, les *piroplasmoses* peuvent être transmises d'animal à animal. De même chez les bovidés, des doses infinitésimales de sang virulent peuvent reproduire l'ictère presque toujours accompagné d'hémoglobinurie, et, à l'examen hématologique, d'une fragilité des hématies aux solutions de NaCl, témoignages évidents d'une altération sanguine. Spirochétoses et parasites endoglobulaires se montrent donc en médecine expérimentale parfaits générateurs d'ictère. Il est vrai que le spirochète des récurrentes, que celui de la syphilis n'ont pu provoquer de l'ictère en dehors de l'espèce humaine pas plus que les agents pathogènes du paludisme.

Parmi les maladies bactériennes, la difficulté de reproduire systématiquement l'ictère a arrêté longtemps les chercheurs. Le groupe pneumo-streptocoque ne donne sur les animaux de laboratoire rien de net. Le groupe typho-paratyphique, quoi qu'on en ait pu dire, n'a nullement fait sa preuve d'agent ictérigène sur les animaux.

Parmi les lésions provoquées par les bacilles anaérobies, on observe parfois de l'ictère, surtout dans les infections puerpérales à *B. perfringens*. Les recherches de l'un d'entre nous, avec Costa, ont eu un résultat remarquable en utilisant une bactérie anaérobie, le *corynebacterium necrophorum* en injections massives dans les muscles du chien. Sur cet animal, on crée ainsi à volonté un ictère infectieux expérimental avec plusieurs phases évoluant ou non jusqu'à la mort. Une première phase donne exclusivement une émission par les urines et les fèces des pigments biliaires. Dans une deuxième phase, les sels biliaires apparaissent dans les urines tandis que les fèces se

décolorent. Une troisième phase d'ictère vrai, avec pigmentation du sérum sanguin puis des tissus y compris l'humeur aqueuse termine la scène et l'animal meurt avec ou sans hémorragies, sans aucune métastase infectieuse, mais avec une azotémie marquée, ce qui laisse à penser qu'en clinique humaine l'azotémie d'un ictère ne doit pas forcément faire porter le diagnostic de spirochétose. De plus, nous avons noté expressément le pouvoir hémolytique intense du germe *in vitro*, nouvelle preuve de la double action nécessaire d'un germe pour créer l'ictère infectieux, action sur le sang, action sur l'appareil hépato-biliaire.

L'autopsie de nos animaux nous révélait dans les cas typiques, outre des altérations cellulaires du foie des « cylindres biliaires » assez analogues aux cylindres rénaux des néphrites aiguës et une augmentation très nette de la viscosité de la bile traduisant, sans doute, histologiquement et physiologiquement un trouble à l'évacuation de la bile.

Ces considérations de pathologie comparée, de médecine expérimentale, peuvent servir de guide dans une étude — toujours à reprendre — de la physio-pathologie de l'ictère qui varie un peu suivant les espèces animales. Le médecin et l'expérimentateur devront mutuellement s'appuyer sur leurs connaissances réciproques pour essayer de démêler les éléments du problème.

CHONDROME MALIN

DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR SIMULANT UN ANÉVRISME ARTÉRIOSO-VEINEUX [1]

DÉSARTICULATION DE LA HANCHE. GUÉRISON

Par M. LOP (de Marseille),

I

Cette tumeur a été observée chez le garçon-cambusier O..., âgé de vingt-sept ans, embarqué sur le vapeur « Jarlot » de la Compagnie de navigation Paquet.

Ce garçon était venu me voir une première fois, un an avant, se plaignant d'une douleur très vive au niveau de la face antérieure de la cuisse droite, qu'il attribuait à un choc reçu, pendant qu'il arrimait une barrique, dans la soute aux provisions. Je ne constatai alors rien d'appréciable.

Je prescrivis une médication appropriée au symptôme douleur. O... continua son service. Quatre à cinq mois après, il revint me consulter, continuant à souffrir et boitant très légèrement, depuis un mois environ.

Chose assez singulière, O... souffrait surtout au niveau de l'échancrure sciatique et très peu — pour ainsi dire pas — à la face antérieure de la cuisse où avait porté le traumatisme initial. En examinant avec attention, on constatait chez le malade tous les symptômes d'une sciatique plutôt que le début de la véritable maladie que me fit découvrir l'opération. Je concluai donc à ce diagnostic. Première erreur.

Toutefois à ce moment-là, mon esprit se porta, étant donné l'âge du sujet, la localisation de la douleur, les troubles de la marche, sur la possibilité d'une coxalgie au début. Deuxième erreur, moins grossière puisque l'avenir démontra qu'il s'agissait d'une lésion osseuse de l'épiphyse fémorale avec propagation à la cavité cotyloïde.

Le malade repartit, malgré ce, faire encore un voyage; mais au retour, les phénomènes douloureux s'étant accentués et la marche devenue de plus en plus pénible, O... entra à la Clinique.

Convaincu de la possibilité d'une coxotuberculose, j'imposai le repos absolu au malade. Après deux examens radiologiques absolument négatifs et malgré des examens cliniques à peu près journaliers, je persistais à croire à l'existence d'une coxalgie, non seulement par les douleurs nocturnes, mais par la difficulté et la gêne dans les mouvements de l'articulation coxo-fémorale, en même temps par une certaine altération de l'état général comme on le voit fréquemment, au début de la coxalgie, chez les adultes.

Ce qui me fit persister une fois de plus dans ce diagnostic, c'est que l'extension continue pratiquée pendant une douzaine de jours, avait amené une sédation très appréciable dans le symptôme douleur : le malade n'accusant plus qu'une gêne accompagnée d'un battement très désagréable, disait-il, s'exacerbant la nuit, au milieu du triangle de Scarpa, battement que rien ne révélait encore à l'extérieur.

II

Obligé à m'absenter pendant une dizaine de jours, à mon retour, l'extension continue ayant été maintenue, je ne fus pas peu surpris de constater des symptômes qu'il n'est pas habituel de rencontrer dans une coxalgie : au niveau du triangle de Scarpa, à environ 5 centimètres de l'arcade crurale, je constatai les signes cliniques très nets d'un anévrisme artérioso-veineux, tumeur pulsatile, thrill, souffle continu systolique, frémissement.

Ce que je supposais être un anévrisme formait une saillie superficielle, de la grosseur d'une mandarine, appréciable surtout lorsque la cuisse était mise en demi-flexion sur le bassin.

En présence de pareils symptômes vasculaires, pour le moins inattendus, de l'aggravation des phénomènes douloureux, de l'altération de l'état général que je m'expliquais mal, toute syphilis mise de côté par deux Wassermann négatifs, l'affirmation très nette du malade d'aucune affection vénérienne antérieure et l'absence de tout stigmate de spécificité, je me décidai à opérer ce que j'avais toutes raisons de considérer comme un anévrisme en imminence de rupture.

III

L'opération décidée et acceptée est pratiquée le 10 août 1927. Rachianesthésie. Après une incision prudente des téguments et après avoir mis à nu

(1) Communication faite à la Société de médecine et d'hygiène coloniales de Marseille.

les vaisseaux supposés malades, quelle ne fut pas ma surprise de constater leur intégrité; les signes cliniques extérieurs qui m'avaient fait croire à l'existence d'un ectasie artério-veineuse, étaient tout simplement dus au développement d'une tumeur de la grosseur d'une poire, au contenu d'apparence liquide et dont la tension extrême avait refoulé les vaisseaux au point de donner — à s'y méprendre — le change avec un véritable anévrisme.

IV

J'abrégerai cette observation, en vous disant qu'après avoir pris les précautions voulues pour dégager les vaisseaux. J'appliquai en amont et en aval des clamps vasculaires, et les muscles réclinés fortement en dedans, j'obtins ainsi un jour très large.

J'incisai la tumeur, fixée au préalable avec des pinces à griffes. Celle-ci ouverte, donne issue à un liquide louche, en même temps que sortaient des débris blanchâtres, miliaires, d'apparence calcaire s'effritant assez facilement dans les doigts.

Explorant l'intérieur de cette cavité, je trouvai celle-ci pleine de débris calcaires comme ceux que je vous montre ici (figurant sur ces photographies) dont le poids total, étant donné la faible densité de chacun, était de 485 grammes.

La moitié de la main pouvait disparaître dans la poche ouverte; cette dernière se prolongeait dans la direction de la face postérieure de la cuisse, se dirigeant vers l'échancrure sciatique, expliquant ainsi les phénomènes d'irritation du nerf sciatique qui avaient précédé et accompagné le début et l'évolution de cette singulière tumeur.

Les débris recueillis sont confiés à l'expérience bien connue de nos confrères MM. Ranques et Senez. Leur examen démontra qu'il s'agissait d'un chondrome ayant un caractère malin.

V

L'évolution de cette très curieuse affection fut assez longue — la guérison se faisant attendre et l'état du malade s'altérant chaque jour — après avoir pris l'avis du professeur Imbert, d'un commun accord, je pratiquai la désarticulation totale de la cuisse.

C'est grâce à celle-ci que le malade a guéri et a repris une santé florissante qui, depuis plus de deux ans, ne s'est jamais démentie.

Au cours de la désarticulation, j'ai dû cureter la cavité cotyloïde, pleine de concrétions, qui était à la veille de s'effondrer exposant ainsi à l'infection, dans un avenir très proche, tout le petit bassin.

La pièce que j'ai l'honneur de vous soumettre et les radiographies (1) (bien que celles-ci ne soient pas très démonstratives) suffiront à vous démontrer la gravité de cette affection plutôt très rare — et, surtout, la survie — car le chondrome peut être comparé, au point de vue de sa malignité, à l'ostéo-sarcome.

J'aurais voulu vous montrer le malade. Il n'a pas été touché à temps par ma communication.

(1) Faite quarante-huit heures avant l'opération et qui décida également par ses curieuses constatations — l'opportunité de mon intervention — les précédentes radios n'avaient jusqu'alors rien décelé d'anormal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 MARS 1930)

Myopathie myotonique avec signe de Chvostek. Etude humorale. Rôle de l'insuffisance parathyroïdienne. — MM. F. Rathery, P. Mollaret et R. Waitz présentent un cas typique de cette affection ayant débuté vers l'âge de quarante-cinq ans. Le syndrome amyotrophique atteint l'extrémité distale des membres supérieurs, la face et le cou. Le syndrome myotonique est très net. Il existe enfin une série de troubles dystrophiques.

L'état humoral est normal, à l'exception d'une légère augmentation de la réserve alcaline.

Les auteurs admettent une certaine analogie entre cette variété de myopathie et la tétanie. Leur sujet présente d'ailleurs un signe de Chvostek des plus nets et l'épreuve de l'hyperpnée renforce l'élément myotonique.

Oblitérations artérielles légères des membres inférieurs traitées par la radiothérapie de la région surrénale. — MM. Langeron et Desplats (de Lille).

Sur le neurotropisme de la dengue. — M. Avaritsiotis (d'Athènes). L'étude de l'épidémie de dengue survenue en Grèce en 1928 a montré que cette affection est due à un virus neurotrope. Celui-ci atteint surtout le nerf vague, plus rarement le sympathique. Tous les signes de la dengue s'expliquent par l'action du virus, soit sur les centres nerveux, soit sur les troncs périphériques, soit sur les nerfs vaso-moteurs.

Un cas d'acromégalie. — M. Carnot présente une malade atteinte d'acromégalie. Il insiste sur les signes radiologiques, l'existence d'une galactorrée indépendante de tout processus génital ou folliculaire, et l'absence d'une exagération des hormones antéhypophysaires.

Etude sur le syndrome sympathique cervical basedowiforme. — MM. M. Labbé et J. Dreyfus insistent sur l'absence de modifications du métabolisme basal et de l'amaigrissement.

Septicémie à pneumobacilles de Friedländer avec localisation pulmonaire. Injection de trypaflavine. Guérison rapide. — MM. P. Abrami et Robert Worms rapportent le cas d'une septicémie à pneumobacilles de Friedländer, d'allure sévère avec atteinte profonde de l'état général au huitième jour de laquelle apparaît un gros foyer d'hépatisation pulmonaire. L'hémoculture est positive, les crachats contiennent du pneumobacille. Une injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de trypaflavine au onzième jour de la maladie est suivie de la chute de la température qui tombe en quelques heures de 40 à 37.

Les auteurs insistent sur le caractère brusque de la défervescence qu'on rencontre de façon tout à fait exceptionnelle au cours de ces affections. Et ils croient pouvoir attribuer sa survenue précoce à la médication employée.

Sur une forme clinique de septicémie à streptocoques : la septicémie streptococcique à localisation musculaire. — MM. P. Abrami et Robert Worms communiquent l'histoire d'un homme de trente ans, sans antécédents pathologiques, qui est pris brusquement d'une douleur dans l'épaule accom-

pagnée d'une tuméfaction douloureuse qui siège dans la paroi antérieure de l'aisselle. Hémoculture : présence de streptocoques. La mort survient en quarante-huit heures et l'autopsie révèle la myosite streptococcique du grand pectoral.

Les auteurs tendent à isoler cette forme étiologique et à faire de la myosite infectieuse suraiguë ou maligne, classiquement décrite, une variété particulière de septicémie à streptocoques.

Gangrène bilatérale des orteils et syphilis héréditaire. — MM. Sézary et Hufnagel ont observé un cas de gangrène bilatérale des orteils chez une hérédo-syphilitique. Il s'agissait d'une artérite bilatérale avec grosse diminution des oscillations du sphygmomanomètre. Un traitement arsénobismuthique intensif a cicatrisé presque complètement les lésions des orteils, en même temps qu'il rétablissait la circulation artérielle.

Ainsi donc, non seulement la syphilis acquise mais encore la syphilis héréditaire peuvent être la cause de l'artérite des membres.

Epilepsie cardiaque. — MM. Louis Ramond, S. Vialard et G. Gay rapportent l'observation d'un malade de quarante et un ans, porteur d'une cardiopathie mitro-aortique complexe d'origine rhumatismale et qui, depuis l'âge de trente-deux ans, présente deux fois par an environ des crises d'épilepsie généralisée.

Ils pensent qu'il s'agit là d'épilepsie cardiaque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 8 mars 1930)

La glycémie porte chez le chien normal, inanitié, dépancréaté, phloriziné. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle Yvonne Laurent. La glycémie porte est la plus basse de toutes les glycémies. Toujours inférieure à la glycémie sus-hépatique, elle est en général inférieure à la glycémie artérielle et à la glycémie cave inférieure. La première règle est absolue sauf chez certains chiens dépancréatés; la seconde comporte des exceptions en cas de chiens inanitiés ou phlorizinés.

La glycémie porte. Ses variations au moment de l'hypoglycémie insulinique. — MM. F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle Yvonne Laurent. L'insuline ne modifie pas le sens des écarts qui existent entre la glycémie porte et celle des autres territoires; elle ne fait que l'exagérer.

La glycémie porte est, en général, celle où la baisse glycémique se fait le plus fortement sentir.

Action antitoxique du salicylate de sodium et de quelques dérivés substitués, sur la toxine tétanique. — M. H. Vincent. A côté des savons dont j'ai fait connaître, depuis 1907, les propriétés hautement antitoxiques, il existe un certain nombre de corps non colloïdaux, sans doute beaucoup moins actifs, mais cependant capables de neutraliser les toxines microbiennes. L'un des plus antitoxiques parmi ceux que j'ai étudiés est le salicylate de sodium dont la solution saturée inactive, en trois à quatre jours à 38 degrés, 50 à 400 doses mortelles de toxine tétanique après addition de 1/25 et même 1/30 de cette solution.

En injectant progressivement au lapin adulte de 3 kilos le complexe toxine tétanique salicylée, de plus en plus riche en toxine et de moins en moins en salicylate de sodium, on peut après plusieurs mois injecter des doses d'abord faibles, puis fortes, de toxine pure. L'antigène s'est donc comporté comme une cryptotoxine analogue, quoique beaucoup moins active, aux cryptotoxines oléique, palmitique, etc., que j'ai étudiées.

Les salicylates de pyramidon, de pipérazine, d'urotropine, n'ont pas un pouvoir antitoxique supérieur à celui du salicylate de sodium. Le complexe toxine salicylique doit à la très faible solubilité de l'acide sa formation et sa stabilité plus grandes.

L'action du thiosalicylate et du dithiosalicylate de sodium irradiés ou non n'est pas supérieure à celle du salicylate.

Le diiodosalicylate de sodium, plus actif, a inhibé, à la dose de 0g005, 400 doses mortelles (pour le cobaye) de toxine tétanique après trois jours de contact à 39 degrés.

La topographie et le mécanisme des douleurs de l'accouchement avant la période d'expulsion. — M. Aburel. L'exploration de la sensibilité génitale locale comme de la topographie des territoires cutanés douloureux, le fait de trouver des modifications nettes de la sensibilité tégumentaire « loco dolenti » et la possibilité de calmer les douleurs par anesthésie de la peau conduisent l'auteur à conclure que la douleur de l'accouchement est surtout une viscéralgie à point de départ utérin.

Sodium sanguin et rapport chlore-sodium chez l'homme. — MM. H. Bénard, J. Lenormand et F.-P. Merklen rappellent qu'ils avaient trouvé une valeur moyenne du sodium plasmatique de 3g30 par litre chez l'homme normal, chiffre très voisin de celui indiqué par Laudat et Grandsire dans leur récente communication.

Le rapport chlore-sodium du sérum sanguin leur paraît difficilement utilisable pour interpréter les fluctuations relatives du chlore et du sodium dans les cas pathologiques, car il ne tient pas compte des échanges si fréquents de chlore entre le sérum et les hématies.

Sur le mécanisme de la polypnée provoquée par l'injection intraveineuse de la choline et de ses dérivés. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera. De faibles doses de certains dérivés choliniques déterminent de la polypnée quand on les injecte par voie intraveineuse. De plus, l'apnée cholinique, déclanchée par l'injection de fortes doses de dérivés de la choline, est précédée d'une courte phase de polypnée.

L'accélération des mouvements respiratoires est sous la dépendance d'une décharge d'adrénaline provoquée par l'injection des dérivés choliniques.

Quand on injecte du chlorure de choline, la polypnée ne se produit que lorsqu'une hypertension compensatrice suit l'hypotension cholinique.

De plus, chez les chiens décapsulés, l'injection intraveineuse des éthers-sels de la choline ne détermine jamais de polypnée, que la dose soit faible ou forte.

Enfin, les chiens yohimbinisés réagissent comme les chiens décapsulés (puisque l'yohimbine inverse les effets de l'adrénaline) et n'ont pas de polypnée après injection intraveineuse d'une dose quelconque des dérivés choliniques étudiés.

L'apnée cholinique : II. Action de l'adrénaline, de l'atropine et de la lobéline. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera, poursuivant leurs recherches sur l'apnée déterminée par l'injection intraveineuse de très fortes doses de certains dérivés de la choline, montrent que les accidents cardiaques observés sont secondaires à l'inhibition respiratoire.

L'injection intraveineuse d'adrénaline ou d'atropine pratiquée au cours de l'apnée cholinique s'oppose bien aux effets cardio-vasculaires des dérivés choliniques, mais sont impuissants contre la syncope respiratoire. De même, l'injection intraveineuse d'un centigramme de lobéline est impuissante à faire cesser l'apnée produite par l'administration intraveineuse d'un centigramme par kilogramme de bromure de bromocholine.

(SÉANCE DU 15 MARS 1930)

L'hyperglycémie insulinique chez le chien au cours de divers états expérimentaux (dépancréatation, inanition, inanition et phlorizine). — MM. F. RATHERY, R. KOURILSKY et Mlle Yvonne LAURENT. L'hyperglycémie insulinique immédiate est inconstante chez les chiens dépancréatés; elle fait même le plus souvent défaut; elle se retrouve au cours de l'inanition prolongée comme chez le chien normal; elle présente cependant certaines particularités relativement aux différents territoires sanguins; il existe des hyperglycémies dissociées. On la note enfin au cours de l'inanition prolongée associée à des injections de phlorizine, mais on retrouve ici encore des hyperglycémies dissociées.

Résistance des bactéries aux basses pressions. Possibilité d'études biologiques des rayonnements très peu pénétrants. — M. A. DOGNON.

La syncope ergotamino-cholinique. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et René CACHERA décrivent sous ce nom le renforcement d'action respiratoire de certains éthers de la choline par l'ergotamine.

Après une très forte dose préalable de tartrate d'ergotamine introduite par voie veineuse (1/2 milligramme par kilogr.), il suffit d'une dose extrêmement minime de dérivé cholinique pour entraîner la syncope (1/10 de milligramme par kilogr.).

Cette syncope ergotamino-cholinique est essentiellement une syncope respiratoire. C'est ce que démontre l'établissement de la respiration artificielle qui entraîne le retour à la normale des contractions cardiaques et de la pression artérielle. La survie de l'animal est ainsi obtenue et la respiration spontanée se rétablit.

Cette syncope d'ordre respiratoire apparaît donc comme l'exagération de ce que les auteurs ont décrit sous le nom d'apnée cholinique.

Influence de l'âge des cultures pour la mise en évidence de l'ultravirus tuberculeux par inoculation directe dans les ganglions lymphatiques. — M. C. NINNI, inoculant l'ultravirus tuberculeux issu de culture de différents âges dans les ganglions du cou des cobayes, a observé que celui-ci existe seulement dans les cultures de huit jours.

Il n'a pas pu le mettre en évidence dans les cultures âgées de trente-deux et soixante-deux jours.

Le rapport chlore-sodium. Ses variations dans le sérum sanguin des brightiques œdémateux. — MM. M. LAUDAT et A. GRANDSIRE étudient les modifications du rapport chlore-sodium dans le sérum sanguin des sujets atteints de néphrite chronique et présentant essentiellement le syndrome de rétention aqueuse.

Dans la presque totalité des cas examinés, ils ont toujours observé une élévation importante du rapport. Le sérum de ces malades renferme donc, par comparaison avec le taux du sodium, une quantité de chlore relativement plus importante que celui de l'individu normal.

L'élévation du rapport dépend très fréquemment de l'importance des œdèmes; mais dans quelques cas les auteurs ont vu le rapport se maintenir à un taux élevé malgré la baisse du poids et la réduction de l'œdème.

L'expérimentation leur a permis de confirmer ces constatations. En alternant la déchloruration et la chloruration, ils ont fait varier le rapport chlore-sodium parallèlement aux modifications du poids et de l'hydratation des tissus.

Lorsque le syndrome de rétention azotée vient s'ajouter à la rétention aqueuse et dominer dans le tableau clinique, le rapport chlore-sodium peut en être affecté.

Action de l'antigène méthylique sur la formule leucocytaire des lapins tuberculeux. — M. T. DE SANCTIS MONALDI, traitant des lapins tuberculeux par l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, a observé des modifications profondes de la formule hémo-leucocytaire étudiée par la méthode supra-vitale.

Pendant la période du traitement il se produit une lymphocytose intense qui dépasse même le nombre des polynucléaires neutrophiles; le nombre des éosinophiles est doublé et le rapport L/M (lymphocytes-monocytes) s'élève, traduisant une modification favorable de l'infection.

Les animaux traités ont survécu trois fois plus longtemps que les témoins et leurs lésions montraient d'importants processus de sclérose qui entouraient même les foyers caséeux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1930)

Le bistouri électrique. Ses applications pratiques. — M. R. IMBERT.

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1930)

Conjonctivite et ténonite blennorragiques métastatiques. — MM. H. VILLARD, Ch. DEJEAN et J. DUPONNOIS. Un malade porteur depuis six ans d'une blennorragie rebelle est atteint le 21 août d'une vive inflammation bilatérale des conjonctives avec gros œdème et chémosis.

Huit jours après survient une arthrite aiguë du genou droit très douloureuse, suivie dans le mois suivant de poussées arthritiques aiguës douloureuses au genou gauche, au métatarse gauche, aux poignets, aux doigts. Ces inflammations ont le caractère incontestable d'arthrite blennorragique métastatique. Elles ont donné la clef du diagnostic de l'affection oculaire. Il s'agit d'un cas tout à fait exceptionnel de conjonctivite et ténonite blennorragiques métastatiques superposées chez le même sujet.

Grossesse ampullaire déterminée par une coudure de la trompe. (*Présentation de pièces.*) — MM. V. RICHE, G. FAYOT et Mlle M. SOULAS.

A propos de la formule leucocytaire du sang des varioleux. — MM. F. CARRIEU et F. SERRIES, après avoir examiné plusieurs lames de sang prélevées chez des varioleux à des dates différentes de l'évolution de leur maladie, concluent que : 1° la mononucléose est très marquée pendant toute la maladie; 2° les myélocytes sont également très abondants; 3° on trouve des globules rouges nucléés dans les formes hémorragiques; 4° au moment de la convalescence apparaît une crise éosinophilique.

Ces résultats, admis par tous les classiques, offrent un certain intérêt du point de vue diagnostique. Du reste, les recherches hématologiques en général sont considérées comme une aide dont ne peuvent guère se passer aujourd'hui ni le chirurgien ni le médecin.

Appareil plâtré pour redressement des pieds bots légers. — M. E. ETIENNE. A propos de deux cas de pied bot unilatéral (cas d'un garçon de seize mois et d'une petite fille de deux mois et demi) caractérisé par l'incurvation latérale du pied, le bord interne étant fortement concave, le bord externe fortement convexe, l'auteur décrit un nouvel appareil plâtré qui lui a permis d'obtenir le redressement complet de la malformation, sans aucune manœuvre.

C'est une boîte plâtrée composée de deux valves, l'une externe, l'autre interne, articulées par leur bord jambier postérieur. Dans la partie pédieuse de la valve interne, très épaisse, est creusée une dépression qui correspondra à la partie la plus concave du bord interne du pied; la concavité

de la valve externe est comblée par un tampon de coton cardé changé chaque jour et dont l'épaisseur est progressivement augmentée.

L'appareil remis en place, les deux valves sont solidarisées par une forte bande.

L'action obtenue est identique à celle que l'on exerce sur un bâton courbé dont on fixe les extrémités pendant que l'on exerce une pression sur le sommet de la courbe.

Les résultats obtenus ont été excellents.

Branches collatérales de la crosse aortique. Anomalies. (*Présentation de pièces.*) — MM. G. Laux et P. Arnal.

Sarcome érythroblastique des os de la voûte cranienne chez un enfant de trois ans. (*Présentation de pièces.*) — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et H.-L. Guibert.

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1930)

Arrachement de la tubérosité antérieure du tibia droit. Intervention. Guérison. — M. E. Etienne. Jeune fille de quinze ans qui dans un saut arrache, probablement par contraction musculaire violente, la tubérosité antérieure du tibia droit (diagnostic clinique et radiographique). La portion d'épiphyse à laquelle est soudée la tubérosité est fracturée. Intervention sanglante deux jours après l'accident. Les constatations faites au cours de l'acte opératoire confirment le diagnostic porté et de plus montrent une déchirure en V des parties fibreuses. La pointe du V est au-dessous de la tubérosité; les deux branches du V embrassent la rotule. Passage d'un fil d'argent dans la diaphyse tibiale et dans le tendon rotulien. La tubérosité est remise ainsi à sa place. Ablation de ce fil au bout de deux mois et demi.

Guérison anatomique et fonctionnelle. La marche a été reprise au douzième jour.

Lithiase du canal de Wharton. — M. H. Estor a pu observer un cas de lithiase du canal de Wharton chez un homme âgé de quatre-vingt-six ans. La maladie se manifestait depuis quelques semaines seulement par une gêne légère de la mastication, puis par du gonflement douloureux de la région sous-maxillaire droite survenant particulièrement au moment des repas.

Une tuméfaction très dure mais de petit volume était visible dans la région sublinguale droite. Le diagnostic de lithiase du canal de Wharton, posé cliniquement, fut confirmé par la radiographie. Une incision de la muqueuse buccale sur le calcul permit son ablation très facile suivie de cicatrisation très rapide.

L'auteur signale à propos de ce cas la symptomatologie habituelle de la lithiase salivaire (maxillite ou parotidite généralement associées), il rappelle les difficultés du diagnostic en particulier avec les cancers des glandes salivaires et la nécessité de s'aider de la radiographie positive dans 85 p. 100 des cas, pour ne pas risquer de faire un traitement chirurgical insuffisant.

Un cas de tétanos généralisé, complication d'une gangrène diabétique du gros orteil. — MM. Ducamp, M. Janbon et A. Balmes rapportent l'observation d'un diabétique présentant une gangrène humide du membre inférieur droit, chez lequel ils ont vu évoluer un tétanos généralisé aigu rapidement mortel. La persistance de la glycémie à un taux relativement élevé (supérieur à 3 grammes) et la constatation de l'hyperthermie post mortem ayant permis d'éliminer l'éventualité d'accidents hypoglycémiques. Ils insistent sur l'inefficacité du traitement sérothérapique intensif précocement institué par voie endo-veineuse.

Volumineuse hydronéphrose ptosée dans la fosse iliaque gauche. (*Présentation de pièces.*) — MM. E. Truc et J. Cabanac.

A propos d'un cas d'invagination intestinale. — MM. Massabuau, A. Guibal et P. Arnal.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIEN. RESPONSABILITÉ PÉNALE.

MÉDICAMENTS NON VÉRIFIÉS

Il a été jugé déjà que le fait d'une erreur coupable commise par un pharmacien engage sa responsabilité civile et pénale (Trib. civ., Seine, 18 mai 1920, *Gaz. Trib.*, 22 nov. 1920); ainsi la responsabilité pénale d'un pharmacien a été reconnue à sa charge, dans un cas où il avait livré par erreur une substance dangereuse, au lieu d'un remède inoffensif (Cass., 23 août 1860, D. 60, 1, 419).

Le Tribunal correctionnel de Lille, dans un jugement du 9 décembre 1929 (*Gaz. Trib.*, 1er mars 1930), a retenu la faute pénale d'un pharmacien qui avait fait préparer chez un de ses confrères un remède défectueux qui a entraîné la mort de celui qui l'a utilisé. Il a retenu également la faute pénale de celui qui avait fait la préparation.

Voici les circonstances qui ont amené la condamnation des deux pharmaciens : le 11 juin 1929, la dame H... s'est fait servir par X... un purgatif dénommé sel de Carlsbad, pour elle et son mari; le lendemain, après absorption par le mari d'une cuillerée et par la femme d'une demi-cuillerée de cette poudre dissoute dans l'eau, tous deux ont été pris de vomissements, de crampes et de contractions qui ont présenté tous les symptômes d'un empoisonnement. Il a été révélé par l'analyse que le médicament fourni était composé en grande partie de fluorure de sodium, que ce produit a été reconnu toxique à une certaine dose; à la vérité, la dose fournie n'était pas assez considérable pour déterminer la mort, mais il s'est trouvé que la dame H... présentait un état cardiaque affaibli, incapable de résister à une crise d'intoxication qui ne devait pas avoir nécessairement d'effets mortels. Cette coïncidence a déterminé la mort.

La question de la responsabilité s'est posée. Le pharmacien X... déclara qu'il n'avait encouru aucune responsabilité, parce qu'il n'avait fait servir à la dame H... comme sel de Carlsbad que ce qui lui avait été servi à lui-même comme tel par le pharmacien Z... à qui il avait demandé de lui expédier ce médicament. Le pharmacien Z... reconnut avoir livré à X... les 500 grammes de sel de Carlsbad que celui-ci avait commandés, et avoir préparé ou fait préparer sous son contrôle cette composition. Pour se justifier, il invoquait que la maison de produits chimiques lui avait envoyé un fût de fluorure de sodium pour du sulfate de soude.

« Attendu, dit le Tribunal, que quoi qu'il en soit des causes et des circonstances qui ont amené la confusion, la responsabilité de Z... comme celle de X... n'en ressortait pas moins avec certitude des obligations professionnelles qui leur appartiennent; qu'il est du devoir du pharmacien aussi bien que des commerçants en général de vérifier à l'arrivée l'expédition des fournitures qui leur sont faites, mais plus particulièrement des pharmaciens qui ne doivent pas faire emploi dans leur officine d'aucun produit qu'ils ne l'aient au préalable vérifié, qu'ils ne soient assurés de la véritable nature et des véritables qualités du produit qui doit entrer dans la composition du médicament qu'on leur a commandé ou qu'ils doivent débiter. Qu'à cet égard X... ne peut pas plus se retrancher derrière Z... que Z... derrière les maisons qui lui auraient livré du fluorure de sodium pour du sulfate de soude; qu'en effet, si rien ne s'oppose à ce que le pharmacien fasse préparer un médicament par d'autres que par lui, et à ce qu'il débite dans son officine un produit qu'il a fait venir tout préparé de chez un autre pharmacien, sa responsabilité

pénale et civile n'en subsiste pas moins de la qualité, de la pureté du produit qu'il se borne ensuite à débiter; qu'il répond de l'erreur commise à débiter un autre produit que celui qui lui est acheté, que ce produit ait été préparé par un autre dans son officine ou dans celle d'un autre pharmacien. »

Ainsi le principe de la responsabilité pénale et civile a été posée par le Tribunal à l'encontre des deux pharmaciens. Mais, dans l'application de la peine et des réparations civiles, le Tribunal a établi des degrés. Il a considéré qu'en ce qui concerne X... sa responsabilité était des plus restreintes en raison de la confiance qu'il devait avoir dans le pharmacien auquel il s'était adressé pour avoir le sel de Carlsbad qui lui avait été commandé.

En ce qui concerne Z..., il a estimé que sa responsabilité dominait d'autant plus que le produit avait été composé dans son laboratoire; qu'il avait non seulement à s'inquiéter de la formule exacte à suivre, mais à vérifier la nature des éléments qui devaient entrer dans son exécution, leur qualité, leur origine, leur intégrité et jusqu'à la destination et leur emploi.

En conséquence, prononçant une amende de 200 fr. contre X... et 600 fr. contre Z..., le Tribunal a mis la réparation du préjudice à la charge de X... pour 1/5 et à la charge de Z... pour 4/5. Une somme de 100.000 francs avait été accordée à titre de dommages-intérêts.

La solution donnée par le Tribunal nous paraît juste et échapper à la critique.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les rayons ultra-violets et infra-rouges (1),
par W. VIGNAL, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

Ce livre, tout en état une étude critique de la question, est avant tout un exposé de pratique courante. Il est destiné au praticien de médecine générale qui désire avoir des lumières sur toutes choses concernant l'art de guérir et de soulager. Il s'adresse aussi au praticien qui, très légitimement, cherchant à accroître ses moyens d'action, veut lui-même faire des irradiations d'ultra-violet ou d'infra-rouge.

Mais on ne conseille une thérapeutique que si l'on comprend bien pourquoi et comment elle agit, ce qu'on doit et peut lui demander, autrement dit que si l'on peut préciser ses possibilités et ses limites.

Pour ce faire, il convient d'abord de bien connaître la nature de l'agent que l'on emploie : c'est ce que l'on trouvera au début de cet ouvrage dans le chapitre des *Conceptions actuelles sur la nature des radiations* où l'auteur a exposé aussi simplement et complètement que possible, sans aucune formule de physique mathématique, les théories modernes de la lumière. Puis il est naturellent conduit à étudier les modifications que ces radiations déterminent dans la matière inanimée et dans la matière vivante. Ce chapitre où les propriétés physiologiques et biologiques de ces radiations sont étudiées est, contrairement, à ce qui a été fait jusqu'à présent, particulièrement

(1) Un vol. in-16 de 240 fig. dans le texte et 2 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

développé; car c'est d'elles que découlent les indications thérapeutiques qui sont en réalité beaucoup moins étendues qu'on ne le croit en général. Ces indications thérapeutiques, dont quelques-unes ont une très grande valeur, sont divisées en indications majeures, indications majeures adjuvantes et indications mineures.

La technique générale ainsi que les techniques particulières ont été très minutieusement exposées pour chaque cas, afin d'éviter les accidents ou incidents toujours possibles et qui sont exposés dans un dernier chapitre. Cette partie de l'ouvrage constitue donc un formulaire pour les irradiations d'ultra-violet ou d'infra-rouge. De nombreuses figures illustrent le texte et en facilitent la compréhension. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEURS MÉDULLAIRES

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nous entendrons sous ce nom les néoplasies développées aux dépens du tissu nerveux et de ses enveloppes. Cependant il est cliniquement extrêmement difficile et même presque impossible de les distinguer des autres tumeurs intrarachidiennes, dont l'expression commune est la *compression lente* de la moelle et des racines.

De toute façon, il nous faut insister immédiatement sur l'intérêt d'undiagnostic précoce, avant que les *lésions réactionnelles sous-jacentes* n'aient pu compromettre le succès du traitement chirurgical. Le diagnostic doit être complet et indiquer *le siège* de la compression et même si possible sa cause: c'est dire l'intérêt des *examens radio-lipiodolés*.

Nous prendrons comme type de description une tumeur de la moelle basse, dorsale inférieure ou lombaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les *tumeurs de la moelle* proprement dites sont relativement rares. Les plus fréquentes sont les gliomes soit diffus et infiltrants, soit énucléables. Les autres variétés sont très rares (sarcome, myxome, neuro-épithéliome); on peut cependant parfois rencontrer une gomme spécifique ou tuberculeuse.

Les *tumeurs des méninges*, plus fréquentes, sont surtout des tumeurs bénignes, bien localisées et souvent extirpables. Ce peuvent être des fibromes, des myxomes, des fibro-sarcomes. On peut encore rencontrer des sarcomes globo ou fuso-cellulaires, des psammomes ou tumeurs endothéliales à nodules calcifiés.

Les *tumeurs radiculaires* peuvent se développer aux dépens de la gaine (fibro-sarcomes ou névromes) ou du nerf lui-même (polynévromes, maladie de Recklinghausen).

Il faut encore signaler les *tumeurs angiomateuses* souvent étendues et complexes, difficilement extirpables. Enfin il existe des *tumeurs secondairement intrarachidiennes*, d'un diagnostic clinique difficile, et qui ont leur origine dans les parties molles (tumeurs en sablier, tumeurs musculaires, lymphosarcomes).

Quel que soit le type anatomique, toutes ces néoplasies vont entraîner, plus ou moins rapidement suivant le rythme de leur croissance, des troubles anatomiques graves du tissu nerveux comprimé.

Au niveau de la tumeur, la moelle comprimée se sclérose; les cellules nerveuses s'altèrent, la myéline se fragmente, les cylindraxes disparaissent, la névroglie prolifère. Secondairement, au-dessus et au-dessous de la compression se produisent des dégérescences fasciculaires.

Les lésions s'étendent donc en hauteur par suite de lésions secondaires. Il s'installe des réactions inflammatoires, des troubles vasculaires avec œdème, suffusions hémorragiques, voire ischémie plus ou moins complète dans le segment sous-lésionnel.

Ce sont ces lésions réactionnelles qui font toute la gravité de la compression, et qu'il faut prévenir par une laminectomie précoce.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des tumeurs médullaires comprend des signes directs, *lésionnels* qui seront d'abord des symptômes purement radiculaires, et sur lesquels devra se faire le diagnostic, et des signes *sous-lésionnels* ou d'extension, dont l'intensité est fonction de la précocité du traitement.

1° Syndrome radiculaire ou lésionnel (période de début).

C'est ce syndrome qui doit à lui seul orienter au début et faire poser un diagnostic précoce sur quelques signes.

Les douleurs sont au premier plan. Elles se localisent d'un côté ou des deux; à type de pseudo-névralgies, sans points de Valleix, elles possèdent une topographie nettement radiculaire. Ces pseudo-névralgies sont variables, plus ou moins continues, elles évoluent par crises paroxystiques plus ou moins violentes, souvent à prédominance nocturne; les malades accusent alors des douleurs très vives, fulgurantes, térébrantes, ou parfois seulement des algies sourdes, lancinantes, à caractère constrictif, des fourmillements. Elles peuvent siéger en différents points : algies intercostales, sciatiques, lombaires, en ceinture. Elles se prolongent pendant des mois, des années, d'où leur valeur diagnostique.

Examens cliniques. — L'EXAMEN dès cette période montre souvent déjà des *troubles objectifs de la sensibilité* : zones d'hypoesthésie ou d'anesthésie, d'hyperesthésie disposées en bandes radiculaires, et dont la limite supérieure nette, linéaire, correspond à la hauteur de la compression.

Il peut exister, en outre, des *troubles trophiques* : éruptions zostériformes, ou même ulcérations, escarres dans le territoire des racines intéressées. Enfin parfois, on trouve des amyotrophies localisées, évoluant rapidement, traduisent l'atteinte d'une racine antérieure; plus rarement des *parésies.*

Un *syndrome sous-lésionnel* fruste est constitué par l'hyperréflectivité tendineuse légère avec signe de Babinski que l'on peut rencontrer parfois à ce stade.

Le diagnostic est donc essentiellement basé sur le *syndrome de compression radiculaire* qui, à lui seul, doit orienter et faire demander un examen plus complet : on pratiquera une *ponction lombaire*, on demandera des *radiographies* de la colonne, et surtout des radiographies après injection intrarachidienne de lipiodol (Sicard). Cet examen peut, en effet, fournir des renseignements décisifs.

Examens complémentaires. — 1° PONCTION LOMBAIRE. La ponction sous-jacente à la lésion montre :

— Une *diminution de pression* du liquide céphalo-rachidien au manomètre de Claude (si marquée que la ponction peut rester blanche).

— Et surtout une *dissociation albumino-cytologique* (Sicard): présence d'albumines en excès avec réaction cellulaire minime. Au maximum, coagulation massive d'un liquide xantochromique (*syndrome de Froin*).

La dissociation albumino-cytologique, commune à toutes les compressions, possède une grosse valeur diagnostique. Elle n'est cependant pas absolument pathognomonique.

Accessoirement il faut noter une possibilité fréquente du Bordet-Wassermann dans le liquide, en dehors de toute syphilis.

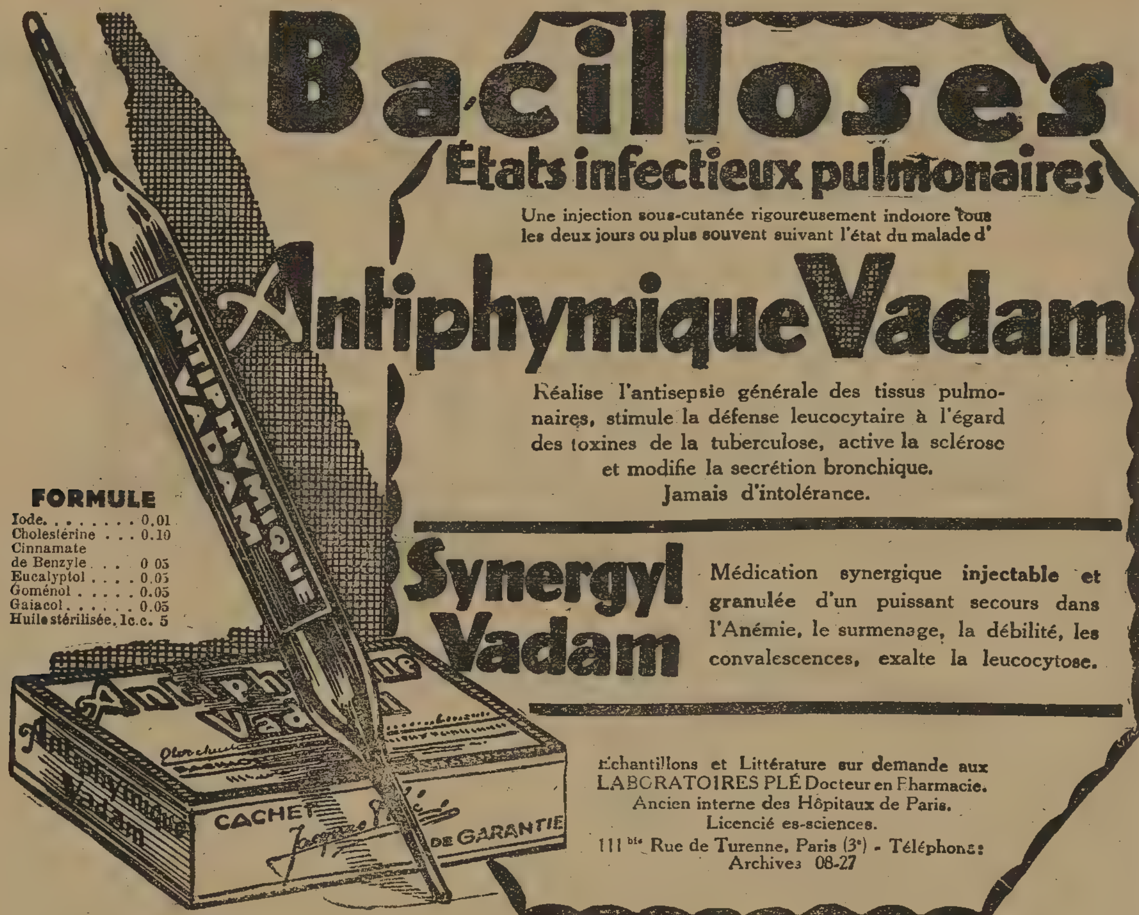
Au-dessus de la lésion, le liquide céphalo-rachidien est normal ou hypertendu.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Eléments d'interprétation radioscopique et radiographique des poumons, par le docteur Léon SCHEKTER (de Boulogne-sur-Mer). In-8 de 94 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.


Bacilloses
États infectieux pulmonaires
Une injection sous-cutanée rigoureusement indolore tous les deux jours ou plus souvent suivant l'état du malade d'
Antiphymique Vadam
Réalise l'antisepsie générale des tissus pulmonaires, stimule la défense leucocytaire à l'égard des toxines de la tuberculose, active la sclérose et modifie la secrétion bronchique.
Jamais d'intolérance.
FORMULE
Iode 0.01
Cholestérine . . . 0.10
Cinnamate de Benzyle . . . 0 05
Eucalyptol 0.05
Goménol 0.05
Gaiacol 0.05
Huile stérilisée, 1c.c. 5
Synergyl Vadam
Médication synergique injectable et granulée d'un puissant secours dans l'Anémie, le surmenage, la débilité, les convalescences, exalte la leucocytose.
Echantillons et Littérature sur demande aux LABORATOIRES PLÉ Docteur en Pharmacie.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences.
111 bis Rue de Turenne, Paris (3e) - Téléphone : Archives 08-27
Antiphymique Vadam
CACHET DE GARANTIE


CITROFLUYL
CITRATE MONOSODIQUE GRANULÉ. HYPERTENSION ARTÉRIELLE - INSUFFISANCE HÉPATIQUE DYSPEPSIE - VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS
CITROCARBINE
CHARBON ANIMAL PURIFIÉ CITRATE MONOSODIQUE. MÉDICATION GASTRO-HÉPATICO INTESTINALE
Laboratoires WARIN 4, chaussée de la Muette PARIS
PUB. PICARD

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A l'occasion des vacances Pâques, la Faculté vaquera du dimanche 13 avril au dimanche 27 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 28 avril.

Bibliothèque. — La Bibliothèque sera fermée pendant les vacances.

Secrétariat. — Le Secrétariat sera fermé : du samedi 19 avril inclus au mardi 22 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les autres jours aux heures habituelles.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Boiffin est nommé, pour un an, à dater du 16 mars 1930, chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes, en remplacement de M. le docteur Poumier dont les fonctions sont arrivées à expiration.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Guébel (de Paris).

Pensions. — MM. les docteurs G. Genil-Perrin (de Paris) et Dragacci (de Bastia).

Instruction publique. — *Au grade de commandeur.* — M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique.

Au grade d'officier. — M. Hédon, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Au grade de chevalier. — MM. Guyenot, professeur à l'Université de Genève ; Rohmer, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; René Rosenthal, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin général de 2e classe. — M. Meslet, en remplacement de M. Hervé, placé dans la 2e section (réserve).

M. Dargein, en remplacement de M. Meslet, placé par anticipation et sur sa demande dans la 2e section (réserve).

M. Faucheraud, en remplacement de M. Aurégan, placé dans la 2e section (réserve).

M. Oudard, en remplacement de M. Faucheraud, placé par anticipation et sur sa demande dans la 2e section (réserve).

MÉDECIN, CHIRURGIEN DES HOPITAUX COLONIAUX ET PHARMACIEN CHIMISTE DU SERVICE DE SANTÉ. — Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de « médecin des hôpitaux coloniaux » et de « pharmacien chimiste du Service de santé colonial » s'ouvriront le 10 juin 1930, à 8 h., à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, dans les conditions et suivant les programmes fixés par l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928.

Les épreuves complémentaires du concours prescrites par les articles 3 et 4 du décret précité, pour l'obtention du titre de « spécialiste des hôpitaux coloniaux », auront lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Sont autorisés à se présenter à ce concours :

1° Les médecins et pharmaciens capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade au 1er janvier 1930 et les médecins et pharmaciens commandants ;

2° Les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels présents en France on en Algérie-Tunisie et rentrés des colonies depuis le 1er janvier 1929.

Les médecins et pharmaciens qui désireront prendre part à ces concours et aux épreuves complémentaires de ces concours devront faire parvenir leur demande par la voie hiérarchique au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 1er mai 1930 au plus tard, en indiquant la section (médecine, chirurgie, pharmacie) et, le cas échéant, en ce qui concerne les médecins, la spécialité

choisie, s'ils désirent se présenter aux épreuves complémentaires de « spécialistes ».

Les nécessités de service d'ordres divers pourront entraîner la limitation des autorisations à participer aux épreuves de ces concours. En conséquence, les avis hiérarchiques ne devront pas se borner à une simple transmission favorable, mais être circonstanciés et accompagnés de toutes indications et références utiles. Les autorisations de se présenter à ces concours ne seront délivrées qu'après étude approfondie des titres des candidats par l'administration centrale.

Suivant les nécessités du service, il pourra être accordé aux candidats un stage de préparation de trois mois au maximum.

MINISTÈRE DES FINANCES. — RELÈVEMENT DES TRAITEMENTS DU PERSONNEL DU SERVICE DES LABORATOIRES. — Un décret modifie le traitement des chimistes du ministère des Finances.

Le traitement du chef de service est porté à 68.000 francs.

Les traitements des chimistes varient suivant leur classe et suivant leur résidence. Ceux de Paris s'échelonnent de 13.000 à 48.000 fr. Ceux de province de 13.000 à 36.000 fr.

Les chimistes stagiaires reçoivent une indemnité de 10.500 fr. par an.

Le traitement des garçons de laboratoire varie de 8.000 à 10.500 fr.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE BORDEAUX. — Dans son assemblée générale du 13 mars 1930, la Société de biologie de Bordeaux a renouvelé son comité et son bureau qui sont ainsi composés :

Président : professeur Chaine, de la Faculté des sciences.

Vice-présidents : professeur Mauriac, de la Faculté de médecine; professeur Delaunay, de la Faculté de médecine.

Secrétaire général : professeur G. Dubreuil, de la Faculté de médecine.

Trésorier : docteur R. Fabre, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Membres du Comité : professeur agrégé Lacoste, de la Faculté de médecine ; professeur Bounhiol, de la Faculté des sciences.

Secrétaires des séances : professeur agrégé Aubertin, de la Faculté de médecine; M. Genevois, maître de conférences à la Faculté des sciences.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — IVe VOYAGE MÉDICAL DE PAQUES SUR LA CÔTE D'AZUR, avec excursions en Italie, dans les Alpes et en Corse (Nice, Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Menton, San Remo, Bordighera, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, les Alpes, Nice, la Corse.

La Corse (circuit n° 1). — Dimanche 20 avril (Pâques) : Embarquement au port de Nice.

Lundi 21 avril : Bastia. Le Cap Corse.

Mardi 22 avril : Corté, Vizzavona.

Mercredi 23 avril : Calanques de Piana.

Jeudi 24 avril : Ajaccio.

N. B. — Trois circuits supplémentaires (2, 3 et 4) ont été organisés dont le programme sera envoyé sur demande.

Renseignements. — Pour tous renseignements, écrire au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, qui répondra gratuitement à toute demande.

VOYAGES DU « JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ». — VACANCES DE PAQUES. — 1° *Espagne. Maroc. Algérie.* — Bordeaux, Madrid, Grenade, Tanger, visite complète du Maroc, retour par Oran et Port-Vendres.

Durée totale : 18 jours.

Prix : voyage complet, 4.300 fr. par personne, tout compris. Sans le séjour en Espagne, 3.700 fr. Supplément pour un séjour en Algérie avec retour par Alger-Marseille, 590 fr.

2° *Italie du Nord.* — Visite de Nice, Gênes, Rome, Florence, Venise, Milan.

Durée totale, départ et retour à Bordeaux : 15 jours.

Prix : 3.500 fr. par personne, tout compris.

Les départs de ces deux voyages se feront en groupe ou individuellement selon le désir des participants et à la date qu'ils demanderont.

Pour les renseignements et les adhésions, écrire : Compagnie française du tourisme, 1, place Gabriel, Bordeaux; ou aux bureaux du *Journal de médecine de Bordeaux* (service des voyages), 55, rue des Trois Conils, Bordeaux.

CONGRÈS NATIONAL D'HYGIÈNE D'ATHÈNES. — Un Congrès national d'hygiène sera organisé à Athènes en avril prochain à l'occasion du centenaire de l'indépendance de la Grèce.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Sotiriadès, 1, rue Kriezoton, à Athènes.

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — Le sanatorium des étudiants devant entrer en service au courant de cette année, son Conseil d'administration fait savoir que les candidatures pour les emplois de médecin chef et de médecin adjoint sont dès à présent reçues.

Pour tous renseignements, s'adresser au président du Conseil d'administration du sanatorium des étudiants, 2, boulevard Auguste Sembat, à Grenoble.

BOURSES DE CURE THERMALE A LA BOURBOULE. — Le docteur Pierret, de la Bourboule, prendra à sa charge cette année, en mai-juin ou septembre, les frais de cure thermale dans cette station (frais de séjour pendant trois semaines, de cure à l'établissement de 1re classe, d'honoraires médicaux) de deux enfants, de cinq à onze ans, de médecins ou de veuves de médecins se trouvant dans une situation digne d'intérêt ou appartenant à une famille de : professeurs de l'enseignement supérieur ou secondaire (d'Etat ou libre), pharmaciens, ingénieurs, officiers, artistes, artisans.

La préférence sera donnée en principe aux enfants ayant déjà bénéficié des bourses des années précédentes, aux enfants de veuves, et à ceux ayant fait montre de dons intellectuels véritables, toutes choses égales par ailleurs.

Adresser les demandes avec toutes indications utiles sur la situation de fortune, le nombre d'enfants, la profession des parents, l'âge, le sexe de l'enfant (joindre un mot du médecin traitant affirmant la nécessité d'une cure thermale à La Bourboule et les raisons de cette indication, en même temps que l'absence de toute tuberculose en évolution), au docteur Pierret, villa Ménival, à La Bourboule (Puy-de-Drôme), avant le 30 avril ou à Paris, 95, avenue Kléber (XVIe).

(*Voir la suite des* « Informations », *p.* 570.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN sérieux et instruit est demandé pour association dans clinique d'été.

Ecrire au docteur PHIPPS, 24, rue Verdi, Nice.

REVUE GÉNÉRALE

L'ALLERGIE TYPHIQUE

Son rôle dans la vaccinothérapie et la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde [1].

Par E. RIVALIER, J. REILLY, H. CAMBESSEDÈS et J. DELALANDE.

L'intérêt qui s'attache à connaître l'allergie typhique n'est pas, il s'en faut, entièrement contenu dans l'étude des réactions cutanées ou profondes qu'on peut expérimentalement provoquer chez les malades, ni dans le parti qu'on en peut tirer, assez médiocre d'ailleurs, pour le diagnostic de la dothiénentérie. C'est ainsi que l'allergie a pu être invoquée pour expliquer la genèse de divers symptômes, voire de certaines lésions anatomiques de la fièvre typhoïde. Sans vouloir développer ici ces conceptions, bornons-nous à rappeler qu'on a voulu faire jouer à l'allergie un rôle important dans la production des taches rosées lenticulaires, dans la splénomégalie et dans le déclenchement des grands accès fébriles qu'on observe au cours de la convalescence. Tous les arguments invoqués ne sont pas exempts de critiques, mais il semble bien que l'allergie apporte la seule explication valable des accès pseudo-palustres qui suivent la défervescence et qui, selon toute vraisemblance résultent de la brusque mise en liberté dans un organe hypersensibilisé, des produits de lyse microbienne, issus d'un foyer viscéral profond, lors de sa résorption. Sans doute intervient-elle également dans la production du *stade amphibole*, dont les oscillations thermiques, prélude de l'apyrexie, correspondent au passage dans la circulation de l'antigène typhique libéré par la destruction des germes.

Rappelons encore la théorie ingénieuse et basée sur l'allergie que V. de Lavergne a proposée pour expliquer le mécanisme des lésions intestinales et dont la critique, nécessaire à notre sens, demanderait une longue étude qui sera faite ailleurs.

Nous nous contenterons dans le présent article d'envisager le rôle de l'allergie dans la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde et dans la vaccination préventive, rôle qui nous paraît de premier plan et dont la connaissance offre un réel intérêt pratique.

III. Allergie et vaccinothérapie antityphique. — Si l'on parcourt les nombreux et importants travaux publiés sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, on ne manquera pas d'être frappé par l'inégalité des résultats obtenus selon les auteurs et selon les méthodes employées, si bien qu'une statistique globale ne serait guère instructive. Cependant une étude analytique des observations publiées permet d'apprécier le rôle de certains facteurs dans les succès ou les échecs enregistrés.

L'idée d'employer un vaccin typhique comme mode de traitement de la dothiénentérie revient à Fränkel; elle fut reprise ultérieurement par Wright qui, appliquant à la vaccinothérapie ses doctrines concernant l'immunisation préventive, n'injecta à ses malades que des quantités très faibles de vaccin; il n'obtint dans ces conditions que des résultats nuls ou très incertains. Plus tard, de nombreux médecins tentèrent à nouveau la vaccinothérapie typhique, mais sans se préoccuper des tests établis par Wright, et d'une manière purement empirique, s'adressant aux diverses voies d'introduction, sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse.

A. **Résultats fournis par la vaccinothérapie antityphique.** — 1° *Vaccinothérapie par voie sous-cutanée ou intramusculaire.*

Nous ne saurions énumérer ici les nombreux auteurs qui ont essayé cette méthode thérapeutique en employant — et à des doses infiniment variables — tantôt un autolysat de microbes, tantôt des microbes tués par la chaleur, tantôt le vaccin sensibilisé de Besredka.

Les réactions déclenchées par l'inoculation de vaccin furent très variables selon les doses inoculées; caractérisées par des phénomènes inflammatoires locaux et une poussée thermique, elles purent dans certains cas prendre l'aspect d'un léger syndrome de choc (Méry et Girard), sans jamais toutefois revêtir un caractère alarmant.

Quant aux résultats, ils se présentent sous un jour habituellement favorable (statistiques de Netter, de Thiroloix et Bardon, Rathery et Michel, Grenet et Dumont, Ranque et Senez, Stein, Brach et Fröhlich, etc.). La plupart des auteurs enregistrent une amélioration de l'état général, une diminution de la fièvre ou des phénomènes infectieux, enfin une fréquence moindre des rechutes et des complications et un abaissement de la mortalité. Rarement on voit signalées des guérisons brusques après une ou deux injections (Vincent et Stein).

Par contre, certains incidents enregistrés : hémorragies intestinales (Sacquépée), appendicite, cholécystite (Netter), survenue de nouvelles taches rosées (P.-E. Weil), accroissement de la rate (Sacquépée, Rathery et Michel) montrent que cette méthode doit être maniée avec prudence (Méry et Girard).

2° *Vaccinothérapie par voie intraveineuse.* — Cette méthode, guère employée que depuis la guerre, trouvait une indication dans le fait signalé par Ch. Nicolle, Connor et Conseil que l'injection intraveineuse de bacilles tués ou même vivants réalise un procédé de vaccination particulièrement actif.

Les auteurs qui eurent recours à l'injection intraveineuse de microbes dans un but thérapeutique (Ichikawa, Sladek et Kotlowski, Gay, Florand et Nicaud, etc.), enregistrèrent chez leurs malades de très vives réactions générales. Le fait n'a rien qui puisse surprendre, attendu que l'introduction de particules microbiennes dans les veines d'un sujet sain détermine, on le sait, de violentes perturbations. De toute évidence, la réaction obtenue ne saurait être considérée comme une réaction spéci-

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 28, p. 529.

fique, si bien qu'en pareilles circonstances, le mot vaccinothérapie devient un réel abus de langage.

Or, on est frappé de voir — et tous les auteurs s'accordent sur ce point — qu'à la suite d'injections intraveineuses de vaccin, suivies d'une violente réaction générale, l'amélioration, quand elle se produit, est des plus rapides. Dans la moitié des cas, écrit Gay, la maladie tourne court et la guérison est d'autant plus prompte que les réactions ont été plus violentes. Florand et Nicaud aboutissent aux mêmes conclusions.

L'inoculation intraveineuse de vaccin s'affirmerait donc comme le meilleur procédé à suivre si elle ne comportait quelques dangers (collapsus) dont on ne saurait méconnaître l'importance, en dépit de l'opinion de Gay qui la considère comme absolument inoffensive.

B. **Le mode d'action de la vaccinothérapie antityphique.** — Les statistiques que nous venons de passer rapidement en revue montrent avec une parfaite évidence les relations qui unissent le succès thérapeutique avec l'intensité des réactions générales déclenchées par cette méthode de traitement.

Alors que les procédés basés sur l'emploi de minimes doses de vaccin (procédé de Wright) et vis-à-vis desquelles l'organisme malade demeure parfaitement tolérant, sont complètement inefficaces, il en va déjà autrement quand les doses administrées sont plus considérables. On voit, dans ce cas, apparaître des réactions locales et générales et parallèlement un résultat thérapeutique appréciable qui se traduit par une atténuation du processus infectieux. Enfin, quand ayant recours à la voie intraveineuse on suscite, même à l'aide d'une minime quantité de vaccin, des réactions générales très vives, la guérison est obtenue dans la moitié des cas, et avec une grande rapidité.

Il serait évidemment imprudent de se baser sur ces constatations pour dicter une conduite pratique, étant donné le danger certain que comporte chez un typhique le déclenchement d'un choc très violent, mais on voit aussitôt que leur caractère, en apparence paradoxal, remet en question le mode d'agir de cette méthode thérapeutique. Dérivée des découvertes de Chantemesse et Widal montrant qu'il est possible d'immuniser l'animal contre l'infection typhique en lui injectant des bacilles tués, la vaccinothérapie, telle qu'elle fut comprise par ses promoteurs, transporte sans changement dans le domaine de la thérapeutique les données de l'immunisation préventive. Elle prétend guérir selon le même mécanisme en favorisant de la part de l'économie la mise en jeu des réactions de défense qui aboutissnt à l'immunité. Or, voici que la technique de choix pour immuniser l'animal, c'est-à-dire l'emploi de doses faibles puis régulièrement croissantes et supportées sans dommage aboutit régulièrement à un échec lorsqu'on l'applique aux malades (Vincent a bien insisté sur ce point qui ressortait déjà des tentatives de Wright). Tout au contraire, une technique purement empirique et en apparence illogique, basée sur l'emploi d'une grosse dose de vaccin administrée d'emblée et qui suscite une forte réaction générale, est couronnée de succès. Cela conduit à penser que le mode d'action ne doit pas être celui qu'on avait supposé tout d'abord et qu'il ne répond pas à la constitution progressive d'un état d'immunité. Or, d'autres constatations viennent précisément plaider dans le même sens : c'est en premier lieu la survenue possible de rechutes après la guérison apparente, fait inconciliable avec l'idée d'un état réfractaire, tant soit peu solide ; en second lieu, et plus encore, c'est la rapidité même de l'amélioration quand elle se produit; le caractère brusque, parfois soudain, des heureux résultats obtenus ressort avec évidence de toutes les observations favorables, et il s'oppose absolument à l'idée d'une immunisation active qui — l'expérience le démontre — demanderait nécessairement un certain délai pour se faire sentir.

Mais voici que des faits d'un autre ordre contribuent aussi à ruiner l'idée que la vaccinothérapie puisse agir en vaccinant réellement : ce sont les observations d'expérimentateurs qui ont imaginé de recourir à des injections de vaccins hétérologues comme mode de traitement : on ne peut qu'être frappé de la ressemblance de leurs résultats avec ceux qu'entraîne l'injection de vaccin typhique.

C'est ainsi que Krauss et Ludke, employant le colibacille, Mauté, s'adressant à des microbes saprophytes isolés des eaux, Galambos au staphylocoque ou au gonocoque, préparent des vaccins qui, injectés dans les veines engendrent des résultats tout à fait comparables à ceux produits par le vaccin typhique injecté dans les mêmes conditions. W. Bie a même montré que par la voie intramusculaire, le vaccin staphylococcique était susceptible de modifier favorablement le cours de la dothiénentérie. Aussi conçoit-on aisément que Mauté puisse se demander « si tout le bénéfice de la vaccinothérapie antityphique n'est pas le résultat de modifications générales humorales non spécifiques aboutissant aux phénomènes plus généraux de la défense naturelle de l'organisme ».

Puisque des résultats thérapeutiques similaires peuvent être obtenus en s'adressant aux vaccins microbiens les plus divers, on est conduit à penser que le mode d'action de ces divers procédés thérapeutiques ne doit pas être essentiellement différent, et qu'en définitive la *vaccinothérapie spécifique*, impuissante à immuniser mais capable de guérir, s'apparente à la *protéinothérapie banale* qui agit de la même manière. Doit-on les confondre complètement, ce qui reviendrait à nier l'existence même d'une vaccinothérapie spécifique, en ce qui concerne la fièvre typhoïde? Nous y serions logiquement obligés si nous admettions la définition classique de la vaccinothérapie, telle qu'on la trouve exposée dans la monographie de Parisot et Simonin, telle qu'elle a été reprise par Jausion, par Flandin et Duchon : selon ces auteurs en effet, il ne saurait y avoir de vaccinothérapie spécifique que dans la mesure où le vaccin injecté agit par ses seules propriétés immunisantes et *en l'absence d'une réaction fébrile de quelque importance.*

Or cette définition est pour nous irrecevable car elle prétend enfermer la vaccinothérapie dans un cadre purement spéculatif et perd tout contact

avec la réalité. Si en effet *dans un organisme infecté et sensibilisé vis-à-vis de l'antigène homologue, on vient à injecter ce même antigène, on provoque nécessairement une réaction locale et générale, et cette réaction est la démonstration même de la valeur spécifique de vaccin* puisqu'aux doses employées, la même inoculation serait inoffensive chez un sujet sain.

En d'autres termes la spécificité d'un vaccin curatif peut être définie non par son pouvoir immunisant mais par sa propriété de susciter un conflit inflammatoire, dû à l'intolérance acquise au cours de l'infection vis-à-vis de l'antigène homologue. Pratiquer une vaccinothérapie spécifique, c'est mettre en jeu un phénomène d'hypersensibilité. De la confusion habituelle, ou même voulue, entre pouvoir immunisant et propriétés spécifiques résulte l'obscurité de toutes les questions concernant la vaccinothérapie, obscurité qui disparaît d'elle-même si on précise le sens des mots employés. Aussi le terme d'*antigénothérapie spécifique* proposé par Maurice Nicolle paraît-il très supérieur à celui de vaccinothérapie car il laisse prévoir que la méthode fait bien plus appel aux qualités antigéniques du vaccin qu'à son pouvoir de conférer l'état réfractaire.

On voit combien ces notions d'allergie et de spécificité de la vaccinothérapie sont étroitement liées. C'est précisément parce que l'infection typhique crée un état d'intolérance vis-à-vis de l'antigène homologue que la vaccinothérapie, destinée à la combattre, prendra, tout comme au cours des infections chancrelleuse et mélitococcique et pour le même motif, un caractère de spécificité. Elle devra ses effets bienfaisants à la recrudescence des phénomènes inflammatoires, locaux, généraux et à distance que suscite l'introduction de l'antigène chez un sujet hypersensible. Et l'on comprend désormais pourquoi l'injection de microbes hétérologues est susceptible de fournir des résultats curatifs similaires à ceux qu'obtient la vaccinothérapie. Ici et là ce sont en définitive les mêmes perturbations humorales qui entrent en jeu, à cette différence près que l'injection du vaccin homologue les détermine par la survenue d'un conflit de nature spécifique et qui en raison de l'hypersensibilité du sujet, ne nécessite que l'inoculation d'une quantité minime d'antigène, inoffensive pour un individu sain. Les méthodes de protéinothérapie banale, recourant au contraire à l'intolérance de tout sujet vis-à-vis de l'injection parentérale des albumines les plus diverses, exigeront l'introduction sous-cutanée de doses pondérales notablement plus élevées pour obtenir le même effet réactionnel, ou la pénétration dans la circulation (inoculation veineuse) de particules microbiennes qui déterminent un brusque déséquilibre plasmatique. Quant au processus intime qui lie la réaction inflammatoire à la résorption du foyer infectieux, notre ignorance est encore complète sur ce point; il semble qu'il s'agisse de phénomènes d'ordre physique renforçant momentanément (d'où la possibilité de rechutes) les moyens de défense de l'organisme, mais sur la nature desquels on ne peut qu'émettre des hypothèses.

Les considérations précédentes permettent de comprendre pourquoi, si les deux méthodes, protéinothérapie et vaccinothérapie spécifique, poursuivent un but analogue, la seconde demeure supérieure à la première. L'une et l'autre doivent éviter un double écueil : la provocation de phénomènes inflammatoires exagérément violents, l'absence de réactions suffisantes. L'emploi de la voie intraveineuse étant écartée pour le motif qui vient d'être indiqué, on conçoit aisément que l'injection sous-cutanée de microbes hétérologues ou de protéines diverses risque, selon les aptitudes individuelles, de provoquer des réactions d'amplitude différente dont il est à l'avance impossible de prévoir les variations. L'adoption de la vaccinothérapie spécifique écarte cet inconvénient; elle permet en effet d'adapter le traitement à chaque malade et de lui injecter la dose de « vaccin » convenable. *Il suffit, la veille de l'inoculation, de pratiquer une intra-dermo-réaction avec l'antigène choisi.* La lecture le lendemain du résultat obtenu, indique le degré d'allergie du malade et permet d'apprécier la quantité de vaccin qui inoculée dans les muscles, déterminera la réaction générale suffisante et nécessaire. La dose injectée sera d'autant plus faible que l'intolérance du sujet est plus vive. Cette méthode apporte ainsi au médecin une rigueur que les procédés habituels de protéinothérapie, plus simples à manier, ne peuvent lui offrir.

C. **Conditions d'efficacité de la vaccinothérapie au cours de la fièvre typhoïde.** — Le but de l'injection de vaccin (ou mieux d'antigène) au cours de la maladie apparaissant dans la provocation de phénomènes inflammatoires, il convient de se demander dans quelles conditions les malades peuvent en bénéficier. L'*état du typhique* est primordial, et toutes les statistiques s'accordent pour reconnaître qu'aucune influence favorable n'est à espérer dans les formes ataxo-adynamiques; peu susceptibles de réagir, les malades profondément intoxiqués sont encore moins capables de bénéficier d'une perturbation artificiellement produite. La vaccinothérapie est donc inutile et même contre-indiquée dans les cas graves et chez les sujets débilités, en raison de l'intervention de *phénomènes toxiques* contre lesquels elle ne peut, ici comme ailleurs, lutter efficacement; c'est là un des plus sérieux reproches qu'on puisse lui adresser.

Le *stade évolutif* de l'infection mérite aussi d'être envisagé. Les statistiques accusent un pourcentage de succès plus grand au début du deuxième septénaire et qui diminue ensuite. Le fait pourrait sembler surprenant, étant donné que l'état d'allergie ne décroît pas à cette date, mais l'explication en est fournie par l'évolution des lésions. L'étude de la vaccinothérapie au cours d'autres maladies infectieuses enseigne que les meilleurs résultats enregistrés concernent des lésions encore à la période phlegmasique (bubon chancrelleux) tandis qu'une collection suppurée ou une vaste ulcération cèdent plus difficilement.

Par ailleurs, le *siège des foyers* a une importance de premier ordre sur laquelle insistait récemment

encore Wright; ce sont les foyers en connexion intime avec le système circulatoire qui subissent le plus aisément les effets des perturbations humorales déterminées par la vaccinothérapie et c'est à leur niveau que l'afflux leucocytaire peut se faire au *maximum*. On comprend donc aisément qu'au début d'une dothiénentérie, alors que l'infection est constituée par des foyers limités aux ganglions mésentériques et à la rate, et que les lésions intestinales sont encore à la phase de tuméfaction, les conditions les plus favorables au succès de la vaccinothérapie soient réalisées. Il n'en va plus de même quand les plaques de Peyer ont subi l'ulcération. La désintégration des formations lymphoïdes montre le rôle ici joué par les poisons du bacille qui entravent l'acte phagocytaire et permettent la multiplication des germes *in situ*. Le caractère des lésions, leur siège sur la muqueuse intestinale qui n'offre plus avec le milieu humoral la même intimité que les foyers spléniques ou ganglionnaires sont autant de raisons qui rendent plus aléatoires les résultats de la vaccinothérapie.

Si la méthode perd ses droits dans les formes graves de la fièvre typhoïde et dans les formes moins sévères en pleine évolution, elle les reprend à la convalescence, quand surviennent des déterminations lointaines (ostéo-périostées) de caractère limité, et à la condition d'être appliquée avant leur suppuration.

Et l'on saisit pourquoi des jugements divers ont pu être portés sur l'intérêt de la vaccinothérapie au cours de la fièvre typhoïde. Ces contradictions proviennent de ce qu'il n'a pas été tenu compte habituellement de la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu. Sans dissimuler les limites de la méthode, nous croyons qu'une connaissance plus exacte de son mode d'action est capable d'améliorer les résultats qu'on en peut attendre.

IV. **Allergie et vaccination antityphique.** — On vient de voir comment la vaccinothérapie typhique, mettant à profit la sensibilisation acquise au cours de l'infection, s'efforçait de créer des phénomènes inflammatoires capables, dans certaines limites, d'exercer une heureuse influence sur l'évolution. A n'envisager que cette méthode de traitement, la survenue d'un état allergique représente une éventualité heureuse puisqu'elle permet la mise en œuvre de la méthode et qu'elle témoigne de la « réactivité » du sujet devant l'infection qui l'assaille.

Le problème se présente sous un jour diamétralement opposé quand on envisage la vaccination préventive. Ce que demande l'hygiéniste, c'est un mode de prévention inoffensif qui n'entraîne qu'un minimum de réactions locales et générales et puisse par conséquent être facilement imposé à de grandes collectivités. La fortune rapide qu'a connu le procédé d'entéro-vaccination (Lumière) ou de vaccination *per os* (Besredka) tient précisément à sa parfaite innocuité. Malheureusement cette méthode, telle du moins qu'elle est actuellement employée, ne présente pas la même rigueur que la voie sous-cutanée. L'intervention de différents facteurs, tenant à la désintégration de l'antigène par les ferments digestifs et à l'absorption plus ou moins marquée des produits de lyse qui en résultent, rend inconstante la protection conférée par la vaccination buccale. Aussi la tendance actuelle marque-t-elle un retour vers la méthode parentérale.

Il était dès lors indiqué de rechercher un procédé capable de diminuer la fréquence des réactions qu'elle détermine. On sait que le travail de Widal a montré que celles-ci peuvent revêtir deux types : l'un caractérisé par un léger malaise fébrile qui survient quelques heures après l'injection et dure un à deux jours, il s'agit là d'une réaction spécifique occasionnée par les poisons que laisse diffuser le protoplasme des bacilles; l'autre représenté par un syndrome de choc banal et dû à la pénétration dans l'économie des protéines hétérogènes que représentent les corps microbiens.

Cette discrimination comportait une sanction pratique d'un grand intérêt. S'il est en effet impossible actuellement d'empêcher la survenue du choc vaccinal chez un sujet en état de diathèse colloïdoclasique, on peut s'efforcer de prévenir les accidents de nature spécifique, de beaucoup les plus fréquents et considérés par Widal comme liés aux poisons contenus dans le protoplasme des bacilles. Cette tentative était d'autant plus justifiée qu'appliquant aux endotoxines microbiennes les belles recherches de Ramon sur les anatoxines, nous avons constaté que le formol enlevait aux endotoxines leurs propriétés nocives. Il semblait donc possible d'éviter les accidents dus à l'injection des poisons protoplasmiques bacillaires.

Dans ce but, nous avons préparé des solutions de globulines de bacille d'Eberth ou de bacilles paratyphiques, qui furent mises en contact avec une solution de formol et abandonnées un mois à l'étuve. Ces produits, capables de conférer à l'animal (lapin) une immunité solide vis-à-vis des germes homologues, *s'étant montrés complètement inoffensifs*, furent injectés à l'homme, dans le but de savoir s'ils ne diminueraient pas la fréquence des réactions post-vaccinales et mériteraient d'entrer dans la pratique courante.

Les résultats obtenus furent les suivants :

L'inoculation intramusculaire à 50 sujets, de globulines typhiques aux doses de 0cm2, 0cm5 ne détermine que dans 5 p. 100 des cas environ une légère élévation thermique, mais dès qu'on injecte une dose plus élevée (1 centimètre cube) on provoque à peu près constamment une réaction fébrile notable, parfois accompagnée de courbature et de nausées. Chez certains individus même, la fièvre se prolonge durant deux à trois jours.

A-t-on recours à la voie intraveineuse ? Les résultats sont encore moins heureux : l'introduction dans les veines d'une dose faible de globulines (2/100 de centimètres cubes) détermine constamment dans les heures qui suivent un frisson plus ou moins marqué accompagné d'une élévation thermique. Selon les cas, la température revient à la normale le lendemain ou persiste durant quarante-huit heures. Il existe d'ailleurs dans l'étendue des phénomènes réactionnels des différences notables d'un sujet à l'autre.

Voici donc un produit entièrement inoffensif pour l'animal et qui chez l'homme sain ne peut être inoculé à doses même faibles sans provoquer l'apparition de phénomènes locaux et généraux. Or, notons immédiatement qu'il eût été possible d'injecter à l'homme même par voie intraveineuse des globulines extraites de différents microbes tels que le bacille de Ducrey, le *bacillus abortus* et en quantité supérieure, sans provoquer le moindre trouble.

Ainsi que l'écrivait Widal, les réactions observées sont bien la conséquence des effets spécifiques du vaccin, mais loin de dépendre de ses propriétés toxiques (comme le montre l'expérimentation sur l'animal) elles relèvent uniquement de ses propriétés antigéniques. *C'est parce que l'individu sain a acquis par le mécanisme étudié plus haut, une certaine intolérance vis-à-vis des albumines constitutives du bacille d'Eberth que la réaction vaccinale se produit.* L'état allergique, si faible soit-il, vient brusquement se manifester par la survenue d'un conflit inflammatoire dès qu'on injecte une dose élevée d'antigène. Et comme le degré de sensibilisation de chaque sujet est variable, des différences individuelles pourront être notées ici et là. Pour les raisons déjà exposées, la vaccination sera mieux supportée chez les jeunes enfants que chez les adultes alors qu'appliquée à d'anciens typhiques, elle pourra déterminer des réactions générales sérieuses.

Ces constatations, qui mettent en valeur le rôle de l'état d'allergie dans la survenue des accidents post-vaccinaux, expliquent pourquoi les méthodes de vaccination risquent de ne jamais être inoffensives chez une certaine catégorie de sujets. Tout perfectionnement de la méthode se heurtera à cet obstacle de l'existence chez certains individus, d'une hypersensibilité vis-à-vis de l'antigène typhique; et par conséquent, l'amélioration des procédés actuellement en usage gardera un caractère très limité. Nos essais sur l'emploi de vaccins modifiés par les ferments digestifs le démontrent nettement : en soumettant les albumines extraites du bacille d'Eberth à l'action de la pepsine, on constate que leur valeur immunisante chez l'animal est à peine diminuée; or, l'injection d'un tel produit à l'homme met dans une large mesure à l'abri du choc protéinique banal mais provoque, pour peu que l'on élève les doses, la survenue des réactions spécifiques.

S'il est à craindre que l'emploi de vaccins solubles qui nous semble préférable, ne puisse constituer une méthode de prévention entièrement inoffensive, il est dès aujourd'hui possible de satisfaire les exigences des hygiénistes qui désirent éviter les réactions violentes d'une durée de plusieurs jours. *Il suffit de pratiquer une intradermo-réaction la veille du jour où la vaccination préventive sera effectuée, et, lorsque celle-ci aurait dénoté une hypersensibilité du sujet vis-à-vis de l'antigène typhique, d'injecter une quantité moindre de vaccin.*

Mais ne risque-t-on pas, en diminuant les doses de vaccin, de conférer une immunité moins solide et surtout moins durable? Seule une observation très étendue pourra résoudre définitivement la question, en établissant la résistance ultérieure de ces sujets vis-à-vis de l'infection typhique. Toutefois l'appréciation du taux des anticorps est un test capable dès maintenant de renseigner, dans une certaine mesure, sur les effets spécifiques du vaccin, puisque c'est elle qui a servi aux premiers expérimentateurs pour la fixation de la posologie. Or, l'expérience montre que chez les sujets sensibilisés vis-à-vis de l'antigène typhique, l'injection d'une dose déterminée de vaccin, suivie d'une réaction générale, engendre une élévation du pouvoir agglutinant beaucoup plus marquée que ne le ferait l'inoculation d'une dose double chez un sujet indifférent. Cela veut dire que l'individu sensibilisé se trouve dans un état de réactivité spéciale qui l'incite à élaborer une plus forte proportion d'anticorps et grâce auquel les effets spécifiques du vaccin sont beaucoup plus marqués.

Aussi croyons-nous que l'on est autorisé chez les sujets spontanément hypersensibles à réduire les doses usuelles. En agissant ainsi on diminuera dans la même proportion l'étendue des réactions post-vaccinales, principal reproche que l'on puisse adresser à une méthode dont l'éloge n'est plus à faire.

*
**

Nous avons essayé de montrer dans cet exposé les déductions pratiques qui découlent de la notion d'allergie typhique. L'emploi des intradermo-réactions offre le triple intérêt : 1° d'apporter un élément précieux de pronostic au cours d'une dothiénentérie en évolution; 2° d'indiquer, lors de l'établissement de la vaccinothérapie, les doses d'antigène qu'il convient d'injecter; 3° de permettre de prévenir les réactions trop vives qui, chez les sujets hypersensibles suivent les inoculations préventives de vaccin.

Là ne se borne pas d'ailleurs l'importance du sujet qui nous occupe. Nous croyons que l'hypersensibilité spontanée que possèdent certains individus vis-à-vis de l'antigène typhique est susceptible de les prémunir contre l'infection en assurant, lors d'une contamination fortuite, la survenue rapide des phénomènes inflammatoires qui détruisent les germes dans leur foyer originel.

Il y a plus. La pratique des intradermo-réactions chez des sujets soumis à la vaccination typhique nous a montré que l'introduction de vaccin renforçait notablement leur état allergique. Cette intolérance qui place l'organisme dans un état d'alerte lors de la pénétration accidentelle des germes typhiques ou paratyphiques nous paraît jouer le plus grand rôle dans la protection conférée par le vaccin. On trouvera dans deux prochains mémoires les faits qui militent en faveur d'une telle interprétation et qui tendent encore à accroître le domaine de l'allergie.

ERRATUM. — La première partie de la Revue parue dans le n° 28 du 5 avril renferme, par suite d'un retard dans la transmission des épreuves, non imputable aux auteurs, un grand nombre de fautes typographiques et d'erreurs matérielles dont nous nous excusons auprès de nos lecteurs en rectifiant ici les plus importantes.

Les unes concernent des noms propres :

Page 529, 2e col., ligne 3, lire : Meroni, au lieu de Méron; ligne 14, lire : Barker, au lieu de Backe; ligne 20, lire :

Austrian, au lieu de Austian; ligne 47, lire : Claypole, au lieu de Chaypoli; ligne 63, lire : Berge, au lieu de Dodge.

Page 530, 1re col., ligne 3, lire : M'Kendrik, au lieu de M'Kendik; ligne 38, lire : Sadowski, au lieu de Sadavski; 2e col., p. 42, lire : Zoeller, au lieu de Koeller.

Page 533, 2e col., ligne 1, lire : Force, au lieu de Forc; ligne 2, lire : Stevens, au lieu de Sterens, et Berge, au lieu de Dodge; ligne 3, lire : Moroskin, au lieu de Moroskine.

Les autres sont des erreurs susceptibles de dénaturer le sens du texte :

Page 529, 1re col., ligne 16, lire : germe, au lieu de résidu.

Page 530, 1re col., ligne 16, lire : sur 222 cas, au lieu de 222 cas; ligne 38, lire : complètent à l'aide, au lieu de continuent dans; ligne 57, lire : la valeur de l'intradermo-réaction, au lieu de la valeur spécifique de l'intradermo-réaction; 2e col., ligne 39, lire : vis-à-vis du bacille diphtérique, au lieu de vis-à-vis du diphtérique; ligne 43, lire : nécessite pour être mise en évidence l'emploi, au lieu de nécessite l'emploi.

Page 531, 1re col., ligne 11, lire : supérieur au lieu de inférieur; ligne 46, lire : fournissent, au lieu de montrent.

Page 534, 1re col., ligne 24, lire : sensibilisatrices, au lieu de sensibilisation; lignes 37 et 38, supprimer : tout à fait distinct de l'état réfractaire sans lui être opposé.

Il convient, en outre, de faire les additions suivantes :

Page 529, 2e col., ligne 59, ajouter : et cette opinion est bientôt admise par Alstaedt, Kolmer et Berge, Ch. Gernez.

Page 531, 2e col., ligne 24 : une constatation similaire avait été faite antérieurement par Ch. Gernez; 2e col., ligne 37 : *Insistons sur ce caractère d'infiltration qui est à notre sens le test le plus objectif d'une réaction positive*; ligne 60 : La date d'apparition de l'état allergique varie selon l'intensité de la maladie; elle est d'autant plus rapprochée du début que l'infection est plus légère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 MARS 1930)

Analyse physiologique de l'action intestinale de l'Uzara. — M. RAYMOND-HAMET.

Vaccination antivenimeuse. — M. J. VELLARD. Les lipoïdes possèdent une action neutralisante sur diverses toxines. L'auteur a étudié la possibilité de transformer également par ce moyen les venins ophidiques en substances atoxiques tout en leur conservant leurs propriétés immunisantes. Quatre lipoïdes, d'origines différentes, ont été employés; des lipoïdes hépatiques extraits par l'alcool et l'éther et insolubles dans l'acétone; des lipoïdes cérébraux riches en cholestérine extraits par le même procédé; l'ovolécithine et la cholestérine.

Des expériences de l'auteur il résulte une conclusion pratique. Les résultats obtenus permettent d'envisager la vaccination de certains animaux domestiques, chiens de chasse et reproducteurs de valeur, particulièrement exposés dans quelques régions aux morsures de serpents venimeux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1930)

Le médecin devant le suicide. — M. ACHARD examine la conduite du médecin envers les malades qui ont voulu se suicider, principalement à l'hôpital. Si le malade est sans connaissance, le traitement ne rencontre pas de difficultés. S'il a sa connaissance, dans les intoxications les plus communes par le gaz d'éclairage, les stupéfiants, le sublimé, il ne s'oppose pas en général au traitement.

Il n'en est pas de même lorsqu'il fait la grève de la faim. Le seul traitement efficace est alors l'alimentation forcée qui nécessite une contrainte physique et une contrainte morale.

La contrainte physique est souvent exercée par le médecin, même sur des malades qui ne veulent pas du tout mourir, au cours de petites interventions plus ou moins pénibles. Mais on conçoit que, pour des opérations sanglantes qui comportent des risques, le chirurgien exige le consentement du malade.

La contrainte morale, après échec de la persuasion en cas de suicide, s'exerce sur un malade non consentant. Mais le malade sans connaissance que le médecin a soigné contre une volonté qui a pourtant fait sa preuve, ne serait-il pas tout aussi fondé à se plaindre qu'on lui ait fait violence?

Le médecin n'a pas à discuter ces points de droit. Il remet à plus tard sa harangue et agit selon sa conscience.

C'est un devoir d'humanité de couper la corde d'un pendu, de tirer de l'eau un noyé qui veut mourir. On objectera le libre arbitre, le respect de la liberté humaine. Mais qui sait si quelque jour le suicidé manqué ne se félicitera pas de son sauvetage?

A la grève de la faim le médecin ne saurait acquiescer par la grève des soins. Est-ce pour le soigner ou pour le regarder mourir qu'on lui confie un malade à l'hôpital?

Le public mal informé peut crier à l'inquisition, traiter le médecin de bourreau et de tortionnaire, lui imputer de bas motifs d'intérêt. Cette rhétorique, que l'obligation du secret empêche le médecin de réfuter, ne doit pas amollir sa conscience ni le sentiment de la responsabilité qu'il a le devoir d'assumer. C'est bien, en effet, sur lui et lui seul que retombe la responsabilité, l'administration hospitalière la déclinant entièrement. « Pas d'affaires » est peut-être une formule administrative : ce n'est pas celle du praticien consciencieux qui ne peut laisser se consommer un suicide quand il peut sans risque sérieux, et même au prix de quelques ecchymoses, l'empêcher.

Certes, il est aisé de dresser le public contre le médecin qui prend une responsabilité et qui, voulant la fin, veut les moyens. Mais ne serait-il pas dangereux pour le public de pousser par ses clameurs le médecin dans l'abstention systématique?

Une discussion s'engage sur ce sujet.

M. QUÉNU estime que l'alimentation forcée doit être réservée aux aliénés.

M. Marcel LABBÉ considère que la conduite du médecin doit être différente suivant les cas, et cite plusieurs observations personnelles surtout relatives à des psychopathes.

M. CHAUFFARD. Quand il s'agit de prévenus ce n'est pas aux médecins de prendre une décision mais aux magistrats.

M. Maurice DE FLEURY. Le devoir du médecin est d'empêcher le malade de mourir.

La fréquence du cancer augmente-t-elle? — MM. LUMIÈRE et VIGNE étudient les statistiques du cancer à Lyon de 1906 à 1925.

Le nombre des cancers donne l'apparence d'avoir augmenté, il n'en est rien si on tient compte que la moyenne de la durée de la vie a augmenté. D'autre part, la mortalité par cancer a diminué du fait de la propagande anticancéreuse et des interventions précoces.

Présence de l'ultravirus tuberculeux dans le sang d'enfants atteints de typhobacillose avec ou sans érythème noueux. — MM. F. ARLOING et A. DUFOURT, poursuivant leurs recherches sur les éléments tuberculeux filtrables, rapportent l'étude clinique et bactériologique de deux cas de typhobacillose, dont l'une particulièrement intense et accom-

pagnée d'érythème noueux, où ils ont réussi, par l'inoculation au cobaye des filtrats du sang, à déceler la présence de l'ultravirus tuberculeux.

A côté de ces deux exemples positifs, les auteurs ont enregistré de nombreux faits négatifs. D'ailleurs, il leur paraît très délicat d'attribuer à l'ultravirus seul un syndrome qui peut également dépendre du bacille adulte que l'organisme abrite en général au moment où éclate la typhobacillose dans les ganglions du médiastin.

Ces recherches ouvrent le champ à des hypothèses nouvelles et confirment au surplus la certitude partagée par nombre de cliniciens, que l'érythème noueux fébrile des jeunes enfants n'est qu'une modalité des fièvres de primo-infection tuberculeuse.

Pathogénie et étiologie des spasmes graves de l'œsophage. — M. Jean Guisez. On a longtemps considéré les spasmes primitifs de l'œsophage comme d'origine purement nerveuse. Sans doute, ils peuvent se développer chez des sujets nerveux, mais c'est surtout alors du pharyngospasme, qui cède facilement à un traitement général antinerveux.

Les spasmes graves de l'œsophage sont presque toujours dus à un trouble dans le fonctionnement local de l'œsophage, celui-ci se refusant à accepter un bol alimentaire mal préparé, mal mastiqué se spasmodie. Il en résulte de la stase alimentaire et l'œsophagoscope révèle toujours dans ces cas un certain degré d'inflammation de la muqueuse œsophagienne, de l'œsophagite. Celle-ci entretient le spasme par une sorte de cercle vicieux. A un degré de plus et la sténose inflammatoire se trouve constituée.

De fait, dans tous les anciens spasmes, il y a toujours un certain degré de sténose véritablement organique à forme hypertrophique, ou plus souvent scléro-cicatricielle.

Ainsi donc, ces spasmes dits primitifs sont en réalité secondaires à une altération de la muqueuse et même dans les cas anciens, à une véritable sténose organique qui réclame un traitement local (dilatations multibougiraires, électrolyse circulaire) susceptible de les guérir rapidement.

Hygiène préventive des dermatoses. — M. L. Lortat-Jacob attire l'attention sur les réactions cutanées engendrées par certains dépuratifs végétaux. Leur ingestion cause fréquemment des dysidroses récidivantes, des eczémas papulo-vésiculeux rebelles, etc.

Les simples, qui doivent être écartés de la composition des produits dits dépuratifs, sont ceux qui, dans le tube digestif, aboutissent à la formation d'acide salicylique ou de corps analogues. Il est donc nécessaire de faire une sélection judicieuse et de ne tolérer que des préparations n'offrant aucun inconvénient pour la peau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1930)

M. Gosset, président, a le regret d'annoncer la mort du docteur Brin (d'Angers), membre correspondant de la Société.

Traitement de la coxalgie. — M. Leriche a essayé, ces dernières années, de supprimer les lésions tuberculeuses et de remplacer le tissu enlevé par des greffons. Il expose un beau cas de coxalgie traité suivant ces principes; un cas de coxalgie ancienne avec rechute a donné également un bon résultat. Un troisième malade a, par contre, présenté une continuation grave des lésions. Il a obtenu d'intéressants résultats sur différentes articulations en suivant des principes analogues.

Résection de cancer du côlon pelvien. — M. Okinczyc, à propos du procès-verbal, estime que l'opération qu'il a pratiquée pour un tel cancer, mérite bien le nom d'opération de Mummery. L'opération de Desjardins est nettement différente.

Invagination intestinale par tumeur maligne de la valvule iléo-cæcale chez un enfant de sept ans. — M. Mocquot fait un rapport sur cette observation de M. Aumont; M. Aumont opère trois semaines après les premiers accidents. Désinvagination, sauf un dernier petit segment. Ouverture de l'intestin. Résection d'une petite tumeur qui, à l'examen histologique, fait par le professeur Lecène, présentait l'aspect d'un lymphocytome malin. Mort de l'enfant deux mois après.

Chordome de la nuque. — M. Robineau rapporte un important travail de MM. Rocher et Guérin (de Bordeaux) sur les chordomes, dont ils ont observé un cas personnel : il s'agit d'un sujet de dix-sept ans, atteint de torticolis. A l'intervention une tumeur blanchâtre, collée contre l'occipital, s'infiltrant entre les lames, fut enlevée par morcellement. Radiothérapie. Secondairement apparaissent des signes d'hypertension intra-cranienne. Trépanation décompressive. Mort neuf mois après l'intervention. Ces tumeurs sont surtout fréquentes dans les régions sacro-coccygienne et sphéno-occipitale. L'action du radium et des rayons X paraît nulle sur les chordomes. Le diagnostic n'est fait que par l'histologie. On peut les soupçonner cependant à la région sacro-coccygienne. C'est bien difficile à la nuque.

M. Dujarier a opéré un chordome attenant au sacrum. L'extirpation fut incomplète. Radiothérapie. Le malade survit au bout de trois ans.

M. Cunéo a réopéré un chordome opéré six ans auparavant. Troisième intervention pour nouvelle récidive en enlevant une partie du rectum. Le malade vit sans récidive depuis un an.

Hygroma sous-deltoïdien à grains riziformes. — M. Lenormant fait un rapport sur cette observation de M. Guibal (de Nancy). Intervention. Guérison. Il s'agissait d'une lésion tuberculeuse avec cellules géantes dans la paroi.

Intervention d'urgence pour asphyxie goitreuse. — M. Lenormant rapporte ce travail de M. Richard. C'est une augmentation de volume brusque du goitre qui détermina cette asphyxie chez une malade de vingt et un an. Cette malade avait présenté six jours avant un accident avec fracture du bassin. M. Richard opéra à l'anesthésie locale, ouvrit le kyste rempli de sang. La malade, qui avait perdu connaissance, revint à elle. Enucléation du goitre. Guérison.

Luxation subtotale du carpe antélunaire. — M. Mouchet fait un rapport sur cette observation de M. Delfourd (d'Epinal). Extirpation du semi-lunaire. Bon résultat. M. Mouchet connaît 11 observations analogues, la plupart avec également fracture concomittante. Il pense que si la lésion avait été diagnostiquée précocement, l'essai de réduction était indiqué.

Injections chlorurées sodiques dans l'occlusion et l'urémie post-opératoire. — M. Lambret (de Lille). Dans 8 cas où cette thérapeutique fut essayée, les résultats furent intéressants; dans 4 cas d'occlusion haute : un très bon résultat, un moins probant, un troisième cas instructif. En effet, cette malade atteinte d'iléus biliaire n'était pas chloropénique. Elle mourut rapidement. Le quatrième cas concerne un hématome par pancréatite hémorragique qui comprimait le duodénum. Grosse urémie et très peu de chlorure dans le sang. Le traitement de rechloruration donna un bon résultat et permit l'intervention. Amélioration seulement le quatrième jour pour le taux des chlorures et l'urémie. Certaines azotémies peuvent, semble-t-il, être dues à la déchloruration. M. Lambret a essayé la rechloruration pour des azotémies post-opératoires. Dans 2 cas la diurèse s'est rétablie en deux jours. Ici il semble que ce soit en agissant sur la tension osmotique qu'agissent les sérums hypertoniques.

M. Chevassu estime que le chlorure de sodium doit être administré dans toutes les intoxications.

Ventriculographie. — M. de Martel indique une technique ingénieuse de ventriculographie et présente l'aiguille et le bouchon de liège dont il se sert dans ce but et qui lui permettent de placer le malade sur le dos.

Présentation de malades. — M. Dujarier présente une corne de la région occipitale chez une femme.

Présentation d'instrument. — M. Gernez présente le fauteuil chirurgical du docteur Paul Jauregui (de Buenos-Aires), dont il se sert avec avantages dans son service.

Présentation de pièce. — M. Leriche présente un cas de tumeur du cœur. Intervenant pour tumeur antérieur au pédicule bronchique gauche, il extirpa cette tumeur qui tenait à la veine cave supérieure. La malade mourut le soir même. Il s'agissait d'une tumeur de l'oreillette droite dont on n'avait enlevé que le portion extra-péricardique.

(séance du 5 mars 1930)

Appendicite herniaire. — M. Wiart rapporte un travail de M. Jean Duval (Le Havre) qui a eu l'occasion d'observer deux cas d'appendicite herniaire. Les deux malades ont guéri l'un par résection en un bloc du sac et de l'appendice, le second par appendicectomie.

Anomalie de torsion de l'anse intestinale primitive. — M. Ombrédanne fait un rapport sur cette observation de MM. Peignaux et Fruchaud (d'Angers). Au cours d'une laparotomie ces auteurs ont trouvé le mésentère passant devant le côlon transverse. La détorsion tord le pédicule mésentérique et il faut tout remettre en place : il ne s'agit pas d'un volvulus en effet, mais d'une disposition congénitale anormale. Les vomissements et la plupart des signes cliniques observés semblent dus à des adhérences bridant et immobilisant le duodénum. Anastomose entre l'estomac et le jéjunum, tournant l'obstacle duodénal; et colo-colostomie transverse annulaire pour laisser passer très librement le pédicule mésentérique. Dans un deuxième temps ultérieur fixation du colon droit au petit psoas. Excellent résultat.

Action des solutions salines hypertoniques. — M. Léon Binet expose les conséquences de l'occlusion haute pratiquée sur le chien. On observe une diminution de la masse sanguine (déshydratation) avec augmentation du sucre sanguin, de l'urée, mais surtout avec chute du taux des chlorures du sang. Ceci tient aux vomissements et à d'autres facteurs. La chute du taux des chlorures altérerait le rein. La rechloruration des chiens entraîne une survie considérable. La fistule intestinale haute entraîne aussi une déchloruration. On doit combattre cette chute des chlorures par le sérum salé physiologique et surtout par l'injection intraveineuse de sérum salé hypertonique, à doses relativement faibles et injecté très lentement.

Vaccination régionale par la porte d'entrée. Son application à 39 cas d'arthrites blennorragiques. — M. Basset et Poincloux rappellent que vacciner c'est inoculer une maladie en miniature. Ce but est atteint plus aisément et l'effet obtenu est plus énergique lorsqu'on injecte les vaccins dans les tissus sensibles ayant servi de porte d'entrée. Dans les complications de la blennorragie, les arthrites en particulier, les auteurs ont injecté le vaccin de Pasteur dans l'épaisseur des parois du méat urétral. La première injection d'un quart de centimètre cube donne une vive réaction géné-

rale. On répète les injections tous les deux, trois, quatre jours jusqu'à épuisement des réactions vaccinales. Les auteurs ont obtenu 85 p. 100 de bons résultats, 5,8 p. 100 de bons, mais lentement obtenus, 5,8 p. 100 de médiocres et 2 p. 100 de nuls. Ils présentent quatre malades atteints d'arthrite grave et ainsi guéris.

A propos du bactériophage. — M. GRATIA (de Bruxelles) expose une série de faits et de recherches intéressantes sur le bactériophage et les mycolysats staphylococciques. Ceux-ci en particulier agissent sur les récidives des infections à staphylocoques.

A propos de quelques échecs du bactériophage. — M. SAUVÉ remarque que les staphylococcies aiguës sont très utilement combattues par la bactériophagie, mais qu'il existe des échecs en particulier dans les staphylococcies anciennes et les infections associées.

INFORMATIONS

(SUITE)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés.) — Cours de perfectionnement (Pâques 1930), sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, et des chefs de clinique et assistants du service.

Les notions actuelles en hygiène et pathologie du premier âge. — Chaque jour, de 9 h. 30 à 10 h. 45, visite des salles par M. le professeur Lereboullet.

Les leçons ont lieu à 10 h. 45, à 16 h. et à 16 h. 45.

S'inscrire à la Faculté. — Le droit à verser est de 250 fr.

— CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, du 14 au 28 avril, avec le concours de M. Lance, assistant d'orthopédie; M. Fèvre, chef de clinique; M. Aurousseau, chef de clinique; M. Saint-Girons, chef de laboratoire; M. Huc, ancien chef de clinique.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, présentation de malades au pavillon Molland; visite dans les salles; opérations courantes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

HOPITAL BEAUJON. — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE LIPIODO-DIAGNOSTIC. — Tous les mardis, à 14 h., au laboratoire de radiologie du docteur Aubourg, des démonstrations pratiques de lipiodo-diagnostic, avec présentation de malades, prise et interprétation des clichés, seront faites :

Pour l'appareil génital, par Mlle Vimeux, MM. Jacques Martin et Surmont.

Pour les sinus de la face, par M. Gauillard.

Pour le poumon et les autres cavités, par MM. Barreau et Piffault.

— DÉMONSTRATION PRATIQUE DE RECHERCHE DE LA CHRONAXIE. — Tous les vendredis, à 10 h. 30, dans le laboratoire d'électro-radiologie du docteur Aubourg, le docteur Vignal, électro-radiologiste des hôpitaux, fera une démonstration pratique de recherche de la chronaxie en comparaison avec l'électro-diagnostic classique, avec présentation de malades.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront le lundi 5 mai 1930 une série de huit leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h.; en outre, les 5 et 6 mai, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Laennec.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK. — *Cours de Pâques.* — Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires, par M. le docteur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, du lundi 14 avril au samedi 19 avril 1930.

Programme des cours. — Lundi 14 avril : Traitement du mal de Pott.

Mardi 15 avril : Traitement de la coxalgie.

Mercredi 16 avril : Traitement de la tumeur blanche du genou.

Jeudi 17 avril : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied.

Vendredi 18 avril : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur.

Samedi 19 avril : Traitement des ostéites tuberculeuses; — Traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin à l'hôpital maritime. Ils commenceront le lundi matin, à 9 h. Chaque cours sera suivi de ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Les après-midi seront consacrés aux visites dans les salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Droits d'inscription : 150 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

CONTRE LE CHARLATANISME. — Le *Siècle médical* annonce que M. Gratien, député de la Seine, déposera prochainement sur le bureau de la Chambre une proposition de loi introduisant dans notre code pénal un texte précis qui permettra, sous peine d'amende et de prison, de réprimer le charlatanisme médical.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 29 avril. — Jury : MM. Bezançon, président; Guillain, Nobécourt et Alajouanine. — M. DEZAC-DERECQ. Pied tabétique trophique. — Mme HUET. Forme endocarditique de la maladie de Still. — M. LEGRAND. Etude d'une méthode pratique d'ajustement des milieux de cultures.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. J. Faure, président; Terrien, Tanon, Lesbouyries, Robin, Petit, Vergé, Bresson, Coquot. — M. ROLLET. Un cas de môle hydatiforme dans l'espèce bovine. — M. MASSEROU. Un point d'hygiène alimentaire (l'œuf de marché). — M. LANTOINE. Luxation du globe oculaire chez le chien.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat en pharmacie. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Gauquelin, Gentilhomme, Bergougnou, Mlles Madeleine Meunier, Calansant, Picandet, MM. Paris, Roux, Seveau, Mlle Bataille, MM. Barbier, Lardet, Jacques Meunier, Poucet, Bardou, Langlois, Rappeneau, Jack, Mlle Fiquet, M. Bellegaud, Mlle Pierdet, MM. Rougeyrolles, Buisson, Lecoin, Mlle Pataud, MM. Guilhon, Sanson, Gaston Mathieu, René Moreau, Mlles Gross, Weschler, MM. Charpenet, Laurent, Ville, Mottelet, Mme Barron, MM. Fatome Fournier, Desbordes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bourses de 1re année de doctorat en médecine. — L'article 1er de l'arrêté du 15 mai 1927, fixant les conditions d'attribution des bourses de doctorat en médecine, est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. 1er. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de l'année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit : de la note 75 à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques ou naturelles (ou de la mention : « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie ou l'histoire naturelle), et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : 2 mentions « bien » ou 1 « bien » et 1 « assez bien ».

Soit : de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

FACULTÉ DE PHARMACIE. — Bourses de première année de pharmacie. — L'article 7 de l'arrêté du 30 juillet 1914, fixant les conditions d'attribution des bourses de pharmacie, est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 7. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de première année de pharmacie, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit de la mention « assez bien » à l'examen de validation de stage et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien » ou un « bien » et un « assez bien ».

Soit de la mention « bien » à l'examen de validation de stage et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Il est créé, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours :

1° Une chaire de clinique ophtalmologique ;
2° Une chaire d'hygiène et hydrologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Duffau.

Au grade d'officier. — MM. le médecin colonel Coste et le médecin commandant Turcan.

Au grade de chevalier. — MM. Valade, Goetz, Séchan, Esnault (Afrique du Nord).

M. Jabin Dudognon (des troupes coloniales).

MÉDAILLE D'OR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique, accompagné de M. Gas, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, du docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique de Paris, du docteur Laubry, médecin de l'hôpital Broussais, et de ses assistants, s'est rendu dimanche au chevet du docteur Robert Chaperon, radiologiste des hôpitaux de Paris, assistant d'électro-radiologie du

docteur Laubry, et lui a remis la médaille d'or de l'Assistance publique.

Notre confrère est atteint d'une affection grave contractée dans son service.

AVIS DE VACANCE. — Les postes de directeurs des bureaux municipaux d'hygiène publique de la Bourboule (Puy-de-Dôme) et de Clamart (Seine) sont déclarés vacants. (*J. O.*, du 30 mars 1930, p. 3474.)

LISTE DES FORMATIONS DONNANT DROIT A LA CARTE DU COMBATTANT. — La F. N. C. R. a édité le texte des formations dans lesquelles un séjour de trois mois donne droit à la carte du combattant.

Cette liste doit se trouver dans toutes les mairies, dans toutes les brigades de gendarmerie, aux sièges de toutes les associations de combattants.

Elle est envoyée contre 1 franc adressé à la F. N. C. R., 1, rue La Vieuville, Paris (XVIII°).

CARTE DU COMBATTANT. — La F N. C. R. tient des formules à la disposition des anciens combattants pour les demandes de cartes du combattant.

Les demander à la F. N. C. R., 1, rue La Vieuville. Joindre un timbre pour réponse.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. (Professeur : M. M. VILLARET). — *Petit voyage d'études médicales pour les étudiants.* — Le voyage annuel d'études hydrologiques et climatiques, réservé aux étudiants reçus à l'examen de thérapeutique, aura lieu à la Pentecôte, dans les stations d'Auvergne, les vendredi 6, samedi 7, dimanche 8, lundi 9 juin 1930, sous la direction du professeur Maurice Villaret.

Le nombre des adhérents est fixé à 75.

Les inscriptions seront prises dans l'ordre des notes obtenues à l'examen de thérapeutique. Elles seront reçues tous les après-midi au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris, par M. Roger Even, chef de laboratoire adjoint, qui fournira, en temps utile, de plus complets renseignements sur les conditions du voyage et le prix définitif.

Itinéraire : départ de Paris. Visite en auto-cars de La Bourboule, le Mont-d'Or, Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon et Vichy. Retour à Paris.

Le prix approximatif ne dépassera pas 150 fr.

RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY. — Programme :

Première journée : *Dimanche 25 mai 1930.* — 10 h. : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois. Conférence de M. le professeur Cannon : *Troubles émotifs des fonctions de l'organisme.* — 14 h. 30 : Conférence de M. le professeur Tixier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon : *Le cancer du col de l'utérus* (projections de vues diapositives en couleurs). — 15 h. 45 : Visite de l'Institut d'éducation physique de l'Université (directeur : docteur Merklen), ancien séminaire, 94, rue de Strasbourg. Démonstrations par les élèves du cours préparatoire au professorat d'éducation physique de l'enseignement secondaire. Visite de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine (professeur Santenoise), 94, rue de Strasbourg.

Deuxième journée : *Dimanche 29 juin.* — 9 h. 30 : Visite des nouvelles cliniques de l'hôpital civil. Réunion à la clinique de médecine infantile (entrée par l'hôpital civil ou par la rue Lionnois, à côté de l'Institut anatomique) : 1° clinique de médecine infantile (professeur Caussade); 2° clinique d'urologie (professeur André) ; 3° clinique d'oto-rhino-laryngologie (professeur Jacques). (Au cours de ces trois visites, les chefs de service feront des présentations de malades et des démonstrations). — 14 h. 45 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique. Conférence de M. le professeur Gougerot, de la Faculté de médecine de Paris : *Dermo-épidermites microbiennes traumatiques et non traumatiques* (projections).

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, rue Lionnois, à Nancy.

VOYAGE MÉDICAL CÉVENNES-PYRÉNÉES. — Le prochain voyage médical Cévennes-Pyrénées se déroulera du 20 juin au 2 juillet 1930, sous le patronage de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, dans une des plus belles régions thermales, climatiques et touristiques de France. Rappelons que ce voyage est conçu selon la méthode des voyages antérieurement créés sur la Côte d'Azur par la Société médicale du Littoral méditerranéen, et qu'il sera réalisé par la même direction.

La Faculté de Montpellier, doyenne des facultés françaises, a bien voulu assurer la réception inaugurale du voyage qui aura lieu le 21 juin. Les 22 et 23 juin, on visitera les cités médiévales d'Aigues-Mortes et de Maguelone; Nîmes et ses monuments romains. On assistera à une course espagnole de taureaux dans les arènes de la Rome provençale.

Du 24 au 27 juin, on parcourra les Cévennes et les merveilles naturelles que forment l'Aigoual et les Gorges du Tarn, l'Abîme de Bramabiau et l'Aven-Armand; les 27 et 28 juin seront consacrés à La Malou, centre thermal et climatique de la région Cévénole, et à la célèbre cité de Carcassonne.

Enfin, du 29 juin au 2 juillet, on traversera les plus grandioses paysages des Pyrénées orientales et centrales. Des réceptions seront offertes dans les stations thermales et climatiques de Font-Romeu, Les Escaldes, Aix-les-Thermes, Superbagnères et Luchon, reine des Pyrénées, où l'on se séparera le 2 juillet.

Ce voyage, que la remarquable variété de ses composantes rend exceptionnellement intéressant, sera, comme les précédents, organisé avec le plus grand soin et par le concours de toutes les ressources régionales, dans un but d'étude et de propagande. Il est réservé aux médecins et à leurs familles. Le nombre des adhérents est strictement limité. Comme d'ordinaire, le parcours à demi-tarif sera demandé aux compagnies de chemins de fer, à l'aller jusqu'à Montpellier, et au retour depuis Luchon. De Montpellier à Luchon, tous les parcours seront effectués en auto-cars. Des conférences et démonstrations scientifiques sont annoncées dans toutes les stations. Les séjours sont préparés dans les meilleurs hôtels. Rien ne sera épargné pour assurer le confort, l'agrément et l'instruction des voyageurs.

Pour tous renseignements, écrire à la Direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cougoureux (de Carcassonne); Famechon, médecin principal en retraite (à la Flèche); Fuynel, médecin commandant des troupes coloniales (de Cousance); Gandolin (de Villebois, Ain); Laroche (de Ban de Laveline); Le Glay et Schoull (de Paris); Tomesco, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de pathologie interne à la Faculté de Bucarest, décédé à Nice; Viguier (de Lison); Wenzinger, médecin commandant en retraite; docteur Pierre Sabaterie, sénateur du Puy-de-Dôme.

TRAITEMENT

DES

FORMES MALIGNES DE L'ÉRYSIPÈLE

PAR UN NOUVEAU SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE

Par M. le Professeur H. VINCENT
du Collège de France.

Le sérum antistreptococcique que je prépare suivant une méthode spéciale, est antimicrobien et antitoxique. Employé depuis l'année 1925, dans des infections streptococciques offrant un caractère grave, il a déterminé des effets curatifs et des guérisons inespérées dont j'ai précédemment signalé des exemples (1) : érysipèle malin avec forte albuminurie, délire, hyperpyrexie, etc.; fièvre puerpérale, phlegmon diffus profond, septicémie avec hémoculture positive, etc...

Je me propose d'étudier ici le traitement de l'érysipèle à forme toxi-infectieuse maligne et de montrer les services que peut rendre ce nouveau sérum thérapeutique. Mise en pratique autant que possible précocement, cette méthode amène parfois en vingt-quatre heures, habituellement en deux ou trois jours, la défervescence, la disparition de tous les symptômes inquiétants, la guérison de l'éruption érysipélateuse, la cessation de l'albuminurie et de l'hématurie, etc...

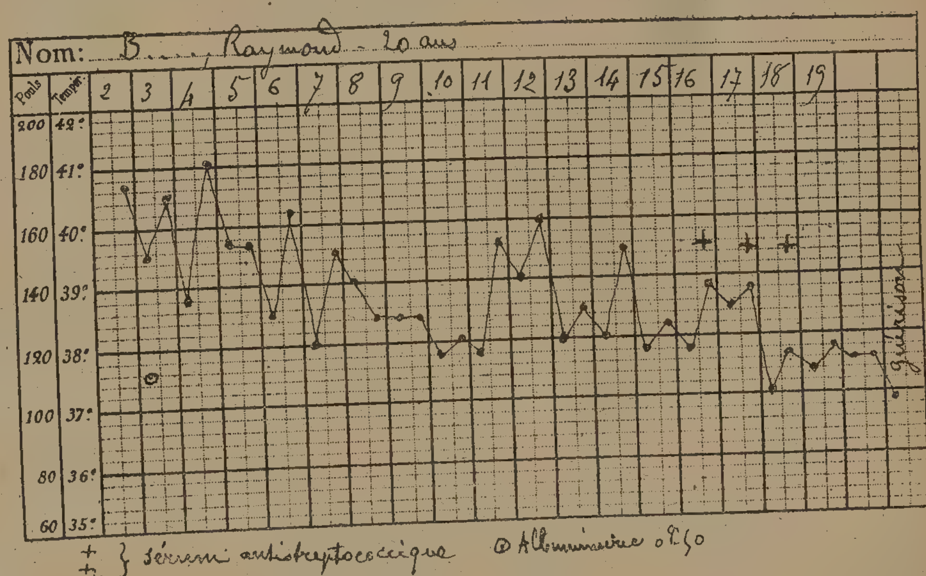
Cette amélioration des formes sévères — les seules dont il soit ici question — est si rapide et si précoce qu'on serait d'abord tenté de la considérer comme spontanée et indépendante du sérum. Mais il est advenu, dans de tels cas, que la sérothérapie ayant été suspendue trop tôt, les signes très graves de toxi-infection sont réapparus le lendemain avec une brutale intensité et accompagnés d'une hyperpyrexie significative. Une ou deux nouvelles injections de sérum antistreptococcique ont alors amené la chute thermique, cette fois définitive, ainsi que la disparition de tous les symptômes morbides, apportant, comme une expérience de laboratoire, la démonstration de l'action curative du sérum. Il en sera cité un exemple. Inversement, certains malades atteints d'un érysipèle malin accompagné de signes généraux très graves et traités par le sérum, étant revenus, en quarante-huit heures, à une température normale, ont été considérés comme définitivement guéris. Effectivement, tous les syndromes alarmants avaient entièrement cessé. Dès lors, on a arrêté les injections de sérum. Mais deux jours après, l'érysipèle non complètement éteint, a repris subitement sa marche aiguë. La sérothérapie n'ayant pas été recommencée, les malades ont succombé.

Ces faits constituent donc une sorte de contre-épreuve de l'influence spécifique initiale du sérum. Ils comportent des conclusions pratiques qui seront résumées plus loin.

* * *

Voici un exemple vraiment dramatique d'érysipèle à forme extensive et maligne, avec complications multiples et qui paraissait certainement comporter un pronostic fatal.

Le malade, B... (Raymond), âgé de vingt ans, a guéri brusquement, après une longue période infectieuse pendant laquelle tous les traitements avaient échoué. L'observation m'a été adressée par M. le docteur Cristau, médecin à l'hôpital militaire de Versailles.



Le malade est hospitalisé pour érysipèle de la face, albuminurie (0g50), fièvre élevée : 40°8 le jour et le lendemain de son arrivée.

En vingt-quatre heures, l'érysipèle s'est étendu au cuir chevelu, à la nuque, aux épaules et aux racines des membres supérieurs.

Le lendemain de son arrivée, *le malade est dans la stupeur absolue*. Il ne reconnaît personne, ne comprend aucune question et n'y répond pas. *Facies figé, fixité du regard.* Le malade conserve pendant plusieurs minutes l'attitude donnée à l'un de ses membres. A ces symptômes si inquiétants s'ajoute de l'*incontinence complète d'urine*.

Deux jours après, l'*érysipèle gagne toute la région dorsale* (Gosset a signalé le pronostic grave de l'érysipèle du dos). L'état typhoïde et adynamique est encore plus marqué, si possible. La température est de 41°1 ; le pouls est très faible. La langue est rôtie, fuligineuse. Le pharynx rouge, desséché, est couvert d'un enduit grisâtre.

La ponction lombaire donne un liquide renfermant 2 leucocytes par millimètre cube; albumine : 0g25 ; sucre : 0g75 ; urée sanguine : 0g40.

On injecte successivement, dans les veines, électrargol, urotropine, puis 480 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur. Mais l'état du malade ne s'amende pas. La prostration profonde, l'incontinence d'urine l'hyperthermie persistent. Une *escarre sacrée* apparaît sur la région envahie par l'érysipèle.

En même temps surviennent les signes de *myocardite* :

(1) H. VINCENT. Sur les résultats thérapeutiques donnés par un sérum nouveau antistreptococcique, *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXXXVIII, 27 mai 1929, p. 1348.

cœur dilaté, bruits très sourds, pouls accéléré, imperceptible, presque incomptable.

A ce moment, le malade était considéré comme perdu. C'est dans ces conditions que, pendant trois jours, on fit une injection quotidienne d'abord intraveineuse, puis sous-cutanée, de 60 centimètres cubes du sérum antistreptococcique de Vincent.

Le lendemain de la première injection, « amélioration assez nette ». Le surlendemain, *elle progresse très rapidement, presque à vue d'œil*; l'érysipèle s'arrête dans son extension, puis disparaît; l'albuminurie cesse et le malade entre bientôt en convalescence ». *Guérison* sans complication.

L'exemple ci-après est également instructif. Il s'agit encore d'un érysipèle très grave, à forme ataxo-adynamique, jugulé par la sérothérapie spécifique.

G... Clovis, vingt ans. Entré, en 1925, à l'hôpital du Val-de-Grâce (service du professeur Pilod) pour angine rouge aiguë et adénopathie sous-maxillaire, suivie le soir même d'un érysipèle débutant par le nez et les deux joues, gagnant ensuite la face entière et le cuir chevelu.

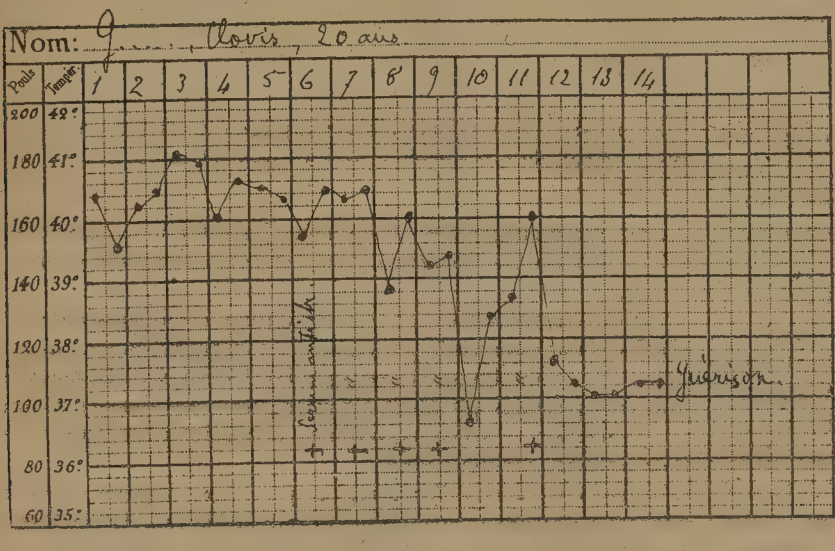
Pharynx, muqueuse buccale, fosses nasales très rouges. Température : 41°1; pouls fréquent et faible. Albuminurie abondante.

Etat général mauvais; prostration, délire le 20 octobre.

L'érysipèle naso-pharyngé a gagné le larynx : crise d'œdème de la glotte; jetage nasal purulent; pharynx très rouge, recouvert de pus épais. Violent délire et agitation extrême dans la nuit, malgré balnéation, injections d'huile camphrée, etc.

L'état s'aggrave encore le lendemain, le délire augmente, ainsi que la stupeur.

Le liquide céphalo-rachidien renferme : albumine, 0g40; sucre, 0g50; lymphocytose légère.



La sérothérapie (sérum de H. Vincent) est commencée le 22 octobre, au moment où les symptômes infectieux avaient atteint leur maximum d'acuité. Bien que les doses de sérum injectées sous la peau aient été faibles (40 centimètres cubes par jour), *le délire cesse dès la première injection de sérum* et la journée est meilleure. Après la troisième injection, l'amélioration est sensible; l'albuminurie a diminué notablement. La fréquence du pouls, qui avoisinait 100 pulsations, descend à 60. Après la quatrième injection, l'*érysipèle ainsi que les symptômes morbides si sévères ont totalement disparu*, le pharynx et les fosses nasales sont devenus normaux, les urines sont abondantes, l'albuminurie a cessé. La température est normale (36°6).

Ici se place un épisode intéressant.

Le malade étant considéré comme guéri, on arrête les injections de sérum. Or, le soir du même jour (v. la courbe), la température remonte à 38°3, le lendemain soir à 40 degrés. On fait une nouvelle et dernière injection de 60 centimètres cubes de sérum. Cette fois, et dès le lendemain, la température revient à la normale pour s'y maintenir définitivement.

Le malade sérieusement éprouvé avait présenté, outre les phénomènes nerveux si inquiétants et les symptômes de néphrite streptococcique, de la myocardite avec hypotension marquée (9-5 à l'appareil Vaquez-Laubry).

Instruit par cet exemple, M. le professeur Pilod considère très justement que, dans les formes très graves d'érysipèle à pronostic mortel, il convient d'injecter 100 centimètres cubes de sérum par jour.

A la suite des premiers essais que j'ai pratiqués du sérum antistreptococcique, j'avais conclu aussi à la nécessité d'employer, dans de tels cas, des doses assez fortes de sérum et d'injecter celui-ci dans la veine. Dans un important service hospitalier de Paris, plusieurs cas ont été relevés d'érysipèle malin dans lesquels, ainsi qu'il a été dit précédemment, une ou deux injections de 40 centimètres cubes de sérum avaient déterminé, dès le lendemain, une amélioration très grande, locale et générale, avec apyrexie complète au troisième jour. Mais la sérothérapie n'ayant pas été poursuivie, les symptômes morbides se sont de nouveau réveillés. La mort est survenue après apparition de phénomènes méningés.

Trop souvent, en effet, l'érysipèle de la face est considéré comme bénin. L'otite suppurée, la mastoïdite, l'infection des sinus, la méningite, l'endocardite (Sevestre), la broncho-pneumonie, fréquente dans les cas même bénins (Straus, Rendu, Dieulafoy, etc.) peuvent venir le compliquer et entraîner l'issue fatale. Le caractère très toxique de certains streptocoques peut, par lui-même, amener la même conséquence. C'est pourquoi si, dans les manifestations sévères de l'érysipèle, il est nécessaire d'agir énergiquement, il n'est pas moins utile d'injecter le sérum dans les formes moyennes, compliquées cependant d'albuminurie et de phénomènes généraux. Sous l'influence du sérum, l'infection cède très rapidement et facilement. Les exemples suivants vont montrer qu'en pareils cas la guérison peut être obtenue à l'aide d'une ou deux injections.

L... (*Yvonne*), dix-neuf ans. Erysipèle de la face ayant débuté le 29 décembre 1925. Le 31, on lui injecte seulement, et par suite d'une erreur, 5 centimètres cubes de sérum antistreptococcique, dose évidemment très faible. Ni la fièvre (40 degrés et plus), ni les symptômes locaux ou généraux ne pouvaient en être influencés. On note bientôt, en effet, des vomissements, des douleurs rénales et des signes de néphrite aiguë.

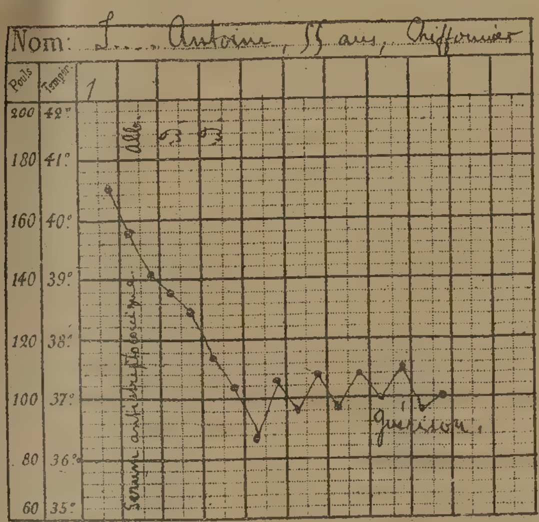
Le 6 janvier, les urines sont très chargées, très albumineuses, elles renferment des hématies, des cellules rénales et des cylindres granuleux. Pendant dix-huit heures, *anurie*

complète. L'état est inquiétant. On fait alors une seconde, puis une troisième injection de sérum à la dose, très faible encore, de 20 centimètres cubes. Cependant, dès le *surlendemain, la température devint normale* et l'apyrexie fut définitive. *Guérison*.

Dans les formes moins dangereuses que les cas précédents, le sérum antistreptococcique (une seule injection) a amené la guérison rapide. En voici quelques exemples :

E... (Désiré), âgé de cinquante-cinq ans (service de M. le professeur P. Teissier). Erysipèle grave de la face avec albuminurie marquée. Température : 40°4. Une seule injection de sérum (40 centimètres cubes) est pratiquée. Le surlendemain la température descend à 37 degrés et se maintient définitivement à la normale. L'albuminurie disparut au quatrième jour.

Evolution et résultat identiques chez le malade *J... (Antoine)*, chiffonnier, âgé de cinquante-cinq ans, atteint d'érysipèle grave, avec albuminurie, fièvre à 40°5. Une injection de 40 centimètres cubes de sérum amène l'apyrexie en quarante-huit heures, après un lysis sans oscillations.

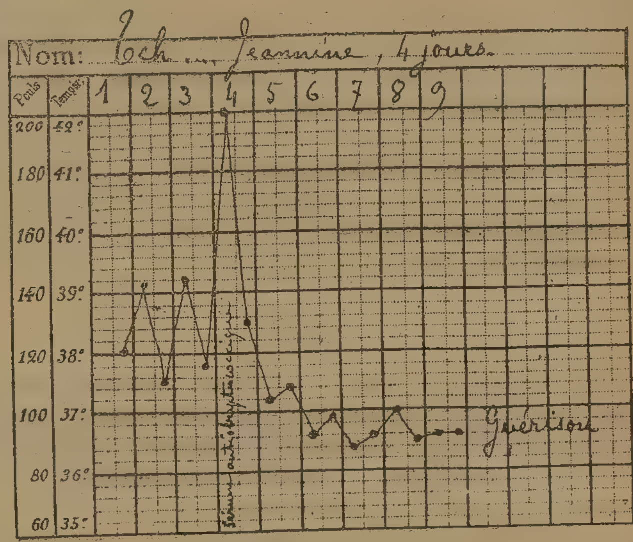


Chez la malade *G... (Marie)*, âgée de vingt-cinq ans (érysipèle facial, albuminurie), la température devient normale au troisième jour et l'albumine disparaît de l'urine à la suite d'une seule injection de 40 centimètres cubes de sérum.

Il en fut de même chez la nommée Bas... (Céline), âgée de trente ans, atteinte également, d'érysipèle avec albuminurie et fièvre atteignant 40°8 et 41 degrés, chez laquelle tous les symptômes morbides disparurent au troisième jour qui suivit l'injection de 40 centimètres cubes de sérum.

L'*érysipèle ombilical des nouveau-nés* comporte, ainsi qu'on le sait, un pronostic habituellement mortel (Trousseau, Tarnier, Maguillat, etc.), surtout dans le milieu hospitalier (Philibert). Voici un exemple d'infection de cette nature, qui a guéri avec une rapidité extrême, malgré sa formidable gravité.

Enfant Tch... (Jeannine), quatre jours, transportée à l'hôpital Claude Bernard, service de M. le professeur P. Teissier. Est atteinte d'érysipèle de l'ombilic, de la région sous-ombilicale, des grandes lèvres et de la face antéro-supérieure des cuisses. *Sa température*, qui oscillait depuis deux jours entre 38° et 39°2, *atteignit*, le matin du quatrième jour, le *fastigium excessif de 42 degrés*. C'est à ce moment qu'on lui injecte 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Vincent.



Le soir même, la température descendit à 38°5. Le lendemain matin, elle n'était plus que de 37°2 et s'est définitivement maintenue ensuite au-dessous de 37 degrés. L'érysipèle a rétrocédé entièrement en deux ou trois jours. La guérison, inespérée, a été tellement rapide que l'enfant a quitté l'hôpital huit jours après avoir reçu la première injection de sérum antistreptococcique.

L'exemple suivant concerne un cas d'infection streptococcique observé dans la maison de santé de mon collègue et ami, M. le docteur R. Baudet, chirurgien des hôpitaux.

A la suite d'une excoriation du pied et d'un érysipèle local, il s'était développé chez Mme X., une lymphangite progressive du membre et des lymphatiques abdominaux. On percevait dans la fosse iliaque gauche, au voisinage des vaisseaux, une masse irrégulière, non fluctuante, douloureuse, allongée, ayant à peu près le volume d'une grosse pomme. Fièvre modérée (38 degrés à 38°6) mais persistant, sans aucune accalmie, depuis deux semaines, malgré l'immobilité, les pansements humides, etc... Etat général très médiocre, petits frissons irréguliers, amaigrissement, pâleur, inappétence complète, etc... La persistance de la lésion, sa progression du creux poplité au pli inguinal, puis aux ganglions iliaques, laissaient redouter une extension plus lointaine de la streptococcie et une septicémie sournoise ou bruyante.

Afin de rendre, autant que possible, inoffensives l'exploration directe ou bien l'intervention opératoire sur les ganglions profonds envahis par le streptocoque, on fit pendant quatre jours, des injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique. Après cette préparation, l'abdomen ouvert montra une masse ganglionnaire volumineuse, rouge, très œdématiée, bosselée, dure, sans aucune trace de suppuration. Le suc obtenu par incision d'un ganglion (III ou IV gouttes de sang) me fut envoyé pour culture.

Le foyer adénopathique fut incisé en divers points, puis largement arrosé de sérum antistreptococcique. Les injections sous-cutanées du même sérum furent poursuivies simultanément.

Ce traitement renouvelé amena la régression, puis la guérison de l'infection, et des phénomènes septiques qui avaient inspiré de vives préoccupations.

J'ai relaté ici cette observation parce qu'elle a donné lieu à une intéressante constatation de labo-

ratoire. Le suc ganglionnaire prélevé alors que la malade avait reçu, depuis quatre jours, du sérum antistreptococcique, montra, à l'examen microscopique, quelques rarissimes cocci mal colorables et prenant mal le Gram. Cependant la culture en divers milieux resta négative. Au neuvième jour, pourtant, il se développa sur l'un des tubes une (seule) colonie de streptocoque qui ne vécut que trois ou quatre jours. Le sérum antistreptococcique injecté avait donc provoqué, au quatrième jour, un commencement de stérilisation très appréciable, sinon presque complète, du foyer lymphangitique.

*
* *

Pour conclure, dans les formes sévères d'érysipèle, les doses de sérum antistreptococcique doivent être proportionnées à l'intensité de la toxi-infection. Chez l'adulte, 60, 80, 100 centimètres cubes doivent être injectés dès le premier jour, et de préférence dans la veine s'il y a danger. Les précautions usuelles seront prises, bien entendu, pour éviter les réactions anaphylactiques et pour désensibiliser le malade par une ou deux injections préventives de 1 centimètre cube de sérum, à deux heures d'intervalle, si ce malade avait antérieurement reçu un autre sérum de cheval.

Dans les formes très graves également, avec complications rénales et autres, il importe, alors que la sérothérapie a amené la défervescence complète (souvent précoce), de continuer les injections de sérum sous la peau (20 à 40 centimètres cubes) pendant deux jours, au moins, afin de prévenir le retour de l'infection streptococcique immobilisée, mais non encore éteinte.

LE CANCER DU RECTUM

COMMENT LE RECONNAITRE ET LE GUÉRIR

Par Victor PAUCHET (1).

Dans la question du cancer rectal, plusieurs éléments anatomo-cliniques et thérapeutiques, jouent un rôle de premier plan. Les symptômes ou signes évidents qui constituent le premier plan, seuls, m'intéressent. Reconnaître comment on découvre le mal, savoir le guérir, pronostiquer l'avenir de celui qui en est porteur, voilà ce qui nous intéresse tous. Peu nous importe, à nous praticiens, toutes les floritures scientifiques et cliniques; l'essentiel est de défendre le malade le plus tôt possible et le guérir dans les meilleures conditions possibles.

Or, si je m'adresse ici à tous les praticiens, les plus habiles et les plus expérimentés, à tous ceux qui ont ont le plus d'expérience, je leur dirai : A quoi vous sert votre passé pathologique, tous les bouquins que vous avez lus? A rien. Pour chaque maladie, vous avez deux, trois, quatre symptômes qui vous dirigent, mais ceux-là jouent un rôle déterminant.

Pendant la séance de samedi dernier, à la Société de médecine, j'entendais mon ami Thierry de Martel dire, à propos des tumeurs du cerveau : « Je fais le diagnostic des tumeurs cérébrales infiniment plus vite que n'importe quel neuro-pathologiste : un ou deux symptômes me suffisent, parce que j'en ai l'habitude » et il nous citait plusieurs exemples qui montraient qu'il avait raison.

Je pourrais vous dire autant de la plupart des cas de la chirurgie du tube digestif. Pour ne pas nous attarder trop longtemps, je vous dirai : un malade atteint de cancer rectal aborde le médecin, en lui disant : « Je crois avoir des hémorroïdes, car j'ai rendu un peu de sang », ou « je crois avoir de l'entérite, car j'ai rendu quelques glaires, ou bien j'ai senti quelques brûlures à l'intestin » ou encore « je dois avoir une fissure à l'anus, car j'ai présenté un suintement séro-purulent » ou enfin « je suis gêné au cours de la défécation ».

Un symptôme semblable suffit pour éveiller notre attention. Immédiatement, le médecin prend un doigtier (qui lui enlève la répugnance du toucher rectal, toucher rectal qui, fait sans doigtier, a été la principale cause de l'ignorance du cancer). Le médecin entourera la commissure de l'index d'un peu d'ouate, de façon à ne pas le salir dans le sillon inter-fessier. Aujourd'hui, tout médecin qui a des doigtiers dans sa poche et qui sait protéger sa commissure digitale avec un peu d'ouate, fait le toucher rectal. Huit fois sur dix, il découvre la tumeur. Si le doigt du clinicien ne rencontre pas un point induré, ou rétréci, ou végétant, le clinicien prend un rectoscope et complète l'examen ; s'il n'a pas de rectoscope comme c'est la règle, il envoie le malade chez un spécialiste qui possède l'instrument et fait le diagnostic immédiat.

Vous voyez donc que le diagnostic est facile à faire.

Le cancer est-il opérable ou non? L'hésitation n'est guère possible, car pour être inopérable, il faut, en général, être atteint de métastase du foie ou du péritoine, ce qui est exceptionnel en cas de cancer rectal.

Mais alors, l'état général est tellement modifié que l'hésitation n'est pas possible.

Ne pensons pas aux choses rares; c'est encore un principe à admettre en clinique. Il ne faut jamais penser aux exceptions, ni aux anomalies; il faut penser toujours aux choses qui se voient tous les jours.

Quand un élève me dit : « Il y a une malade que je crois atteinte d'un kyste du mésentère », je réponds : « C'est un kyste de l'ovaire ou un fibrome. Mais faites donc une cystoscopie et voyez les uretères». — Pourquoi? — Parce que je ne pense qu'aux choses fréquentes. Malgré cela, il faut, dans tous les cas, explorer par les moyens physiques, même quand cela paraît banal. Les cas exceptionnels doivent être oubliés par le clinicien. On les découvre parfois automatiquement par l'exploration physique. Il n'y a aucun intérêt à devancer le diagnostic rare.

Eh bien, le diagnostic du cancer rectal doit être fait d'une façon précoce et avec la plus grande facilité. Si un malade vous questionne : « qu'est-ce que j'ai...? » Ne lui répondez surtout jamais : « hémorroïdes », ni « entérite », sinon il pourra rester un

(1) Conférence faite à la Société médicale du VIIe arrondissement.

mois endormi sur ses deux fesses et la lésion augmentera.

Si vous ne pouvez dire à votre client : « c'est un cancer du rectum, il faut faire opérer cela, sinon vous êtes perdu. Et il est possible qu'on vous conserve l'anus normal, il est possible que vous ayez définitivement un anus iliaque », vous n'allez pas sans doute décider immédiatement le malade à l'opération. Dites : « polype sérieux à revoir ». Il faut laisser le pauvre homme s'adapter à cette triste nouvelle, car quoi qu'il arrive, quel que soit l'excellent pronostic que comporte le cancer rectal, c'est toujours une « *sale affaire* » et c'est précisément parce que c'est une SALE AFFAIRE qu'il *faut que le malade le sache*, pour se défendre mais il faut lentement lui servir ce diagnostic suspect, à petites doses, au compte goutte, sans toutefois l'endormir avec une piqûre de Sédol morale. Partagez avec plusieurs confrères la responsabilité, de façon que quelques semaines plus tard, le sujet soit débarrassé de son mal.

Ce qu'il faut avant tout, c'est éloigner de lui les médecins dangereux, à savoir ceux qui développeront l'optimisme, ici, malfaisant, ceux qui parleront de radium, les chirurgiens qui feront un anus contre nature pour soulager le malade. Si vous demandez le concours d'un confrère, demandez l'appui d'un clinicien apte au rectoscope, susceptible de faire une biopsie d'ailleurs tout à fait inutile ; évitez le radium et les rayons X, dirigez, au contraire, le malade vers quelqu'un qui a une grande expérience de cette chirurgie spéciale, car ici comme partout ailleurs, c'est au spécialiste qu'il vaut mieux s'adresser. Certes, votre rôle n'est pas fini ; il y a bien des questions qu'il faut trancher. N'y a-t-il pas de métastases du côté du foie et du péritoine...? D'ailleurs, l'impression générale est donnée rapidement. Mais, à quel procédé chirurgical faut-il avoir recours...? Seul le chirurgien peut vous le dire et seul *un chirurgien entraîné à ce genre d'opérations*.

Faut-il faire, à cet homme, une extirpation abdomino-périnéale...? Faut-il le faire bénéficier des opérations qui lui laissent la persistance et la continence de son anus normal, en un temps ou deux temps...? Faut-il l'opérer par la voie basse, la voie périnéale, la voie sacrée, la voie abdominale...? Seul un chirurgien très entraîné et qui opère constamment et depuis longtemps des cancers rectaux peut résoudre la question. Par conséquent, ceci ne vous intéresse pas spécialement.

Je vous montrerai l'opération la plus bénigne, l'extirpation périnéale (ou amputation), celle qui sacrifie l'anus bien que dans nombre de cas, l'anus puisse être conservé (résection). Au lieu de donner au malade 50 p. 100 de chances de guérison définitive, et 5 chances de risques de mort seulement (amputation), vous aurez au besoin, dans certains cas, à lui faire supporter 10 p. 100 de risques opératoires (résection) et lui faire bénéficier seulement de 30 p. 100 de guérison définitive (résection). C'est déjà pas mal, pour conserver son anus normal. C'est une question qu'il n'est pas possible de trancher en quelques mots. Je vous indique simplement les données générales et vous dis ceci : Le cancer du rectum est une affection terrible, mais dont le pronostic est considérablement amélioré depuis ces dernières années. La mortalité est considérablement réduite. Les possibilités de conserver l'anus normal existe dans nombre de cas. Le malade obtient, avec l'amputation, une guérison définitive de 50 p. 100 et des guérisons opératoires de 95 p. 100.

Le pronostic d'un cancer rectal *dépend avant tout du diagnostic posé par le premier médecin consulté. Celui-ci ne doit point quitter son malade sans que la décision thérapeutique soit prise.*

Si le médecin ne peut faire la chose lui-même, il doit s'étayer de l'avis de ses confrères, mais quant à faire prendre au sujet la décision la plus rapide, en prononçant les mots d'hémorroïdes, ou d'entérite, c'est impossible. Le médecin qui permet l'optimisme et l'abstention, par un mensonge, commet une faute grave à l'égard de son patient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1930)

Trois cas de tumeur de la poche cranio-pharyngée opérés et guéris. — MM. Clovis VINCENT, Marcel DAVID et Pierre PUECH présentent trois malades opérés et guéris de tumeurs de la poche cranio-pharyngée.

Le premier, un enfant de dix ans, est le premier cas de poche cranio-pharyngée opéré et guéri en France. La tumeur a été enlevée complètement par voie transfrontale sous dure-mérienne, à l'exception d'un nodule calcaire resté au fond de la selle turcique. Depuis l'intervention, l'enfant s'est développé d'une façon très notable.

La seconde est une jeune fille de vingt-deux ans. Le premier trouble fut un arrêt des règles à l'âge de seize ans. Les troubles oculaires présentés ultérieurement par la malade (cécité droite, hémianopsie temporale gauche avec pâleur des deux segments temporaux), joints à un syndrome d'hypertension intracranienne et à une destruction de la selle turcique sans calcification visible sur les clichés radiographiques, firent porter le diagnostic. Il faut noter que cette malade présenta au cours de l'évolution de la maladie un syndrome d'hyperthermie avec épistaxis. A ce sujet, les auteurs se demandent si l'hyperthermie et les épistaxis observés au cours de la fièvre typhoïde ne peuvent s'expliquer par une action du bacille d'Eberth ou de sa toxine sur la région du tuber.

La troisième est une jeune fille de dix-neuf ans. La maladie commença dès l'âge de onze ans par un trouble de la nutrition : adiposité anormale avec une hypertrophie énorme des deux seins, et développement anormalement précoce des poils. En contraste avec ces faits, la malade ne fut jamais réglée. Un peu plus tard, la malade présenta une céphalée tenace et un état de narcolepsie qui simulait l'encéphalite, avec une hypothermie (35-36 degrés) qui dura cinq jours. L'apparition ultérieure de troubles oculaires (diminution de l'acuité visuelle, hémianopsie bitemporale avec atrophie papillaire à bords légèrement flous) fit porter le diagnostic de poche cranio-pharyngée, malgré une selle turcique normale et l'absence de calcification sur les clichés radiographiques.

Les auteurs insistent sur le syndrome clinique observé lors d'interventions sur la région : sommeil, soif, hyperthermie, vomissements. Les vomissements, comme la soif, sont souvent calmés par les prises de poudre de posthypophyse.

Les auteurs, sur quatre poches de Rathke opérées par eux, n'en ont perdu qu'une. Ils se prononcent nettement en faveur d'une opération précoce, qui ne doit pas laisser évoluer l'atrophie optique.

Arachnoïdite spinale circonscrite. Intervention opératoire. Guérison. — MM. H. Schaeffer, de Martel et Houzel rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une compression médullaire qui avait débuté il y a deux ans. L'intervention montra l'existence d'un kyste arachnoïdien, et guérit la malade. Les auteurs insistent sur certains caractères du tableau clinique : absence de douleurs radiculaires; intensité des douleurs cordonales; importance des troubles de la sensibilité subjective et objective et des troubles sphinctériens, par rapport aux troubles moteurs; lenteur de l'évolution de l'affection; prédominance unilatérale des symptômes. Ils insistent également sur l'utilité d'intervenir précocement dans les arachnoïdites, plus encore que dans les tumeurs; et attribuent à leur intervention précoce leur beau succès thérapeutique dans le cas présent.

M. Barré a obtenu également de beaux succès dans les arachnoïdites localisées, grâce à l'intervention précoce; il accorde une grande valeur, pour le diagnostic, à la dissociation entre le lipiodo-diagnostic, qui reste négatif, et l'épreuve de Queckenstedt-Stocky, qui indique une compression. M. Cl. Vincent, au contraire, qui a opéré six malades analogues, n'a pas eu de bons résultats thérapeutiques. Il croit que la plupart des arachnoïdites localisées sont associées à de la myélite.

Tumeurs du vermis du cervelet. — M. T. de Martel présente deux cas de gliomes kystiques du vermis cérébelleux, qui se manifestaient par des troubles graves de l'équilibre, et qu'il a opérés avec succès. L'opération a été très simple dans les deux cas : simple ponction du kyste dans le premier, ponction accompagnée d'ablation d'un petit fragment de tumeur dans le second. Les deux opérés, qui sont deux enfants, ne présentent plus aucune trace de symptômes cérébelleux à l'heure actuelle. Des films cinématographiques permettent de comparer les symptômes avant et après l'opération.

M. de Martel met en garde contre l'usage de l'anse galvanique, qui permet une exérèse large et facile, mais qui risque de donner un coup de fouet à la malignité de la tumeur, comme le pensait Cushing. M. Cl. Vincent est du même avis, mais il estime que le même danger n'existe pas avec les anciens procédés d'exérèse.

Hémiparaplégie infantile et maladie de Basedow. — MM. L. Babonneix et J. Sigwald présentent une jeune fille née deux mois avant terme, et atteinte de diverses affections : 1° maladie de Little; 2° hémiplégie infantile gauche; 3° maladie de Basedow, de date relativement récente. Quelle que soit l'interprétation de tels faits, il faut signaler la rareté de cette association morbide, que ne signale, à notre connaissance, aucun auteur.

Un cas de tumeur intramédullaire. — M. Christophe (de Liége) présente un jeune homme, âgé de vingt-six ans, qui paraît atteint de tumeur intramédullaire de localisation cervicale. Les douleurs radiculaires ont été le premier symptôme, puis est survenue l'amyotrophie scapulo-humérale. Enfin des ponctions lombaires ont donné une dissociation albumino-cytologique. L'épreuve du lipiodol, faite successivement par voie ascendante et descendante, a permis de constater l'image festonnée caractéristique entre C^2 et C^6. L'état du malade s'est plutôt aggravé après la radiothérapie : il y a maintenant paraplégie. L'auteur se demande s'il doit intervenir.

M. Haguenau, M. Alajouanine pensent qu'une laminectomie peut, en pareil cas, amener une amélioration, ou permettre une radiothérapie plus efficace.

M. Guillain, M. Roussy déconseillent l'intervention. Ils pensent qu'il n'y a peut-être, chez ce malade, qu'une *gliose* syringomyélique intramédullaire.

M. Chavany, M. Cornil ont vu des syringomyélies s'aggraver après un traitement radiothérapique.

Protraction de la langue post-encéphalitique traitée par la résection partielle et bilatérale de l'hypoglosse. — MM. Chastenet de Géry et J. Lhermitte. Chez un malade présenté il y a deux ans par MM. Lhermitte et Kyriaco et atteint de spasme des abaisseurs de la mâchoire et du génioglosse, les auteurs ont réalisé une intervention destinée à remédier à une infirmité tout ensemble ridicule et pénible.

Dans le but de réduire en premier lieu l'intensité du spasme lingual responsable de la protraction de la langue, on pratiqua la résection de la moitié du tronc de l'hypoglosse sur une longueur de 10 millimètres, en arrière des filets qu'abandonne ce nerf au génio-hyoïdien. L'intervention fut pratiquée au niveau du triangle de Pirogoff, sous anesthésie locale. Les suites opératoires furent des plus simples. Immédiatement après l'intervention, la protraction de la langue avait complètemsnt disparu, mais la déglutition était devenue très difficile. Ni les liquides, ni les solides ne pouvaient être ingérés par le sujet, à tel point que, pendant six semaines, on fut obligé de pratiquer l'alimentation à la sonde. Puis la déglutition reprit son rythme normal, le malade regagna du poids et la protraction de la langue fut considérablement réduite. Les douleurs, que provoquait l'ulcération de la langue par son frottement sur l'arcade dentaire inférieure, disparurent complètement, et l'ulcération elle-même guérit.

La résection partielle d'un nerf moteur peut donc agir d'une manière très favorable contre les spasmes qu'on observe si fréquemment à la suite de l'encéphalite épidémique.

Hémangioblastome de la région rétro-rolandique droite. Extirpation. Guérison. — MM. Clovis Vincent, Pierre Puech et Marcel David présentent un malade qui, à la suite de crises d'épilepsie bravais-jacksonienne à début brachial gauche, fit une hémiplégie gauche progressive avec stase papillaire. L'intervention permit d'enlever en totalité une tumeur de la région rétro-rolandique droite, que l'examen histologique permit de reconnaître comme un hémangioblastome.

D'après Cushing, cette variété de tumeurs est très rare au niveau des hémisphères.

Cette malade, qui était une grande hémiplégique, et qu'on avait amenée sur un brancard, marche maintenant, quoique d'une façon encore un peu anormale, et est capable de lever son bras au-dessus de la tête.

Un cas d'atrophie musculaire de type myélopathique. — M. André Thomas.

Atrophie musculaire posttraumatique, à type myopathique, cliniquement progressive, douze ans après le traumatisme. — MM. Th. Alajouanine, M. Gopcevitch et P. Meillaud présentent un homme atteint d'une atrophie musculaire progressive, qui a débuté en 1918 après un traumatisme. Celui-ci avait porté sur les bras, sur la nuque et sur les genoux, au cours d'une chute à l'atterrissage d'un avion. Après une perte de connaissance d'une demi-heure, on n'avait relevé que des lésions osseuses des membres supérieurs, des paresthésies et une gêne motrice passagère des mains et des avant-bras. L'amyotrophie fut notée environ deux mois après; elle a débuté par les muscles périscapulaires, et elle a gagné progressivement, depuis lors, les mus-

cles spinaux, les muscles abdominaux, et plus récemment les membres inférieurs. Actuellement, cette atrophie est diffuse, prédomine à la ceinture scapulaire, aux muscles du dos et de l'abdomen et aux muscles de la jambe droite. Elle réalise une morphologie analogue à celle des myopathies. Les réflexes tendineux sont conservés; il n'y a pas de troubles pyramidaux ni sensitifs; les réactions électriques sont du type myopathique : absence de réaction de dégénérescence, hypoexcitabilité avec réaction myotonique.

Les auteurs, envisageant le début des troubles après le traumatisme, leur progression régulière et continue depuis lors, l'absence d'antécédents pathologiques antérieurs, affirment l'étiologie traumatique de ce syndrome et en soulignent l'intérêt médico-légal. Ils proposent de classer les faits d'amyotrophie postraumatique en : amyotrophies réflexes localisées, surtout périscapulaires; amyotrophies spinales secondaires à une hématomyélie fruste; amyotrophies localisées pseudo-myopathiques; amyotrophies diffuses à type myopathique et progressives, groupe auquel appartient le cas présent, et dont le caractère évolutif, persistant douze ans après le traumatisme, paraît un fait d'exception.

M. A. Léri a vu des cas semblables pendant la guerre.

Le procédé des empreintes plantaires dans l'étude du tonus statique. — MM. Th. Alajouanine et M. Gopcevitch ont étudié les modifications des empreintes plantaires dans les affections du système nerveux qui s'accompagnent d'hypotonie ou d'hypertonie musculaires. L'empreinte plantaire normale donne une image où le talon antérieur est séparé du talon postérieur par un isthme rétréci à bord interne fortement concave. Les modifications pathologiques des empreintes donnent lieu, soit à une exagération du rétrécissement isthmique (empreinte à type de pied creux), soit à un élargissement de l'empreinte des talons antérieur et postérieur et de l'isthme, qui aboutit à une image plus ou moins importante de pied plat.

Les empreintes à type de pied creux s'observent, soit dans certaines contractures avec hypertonie des muscles de la voûte plantaire, soit dans le déséquilibre statique, par suite des contractions musculaires ainsi créées. Les empreintes à type de pied plat s'observent dans l'hypotonie statique sans déséquilibre, tantôt unilatérales, tantôt bilatérales.

Ces images traduisent l'état tonique des muscles de la jambe et de la voûte plantaire, quelle qu'en soit l'origine; leur étude permet de comparer le mécanisme des perturbations du tonus statique au cours de ses diverses perturbations physio-pathologiques, et, dans certains cas, d'apporter une contribution sémiologique à l'étude des troubles toniques frustes.

Traitement chirurgical de l'hémispasme facial essentiel. — MM. Haguenau et Robineau ont traité un cas d'hémispasme facial essentiel par l'anastomose facio-hypoglosse, associée à la résection du ganglion cervical supérieur. Le résultat fonctionnel a été bon.

Autopsie d'un cas d'amusie (avec aphasie) chez un professeur de piano. — MM. A. Souques et H. Baruk rapportent l'autopsie d'un cas d'amusie avec aphasie chez un professeur de piano. L'aphasie était très marquée, et l'amusie légère. Les lésions ont consisté en un foyer de ramollissement qui occupait, dans l'hémisphère gauche, les trois circonvolutions temporales et la substance blanche du pli courbe.

Les auteurs discutent la question du centre du langage musical, notamment de son siège. Etant donnée la rareté des faits de ce genre, étant donnée l'absence d'observation anatomo-clinique d'amusie pure, ils pensent qu'il conviendrait d'étudier l'aphasie et l'amusie chez les musiciens, de noter à l'autopsie le siège des lésions dans les cas d'aphasie sans amusie, et dans les cas d'aphasie avec amusie. En confrontant le siège des lésions dans ces deux cas, on pourrait vraisemblablement, par ce procédé indirect, à défaut d'autopsie d'amusie pure, déterminer le siège du langage musical.

Les hypertonies pyramidales ou extrapyramidales n'impriment-elles pas au métabolisme musculaire — au degré près — des variations de même sens que les contractions volontaires? — MM. J. Froment, A. Badinand et M. Chambon (de Lyon) montrent que l'hypothèse dualiste, qui donne à la contraction tonique et à la contraction clonique des substrata différents, ne paraît pas — du point de vue biochimique — correspondre à la réalité des faits.

Dans l'*hypertonie extrapyramidale parkinsonienne*, il est de règle de constater l'élévation simultanée du taux de l'élimination créatinique et du coefficient de Maillard-Lanzenberg (J. Froment, L. Velluz et R. Corajod).

Dans l'*hypertonie pyramidale cutanéo-réflexe*, le métabolisme albuminoïde et le métabolisme hydro-carboné peuvent encore être simultanément en cause, le deuxième parfois plus que le premier.

Dans l'*hypertonie pyramidale tendinéo-réflexe* enfin, l'élévation du coefficient de Maillard-Lanzenberg peut être l'expression biochimique la plus nette de la contracture.

Les variations du métabolisme musculaire, qu'entraînent d'une part la contraction volontaire (soutenue ou non), d'autre part l'hypertonie dans ses diverses modalités, semblent donc être — au degré près — des variations de même sens.

L'insuline, en atténuant les effets seconds du parkinsonisme, rétablit le taux, parfois abaissé, de la réserve alcaline. — MM. J. Froment, A. Badinand et M. Duval (de Lyon) montrent que l'insuline — en amendant l'état parkinsonien et surtout en atténuant les effets du surmenage musculaire auquel il condamne le malade — tend à ramener à la normale le taux de la réserve alcaline, dont les fléchissements, en pareil cas, ne sont pas rares, bien qu'habituellement discrets.

Cette modification de la réserve alcaline, dans un état qui comporte une acidose latente, est un nouveau témoin biochimique de l'opportunité et de l'efficacité du traitement de l'état parkinsonien par l'insuline.

Il ne saurait être question de substituer l'insuline à l'hyoscine. Il faut les associer suivant une modalité convenable, afin que ces deux médications se prêtent mutuellement main forte.

Maladie de Recklinghausen héréditaire avec destruction de la selle turcique. Paralysie horizontale du regard au cours d'un syndrome tardif d'hypertension intracranienne. — MM. L. Cornil, P. Kissel et A. Beau rappellent, à propos de ce cas, la conception que l'un d'eux défend depuis plusieurs années; celle de la parenté qui existe entre la maladie cutanée de Recklinghausen et les tumeurs du névraxe (encéphale, moelle, nerfs) ou de ses enveloppes.

Les manifestations cutanées peuvent être absentes. Elles sont souvent très discrètes, mais elles doivent toujours être recherchées soigneusement.

Syndrome bulbo-cervical subaigu, poussée terminale d'une sclérose en plaques ancienne. — MM. L. Cornil et P. Kissel. La sclérose en plaques était typique, datait de onze ans et paraissait stabilisée. Les manifestations terminales consistèrent en aphonie, troubles de la déglutition, hoquet, paralysie amyotrophique très rapidement progressive du membre supérieur droit. Ce fait doit être rapproché des myélites aiguës terminales décrites par Guillain et Alajouanine dans la sclérose en plaques.

REVUE DES THÈSES

Les Fonctions internes du rein (1), par L. JUSTIN-BEZANÇON.

Il ne s'agit pas ici seulement d'une sécrétion interne mais de l'ensemble des actions glandulaires du rein qui ne sont pas simplement l'élimination des déchets du métabolisme; ces fonctions ont pour effet la formation de substances nouvelles dans le sein du parenchyme glandulaire. Nos connaissances actuelles ne nous permettent déjà plus aucun doute sur l'importance de ces fonctions.

Leur complexité et leur intrication avec la fonction excrétrice, la nécessité de respecter autant que possible les conditions où fonctionne l'organe obligent à recourir aux méthodes les plus diverses dont les résultats doivent se recouper mutuellement.

Certaines de ces méthodes sont physiologiques. Les unes sont directes, portant sur le sang, l'urine, les liquides de perfusion; elles sont de beaucoup les plus fidèles et leur interprétation est celle qui laisse le moins de place au doute.

Il s'en faut cependant que même en leur présence d'autres méthodes perdent toute valeur : méthodes physiologiques indirectes (ligature des uretères, anastomoses uretéroveineuses, néphrectomie double, étude in vitro des autolysats et des extraits rénaux, destruction élective de certains éléments du parenchyme); méthodes histophysiologiques, celles-ci plus connues mais auxquelles l'auteur a adjoint la micrographie en lumière infrarouge. L'étude de la physiologie demande donc des capacités de chirurgien, de chimiste, d'histologiste qu'on ne peut que se féliciter de voir réunies à un tel degré chez un seul savant.

L'importance du sujet est la meilleure légitimation de telles nécessités. Dès maintenant, en effet, on doit reconnaître au rein le pouvoir de former de l'ammoniaque; d'édifier par synthèse un certain nombre d'acides, dont l'acide hippurique; d'oxyder, de déshydrater et de réduire un certain nombre de substances importantes du plasma; d'hydrolyser lipides et glucides; de détruire les corps cétoniques.

Ces fonctions sont dans l'ensemble indépendantes de la fonction excrétrice mais ne laissent cependant pas d'avoir sur l'ensemble de l'organisme un retentissement considérable et de faciliter l'excrétion des déchets du métabolisme; la question de l'existence d'hormones et de parhormones rénales n'est pas encore possible à élucider complètement malgré l'enrichissement des techniques de recherche. Le mécanisme régulateur de toutes ces fonctions semble presque exclusivement de nature humorale, mais tandis que les fonctions excrétrices semblent surtout régies par la concentration moléculaire du plasma c'est sa concentration ionique qui semble gouverner les fonctions internes.

Les remarquables photographies et les nombreux diagrammes, ainsi que l'énorme bibliographie qui accompagne cet ouvrage, n'en sont malgré leur indéniable intérêt qu'un des moindres mérites. Il faut bien plutôt savoir gré à l'auteur d'avoir su de façon aussi intéressante épuiser momentanément un sujet aussi austère; l'étendue du domaine pathologique où la continuation de semblables travaux est susceptible d'apporter plus de lumière (cf. le dernier chapitre) est à la fois la plus belle légitimation de l'ouvrage et la meilleure récompense pour son auteur.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEURS MÉDULLAIRES

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

2° RADIOGRAPHIE. — *La radiographie simple* de face et de profil de la colonne est indispensable pour éliminer les lésions osseuses.

L'examen radio-lipiodolé est encore plus important, l'arrêt de la colonne opaque ou ses déformations permettant de situer la tumeur.

Précautions : le malade n'aura pas subi de soustraction récente de liquide céphalo-rachidien. On injectera l'huile iodée par la voie haute (cervicale ou mieux, atloïdo-occipitale). Le malade sera immédiatement mis en position verticale.

L'image sera vérifiée par des radiographies en série, de jour en jour, et sous diverses incidences. On élimine ainsi les causes d'erreur : pseudo-arrêts par « cheminement lent » ou stagnation. S'il existe un *arrêt* véritable, on vérifiera sa fixité avec les mouvements (signe d'adhérence méningée).

Résultats : L'arrêt pathologique se présente soit comme un *arrêt franc*, soit comme un *égrènement*.

1. L'égrènement peut se voir en cas d'arrêt partiel; il y a alors au bout de quelques jours un culot dans le cul-de-sac sacré comme normalement. D'autres fois arrêt total sous-jacent.

2. L'arrêt franc se présente sous des formes diverses suivant la nature de l'obstacle.

Sur une épreuve de face l'arrêt « en dôme » ou « en croissant »; en biseau ou en bec de flûte sur le profil, seraient caractéristiques des tumeurs de la moelle. D'autres formes (en U, en peigne, en points) sont encore discutées et probablement liés à la pachyméningite.

Les tumeurs extradurales donneraient l'image « en tronc de cône » par refoulement de l'espace sous-arachnoïdien. L'aspect « en virgules » concentriques avec arrêt total accompagne parfois les tumeurs intramédullaires.

Tous ces aspects se retrouvent lorsqu'on procède par injection basse avec mise en position inverse.

Il nous faut enfin insister sur le fait que l'indication topographique donnée par le lipiodol n'a de valeur que pour la position du cliché, d'où le principe d'*opérer dans la position du radio-diagnostic*.

2° Période d'état ou période paraplégique.

C'est la phase où les *signes sous-lésionnels* (la paraplégie) ont pris la plus grande place dans le tableau. De ce fait, l'intervention dès lors a de moins en moins de chances de succès; on peut donc dire que l'on ne devrait voir à ce stade que les malades d'emblée inopérables.

Divers types cliniques peuvent être réalisés.

1. La PARAPLÉGIE SPASMODIQUE EN EXTENSION est de beaucoup la plus fréquente. Elle s'installe progressivement et vient compléter le syndrome radiculaire du début.

Troubles moteurs. — La marche, longtemps possible, est entravée par une raideur, une fatigabilité progressives. La démarche devient trépidante, caractéristique, c'est la démarche sautillante.

La spasmodicité augmentant encore, les membres inférieurs se mettent en flexion, adduction. Le malade marche avec des béquilles, en projetant son bassin en avant d'un côté puis de l'autre (démarche pendulaire). Puis la marche devient impossible, le malade est confiné au lit.

Les membres sont alors en extension permanente et invincible, les pieds en équinisme. Des rétractions tendino-aponévrotiques et des raideurs articulaires contribuent encore à fixer cette attitude.

Parallèlement on constate une diminution de la force segmentaire.

Troubles réflexes. — En même temps, hyperréflexie tendineuse très marquée avec polycinétisme, réflexe controlatéral, syndrome pyramidal avec clonus de la rotule et du pied. Ce dernier est régulier, égal, inépuisable, à l'opposé des faux clonus. Apparition de signes d'*automatisme médullaire* (réflexes de défense).

Les réflexes cutanés, crémastérien, anal, abdominaux sont abolis. Le *réflexe cutané plantaire* est inversé (en extension). Il peut cependant manquer en cas d'anesthésie absolue ou de paralysie de l'extension.

Troubles sensitifs. — Les troubles sensitifs très accusés consistent en anesthésie à tous les modes. L'anesthésie est à limite supérieure nette; elle peut n'être pas égale dans tous les territoires. Il arrive également qu'il s'y associe des bandes d'hypo ou d'hyperesthésie dans la zone sus-jacente à la lésion.

Troubles vaso-moteurs. — Refroidissement, sécheresse des téguments, absence de transpiration au-dessous de la lésion.

Existence du *réflexe pilo-moteur* dans la zone sous-lésionnelle; arrêt à la limite de la lésion s'il est recherché au-dessous (A. Thomas).

L'épreuve à la pilocarpine donne des renseignements identiques, la sudation s'arrêtant à hauteur de la lésion.

Troubles de la trophicité et des sphincters. — Les troubles trophiques portent sur les muscles (amyotrophies limitées ou généralisées), sur la peau, sur les articulations (raideurs hydarthroses). Les *escarres* constituent le trouble le plus évident et le plus grave.

Les sphincters sont presque toujours lésés (rétention ou incontinence).

2° La PARAPLÉGIE EN FLEXION est assez fréquente car la lésion est très localisée.

Elle se caractérise par l'attitude du malade en *triple flexion permanente*, secondairement fixée par des rétractions fibro-tendineuses et par la dissociation cutanéo-réflexe (réflexes tendineux abolis avec signe de Babinski positif).

Enfin, il existe dans cette forme des *réflexes de défense* particulièrement intenses (triple retrait avec extension de l'orteil en réponse à une excitation cutanée).

Mêmes troubles sensitifs, trophiques et sphinctériens que dans la forme précédente.

3° Certaines malades se présentent avec une PARAPLÉGIE FLASQUE : motilité, force segmentaire, réflexes sont abolis. Cet état peut être persistant (mauvais pronostic) ou transitoire, n'être qu'une forme de passage à la spasmodicité.

ÉVOLUTION

Les malades sont donc alors des grabataires, amaigris et cachectiques.

La *mort* est le fait, soit d'une complication infectieuse (broncho-pneumonie, tuberculose), soit de l'infection urinaire ascendante ou d'une infection cutanée (escarres).

La chirurgie, ne pouvant plus rien sur les *lésions réactionnelles*, est vouée à un échec certain.

FORMES CLINIQUES

A. **Symptomatiques.** — Forme hyperspasmodique (Foix). — Se caractérise par des spasmes toniques d'extension spontanés ou provoqués, et des phénomènes d'automatisme médullaire très accusés, signes inhabituels dans la paraplégie spastique commune.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 29, p. 554.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Les Psychoses évitables, par le docteur Marcel Nathan, ancien chef de clinique de la Faculté, ancien interne des hôpitaux. Bibliothèque des Connaissances médicales dirigée par le docteur Apert. In-18 jésus. — Prix : 12 fr. — Paris, E. Flammarion.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Bloch et Ameline.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Un concours pour six places d'interne des hôpitaux du Havre aura lieu le 5 mai 1930, à l'hospice général du Havre. Le nombre des places mises au concours pourra, le cas échéant, être augmenté.

Les inscriptions seront reçues à la direction des hospices civils du Havre jusqu'au 30 avril inclus.

ADMISSION AU CONCOURS. — Pour être admis au concours, les candidats devront produire les pièces suivantes à la direction des hospices, en même temps que leur demande d'inscription : 1° expédition de l'acte de naissance; 2° pièce justificative de la qualité de Français; 2° extrait du casier judiciaire; 4° certificat de revaccination; 5° certificat de douze inscriptions au minimum prises dans une faculté ou école de médecine de l'Etat; 6° engagement écrit de se conformer au règlement des hôpitaux du Havre, ainsi qu'aux décisions ultérieures qui pourraient être prises par la Commission administrative; 7° (facultativement) titres et certificats d'ordre scientifique et professionnel.

Ces pièces seront soumises avant le concours à la Commission administrative qui pourra écarter les candidats dont les certificats ne lui paraîtraient pas suffisants.

Les candidats admis à concourir seront convoqués par lettre individuelle en temps opportun.

EPREUVES. — Les épreuves du concours sont les suivantes :

Epreuves écrites : 1° rédaction de deux observations de malades, l'une de médecine, l'autre de chirurgie.

Dix minutes seront accordées pour l'examen de chacun des malades; la rédaction de ces deux observations ne devra pas dépasser une heure.

Epreuves orales : 2° deux questions dites de garde.

Il est accordé dix minutes pour traiter les deux questions après dix minutes de réflexion à huis clos.

Chacune de ces quatre épreuves sera notée de 0 à 20.

A la suite du concours, le jury présentera une liste d'admissibilité par ordre de classement; pour être déclaré admissible, un minimum de 40 points sera nécessaire.

NOMINATION, SERVICE ET TRAITEMENT. — Les internes seront nommés par la Commission administrative, dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Ils entreront de suite en fonctions.

Les internes assurent les divers services hospitaliers, conformément au règlement et selon les besoins déterminés par la Commission administrative.

Les internes sont logés, nourris, chauffés, éclairés et blanchis dans l'hôpital où ils font leur service.

Ils reçoivent, en outre, un traitement annuel de 3.600 fr. et une participation aux recettes du service chirurgical externe.

Le règlement du concours et le règlement des hôpitaux sont à la disposition des intéressés, à la direction des hospices, à l'hospice général du Havre.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Pares (de Rivesaltes).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Germont (de Wassy), Gigante (de Sainte-Florine), Joanny (de Paris), Le Corre (de Lesneven), J.-J.-L. Régis (de Paris), Trombert (de Saint-Julien-en-Genevois).

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Fouchon-Lapeyrade, conseiller général de la Gironde.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Commandeur du Phénix de Grèce. — M. le professeur Gougerot (de Paris).

MARINE. — Sont nommés :

Membre du Conseil supérieur de santé : M. le médecin en chef de 1re classe Bellet, chef du Service de santé à Lorient, en remplacement de M. le médecin général Oudard, appelé à d'autres fonctions.

Chef du Service de santé à Lorient : M. le médecin en chef de 1re classe Bellot, chef des services chirurgicaux à l'hôpital maritime de Cherbourg, en remplacement de M. Bellet.

Chef du Service de santé à Rochefort : M. le médecin en chef de 1re classe Merleau-Ponty, du port de Toulon, en remplacement de M. Faucheraud, promu médecin général et placé dans la 2e section (réserve).

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le *Journal officiel* du 13 avril publie un décret relatif à l'organisation du Service de santé des troupes coloniales.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 12 avril publie deux arrêtés relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 15 fr.

Pour les médecins spécialisés ce prix est de 20 fr. avec augmentation de l'indemnité de déplacement de 2 fr. par visite dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — L'Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme s'est tenue le 2 avril 1930 au Musée Social, sous la présidence du professeur Labbé.

Un grand nombre d'adhérents de Paris et de Province avaient répondu à la convocation.

Après une allocution du président qui a exposé les divers problèmes que la Ligue a eu à résoudre dès le début de sa fondation, l'Assemblée a entendu et approuvé les rapports du secrétaire et du trésorier.

La Ligue française contre le rhumatisme s'occupe de coordonner le fonctionnement des consultations et des services hospitaliers spécialisés pour le diagnostic et le traitement des maladies rhumatismales.

Elle collabore à la rédaction d'un périodique international consacré aux maladies rhumatismales et qui paraît en Hollande sous le nom *Acta Rheumatologica.*

Elle est représentée au Congrès de la Ligue Internationale par des membres du Conseil et par des rapporteurs, sur les questions scientifiques.

La Ligue française contre le rhumatisme constituera une bibliographie aussi complète que possible des articles et ouvrages concernant les maladies rhumatismales.

Au cours de cette Assemblée générale, cinquante nouveaux membres ont été admis.

La séance administrative a été suivie de la première séance scientifique, tenue par la Ligue française contre le rhumatisme.

Les questions suivantes ont été exposées :

Professeur Etienne : Myocardites rhumatismales aiguës essentielles.

Professeur Gaujoux : Rhumatisme et syphilis.

Docteur M. P. Weil : La Calcémie dans le rhumatisme.

Docteur Léri : Le Rhumatisme blennorragique.

Les comptes rendus de ces communications sont publiés d'autre part.

Consultations spéciales pour les maladies rhumatismales, patronnées par la Ligue française contre le rhumatisme.

A Paris. — Hôpital Saint-Antoine : docteur M. P. Weil, le mardi; hôpital Broca : docteur Weissenbach, le mercredi à 9 h.; hôpital Cochin : docteurs Coste, Forestier, Lacapère, lundi et vendredi; hôpital Saint-Louis : docteur Léri, le mardi; hôpital Necker : docteur Hagueneau; consultation : mercredi; traitement : mardi et samedi.

A Aix-les-Bains. — Hospice de la Reine Hortense : docteur F. Françon (d'avril à décembre), docteur J. Forestier (d'avril à octobre); laboratoire Lord Revelstoke : docteur Gerbay.

La présente liste a été établie d'après les renseignements fournis par les médecins intéressés et sera complétée par la suite, à mesure que des renseignements parviendront au Secrétariat-Trésorerie : 51, rue Bonaparte, Paris (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Barbeau (de Seilles, Belgique), Emile Dury (de Liége), Ranwez (de Namur), Bézian père (de Cujan-Mestras).

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF SOUS-DIAPHRAGMATIQUE ET DES GLANDES ANNEXES. — Un cours complémentaire, sous la direction de M. le professeur agrégé Raymond Grégoire, et avec la collaboration de MM. les docteurs Okinczyc, professeur agrégé; Desplas, Huet, Oberlin, Michon, Sénèque, chirurgiens des hôpitaux; Porcher, chef de laboratoire de radiologie, et Meillère, prosecteur, aura lieu du 28 avril au 8 mai 1930, à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (Ve).

I. Des conférences de thérapeutique chirurgicale auront lieu chaque jour, à l'amphithéâtre, de 16 h. 1/2 à 17 h. 1/2.

II. Un cours de technique chirurgicale, portant sur la chirurgie du tube digestif et des glandes annexes, aura lieu chaque jour, à 14 h., du lundi 28 avril au jeudi 8 mai, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il sera fait par le docteur Jean Meillère, prosecteur. (Pour le programme, consulter l'affiche spéciale.)

S'inscrire à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (Ve).

COURS DE THALASSOTHÉRAPIE. (LIDO-VENISE, du 4 au 15 mai 1930, à l'hôpital Marin.) — Programme :

Professeurs ordinaires : professeur G. Ceresole : Climatologie et thalassothérapie générale.

Professeur de Francesco : La chirurgie dans la thalassothérapie.

Professeur F. Delitala : L'orthopédie dans la thalassothérapie.

Docteur L. Magni : La médicine dans la tallassothérapie.

Conférenciers : sen. professeur Giordano, sen. professeur Maragliano, professeurs Bertino, Casagrandi, Crestani, Truffi, Giorgi, de l'Université de Padoue; Cattaneo, de l'Université de Milan; Ruata, Putti, Paoloni, Eredia, Vitali.

Taxe d'inscription : 50 lires.

Pour informations et inscriptions, s'adresser au directeur de l'Ecole professeur G. Ceresole, Lido-Venise.

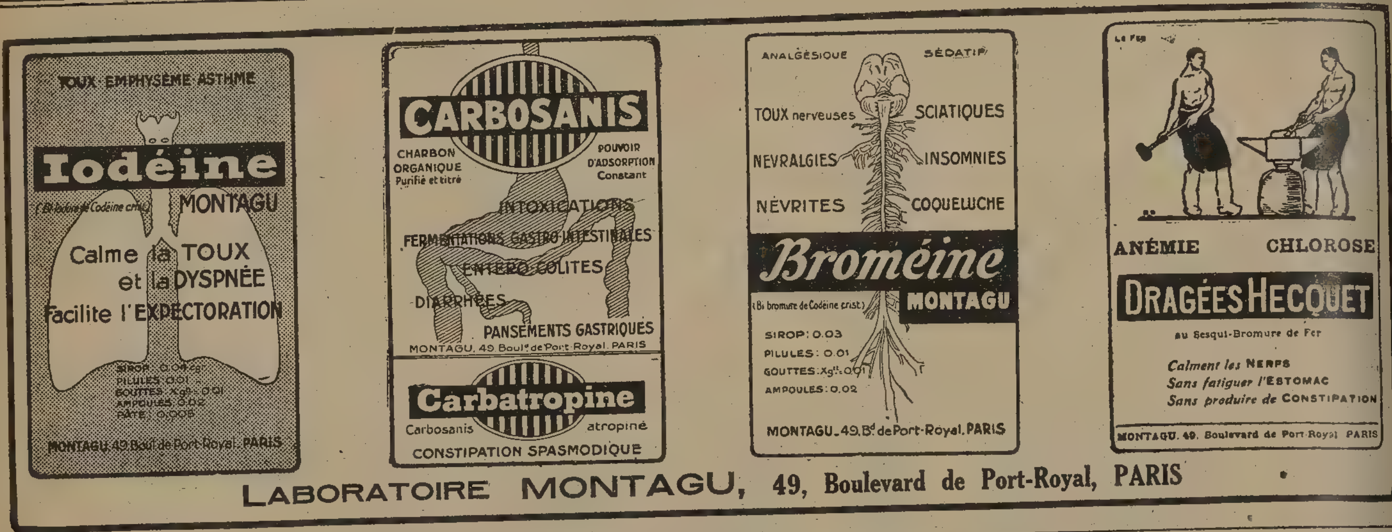
NOTES DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir) ; interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).


TOUX EMPHYSÈME ASTHME
Iodéine
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS
CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE
Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION
Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
MONTAGU, 49 Boul. de Port-Royal, PARIS
Carbatropine
Carbosanis
atropine
CONSTIPATION SPASMODIQUE
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF
TOUX nerveuses
SCIATIQUES
NEVRALGIES
INSOMNIES
NÉVRITES
COQUELUCHE
Broméine
MONTAGU
SIROP: 0.03
PILULES: 0.01
AMPOULES: 0.02
MONTAGU_49, Bd de Port-Royal, PARIS
ANÉMIE
CHLOROSE
DRAGÉES HECQUET
au Sesqui-Bromure de Fer
Calment les NERFS
Sans fatiguer l'ESTOMAC
Sans produire de CONSTIPATION
MONTAGU, 49, Boulevard de Port Royal PARIS
LABORATOIRE MONTAGU, 49, Boulevard de Port-Royal, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

UN SIÈCLE D'OPHTALMOLOGIE EN ALGÉRIE

Par M. A. CANGE,
Professeur de clinique ophtalmologique à l'Université d'Alger,
Lauréat du Val-de-Grâce.

L'histoire de l'ophtalmologie en Algérie, au cours du dernier siècle, peut être divisée en trois périodes.

I. **Période du début de la conquête. Les ophtalmies catarrhales.** — Les chirurgiens militaires français qui, à partir de 1830, débarquèrent en Algérie connaissaient certainement, autant que le permettait alors l'état de la science, l'ophtalmie qui, au commencement du siècle, avait sévi sur les troupes françaises et anglaises lors de leur séjour en Egypte et qu'elles avaient, disait-on, importée en Europe et communiquée ensuite aux autres armées et à la population civile. Ils n'ignoraient pas davantage les controverses passionnées que soulevaient déjà les questions relatives à son origine, à sa nature et à sa transmissibilité. D'ailleurs, l'ophtalmie avait été rangée par le Comité technique de santé parmi les affections dont le caractère épidémique pouvait menacer l'état sanitaire de nos troupes et compromettre éventuellement le succès des opérations militaires.

De fait, l'attention des officiers de santé devait être aussitôt attirée et sur l'existence de l'ophtalmie et sur le problème de ses relations avec « l'ophtalmie d'Egypte ». Baudens nous a appris que la poussière soulevée par le vent détermina chez nos soldats, à peine débarqués dans la presqu'île de Sidi-Ferruch, l'irritation de leurs conjonctives et provoqua « une foule d'ophtalmies légères » dont quelques-unes prirent même « un caractère très fâcheux ». Dans la suite, ainsi que nous l'indiquerons plus loin, l'ophtalmie se manifesta, à plusieurs reprises, sous la forme d'épidémies importantes et de nature parfois alarmante.

D'autre part, le problème de sa parenté avec l'ophtalmie égyptienne devait aboutir à deux conceptions opposées : celle de leur identité d'une part (Carron du Villars, Fl. Cunier), celle de leur différence d'autre part. Ce fut cette dernière qui prévalut finalement dans l'esprit de nos médecins militaires influencés, sans doute, dans leur appréciation, par les idées de Furnari que le ministre de l'Instruction publique avait, en 1842, chargé d'une mission oculistique en Algérie.

Donc, l'ophtalmie d'Algérie fut considérée comme une affection distincte de l'ophtalmie d'Egypte, n'ayant avec elle d'autre caractère commun que celui de naître et de se développer sur le même continent, sous la même latitude et sous l'influence des mêmes conditions climatériques et atmosphériques. Encore, fallait-il justifier la distinction établie et indiquer les éléments essentiels sur lesquels on se basait pour faire de ces deux ophtalmies deux entités morbides distinctes.

1° L'ophtalmie d'Algérie, prétendit-on, de caractères et de pronostic bénins ne présentait ni l'allure bruyante ni l'évolution redoutable propres à l'ophtalmie d'Egypte.

2° L'ophtalmie d'Algérie s'accommodait fort bien de la coexistence d'autres maladies infectieuses, qui tels le typhus, le choléra, la dysenterie, les fièvres intermittentes, le scorbut avaient la propriété, pensait-on, d'entraver le développement de l'ophtalmie d'Egypte (Larrey, Vlemincks, Alexander, Van-Hamon, Seidl, Fallot et Varlez, Decondé, etc.).

3° Un argument plus important fut la non contagiosité de l'ophtalmie d'Algérie opposée à la contagiosité de l'ophtalmie d'Egypte dont la notion avait fini par s'imposer même aux esprits les plus irréductibles.

4° Enfin, on invoqua l'absence de granulations conjonctivales.

Eh bien, aucun des arguments invoqués par les dualistes ne pouvait résister à la critique d'un observateur érudit et impartial.

A. D'abord, la croyance à une malignité spéciale à l'ophtalmie d'Egypte était infondée. Si l'épidémie de l'an VI (automne 1798) avait été particulièrement sévère, celle de l'an IX (printemps 1801) fut, aux dires même de Larrey, remarquablement bénigne; et Assalini nous a rapporté que sur 2.000 malades soignés par lui aucun n'a perdu la vue; il n'y eut que l'abbé Elias, interprète, homme âgé, qui conserva, sur une cornée, une taie qui l'empêcha de voir de cet œil. Le célèbre mémoire de Larrey, partout invoqué, rédigé dès le début de la campagne, lui avait été inspiré par l'observation des cas dramatiques et graves. Mais d'autres médecins de l'expédition, Bruant, Savaresi, Assalini, et surtout C. Frank ont au contraire longuement insisté sur les formes légères, ambulatoires, « asthéniques » de l'affection. D'autre part, l'ophtalmie d'Algérie fut loin de comporter toujours une terminaison heureuse. Guyon, chirurgien en chef de l'Armée d'Afrique, nous apprend qu'en 1839 il y eut à l'hôpital de Constantine 28 hommes atteints d'ophtalmie « à un haut degré » et que l'un d'eux a perdu la vue. Lodibert, à Philippeville, avait noté que 2 à 3 p. 100 des malades européens ont eu des taches sur la cornée et « qu'en ville il y eut quelques yeux de perdus ». A Guelma, Donzel avait eu l'occasion d'observer un grand nombre d'ophtalmies, tant parmi les civils que parmi les soldats, « presque toutes fort graves et de nature blennorragique avec perte de l'œil. »

Bref, l'ophtalmie dite égyptienne n'était ni constamment ni obligatoirement bruyante et grave; l'ophtalmie dite algérienne n'était ni toujours, ni forcément atténuée et bénigne; et cette double constatation enlevait toute valeur aux caractères distinctifs empruntés à la symptomatologie et au pronostic.

B. L'argument tiré des coexistences ou des antipaties morbides devait également être infirmé par une observation plus attentive et plus judicieuse des faits. Dès 1839, Beylot avait constaté que « les accès que présente l'ophtalmie cèdent au sulfate de quinine » et il avait noté « la coïncidence de l'arrivée de l'ophtalmie avec la disparition d'une fièvre intermittente ou vice versa »; mais il appartenait à Rollet de ruiner définitivement la valeur de l'argu-

ment invoqué en faisant valoir « qu'en Algérie la fièvre domine toute la pathologie » et que l'ophtalmie affection à recrudescence saisonnière se montre surtout pendant la période des fièvres.

C. Nul argument ne pouvait davantage impressionner les esprits que celui de la non contagiosité de l'ophtalmie d'Algérie, surtout à une époque où la notion de la contagiosité de l'ophtalmie des armées — assimilée par la majorité des auteurs à l'ophtalmie égyptienne — recueillait la presque unanimité des suffrages. C'est l'opinion que développèrent dans leurs thèses nos jeunes officiers de santé : Janin (Paris, 1848), Roustan (Montpellier, 1851), Dziewonski (Montpellier, 1852), etc... Et cependant des faits éloquents témoignaient en faveur de la contagiosité de l'ophtalmie d'Afrique. Ainsi, en 1839, dans la salle des blessés de l'hôpital militaire de Constantine (81 lits) étaient traités une vingtaine d'ophtalmiques, lorsqu'y arrivèrent des soldats venant des camps ou des colonnes expéditionnaires : « plus ou moins tard après leur entrée, un grand nombre d'entre eux étaient aussi atteints d'ophtalmie ». Donc, voilà un exemple net de contagion hospitalière; mais Deleau, anticontagionniste à outrance, en donna une explication toute différente : « ces hommes venaient d'être exposés aux causes qui avaient donné lieu à cette affection chez les premiers malades. » Bref, c'est par l'action des mêmes causes agissant simultanément sur un grand nombre d'individus placés dans les mêmes conditions et subissant les mêmes influences — autrement dit par *infection* — que les médecins de cette époque expliquaient les explosions épidémiques.

Sur ce point encore, Rollet refusa de s'incliner devant la doctrine officielle. Fort de ses observations personnelles recueillies en Algérie même, il n'hésita pas à affirmer la contagiosité de cette ophtalmie, fondant son opinion sur : 1° la contamination à très peu d'intervalle (trois à huit jours), de personnes vivant en commun et faisant usage des mêmes linges; 2° la contamination des enfants en bas âge, et surtout des enfants à la mamelle, par leurs mères infectées « surtout quand elles allaitent » car alors « elles communiquent infailliblement la maladie à leur nourrisson »; 3° enfin, le passage de la maladie de l'œil malade à l'œil sain.

D. Décrit au siècle précédent par Saint-Yves et par Janin, l'état granuleux des conjonctives était tombé dans un oubli complet et l'on demeure surpris qu'il n'en ait été fait mention par aucun des médecins, français ou anglais, de l'expédition d'Egypte. Il en fut de nouveau question à l'occasion de l'ophtalmie des armées après que les travaux de Vetch (1807), de W. Adams (1813), de Canstatt, de Muller et d'Alexander, et surtout ceux de Bürkardt-Eblé et de Jüngken (1834) eurent rappelé sur lui l'attention des cliniciens. Les divers problèmes soulevés par les « granulations » se trouvaient donc en discussion au moment même de la conquête de l'Algérie et les opinions les plus contradictoires étaient soutenues sur leur nature. Furnari lui-même ne les attribuait-il pas à « l'hyperhémie des follicules mucogéniques plus connus sous le nom de corps papillaire (?!) ». Quoi qu'il en soit, et c'est le fait important à retenir, il ne semble pas que des granulations *véritables* aient été observées sur nos soldats. A ce sujet, si les affirmations de nos officiers de santé sont peut-être discutables, on ne saurait, par contre, contester l'exactitude des investigations négatives faites par Decaisne, médecin militaire belge, fort au courant de ce genre d'altérations qui examina les conjonctives des hommes du corps expéditionnaire après leur rapatriement (1).

Avant de poursuivre l'étude de cette période ophtalmologique, deux remarques s'imposent : c'est d'abord l'influence désastreuse qu'eurent finalement sur l'opinion médicale algérienne les idées développées par Furnari. Il est juste de reconnaître toutefois que, dès cette époque, des esprits avisés et clairvoyants eurent le courage de reconnaître et d'en proclamer les erreurs. Rollet lui reprocha « de n'avoir visité qu'un nombre très restreint de localités et de s'être contenté parfois de renseignements un peu vagues ». Soumis par le ministre de la Guerre à l'appréciation du Conseil de santé des armées, le travail de Furnari fut jugé sévèrement comme ne présentant pas « toute l'exactitude et la précision désirables » et son auteur dut subir le reproche amer, mais justifié, « d'avoir parfois substitué ses souvenirs et sa pratique d'Europe à l'observation de l'Afrique ». Cuignet devait être plus mordant encore. « Que penser, écrivait-il, d'un médecin en réputation, du docteur Furnari, spécialiste et chargé de mission, venant ici chercher et examiner des ophtalmies et déclarant, après quelques mois de séjour, que la maladie oculaire du pays n'est pas la granuleuse. Je ne sais comment expliquer cette erreur vraiment monstrueuse. » D'autre part, nos officiers de santé eurent le tort de ne s'occuper presque exclusivement que des formes franchement inflammatoires accompagnées de sécrétions. Ils négligèrent longtemps les ophtalmies chroniques qui sévissaient dans le milieu indigène, même après que les circonstances en auraient rendu l'étude possible et fructueuse, ce qui leur eût permis de dépister et de reconnaître le trachome véritable et à l'état pur. Ils furent cependant excusables dans une large mesure : d'abord, la vie des étapes et des camps n'était guère propice à des investigations scientifiques; puis, leur attention devait être attirée par d'autres maladies dont les épidémies alarmantes et graves les astreignirent à un labeur écrasant. Enfin, le problème des granulations était loin d'être résolu et en était encore à la période de confusion.

Cependant, en Europe même, deux notions capitales allaient successivement se faire jour : 1° il n'y a pas d'ophtalmie spéciale à l'Egypte, mais il y a en Egypte des ophtalmies de nature différente; 2° dans l'ophtalmie d'Egypte, on englobait plusieurs entités nettement définies parmi lesquelles : l'ophtalmie blennorrhagique, l'ophtalmie catarrhale, le trachome. Et alors se posait, pour l'ophtalmie observée en Algé-

(1) Rentrèrent en France, avec des conjonctives également indemnes, les 25.000 hommes envoyés en Algérie pour réprimer l'insurrection de 1871. (Méd. maj. Mathis.)

rie, la question de savoir si ces diverses affections y étaient représentées et dans quelles proportions.

1° On ne saurait y mettre en doute l'existence de l'ophtalmie blennorrhagique. Quelques faits de conjonctivites purulentes terminées par la perte d'un œil ou par la cécité complète relevaient vraisemblablement d'une infection par le gonocoque.

2° L'immense majorité des ophtalmies observées pendant cette première période furent des manifestations de l'ophalmie catarrhale plus précisément encore de la conjonctivite weeksienne dont elles présentaient les caractères principaux, savoir : *a.* la tendance aux épidémies massives, *b.* les exacerbations saisonnières, *c.* la gravité variable suivant les épidémies. Aux quelques relations reproduites par Furnari (Constantine, Philippeville, Alger, Guelma, 1839-1840), on peut ajouter celles signalées par Bertherand, de 1847 à 1850, dans des localités très éloignées les unes des autres, dans la province de Constantine comme aux confins du Maroc, sur le littoral comme dans l'intérieur des terres et jusqu'aux régions sahariennes On peut citer encore les épidémies qui à plusieurs reprises ont sévi à Biskra (1844.46.47) et dont nous devons la connaissance aux travaux de Beylot, Bédié, etc... D'ailleurs, tous les auteurs avaient attiré l'attention « sur le grand nombre d'individus affectés à la fois », ainsi que sur cette autre considération « que les épidémies semblent suivre dans leur invasion le mouvement continuel de la température ». Ces caractères ont été d'ailleurs retrouvés de nos jours par Sagrandi et surtout par Foley, dont les investigations bactériologiques lui ont permis de déterminer et de préciser le rôle respectif des divers agents microbiens dans ces offensives périodiques.

3° Le trachome fut d'apparition ou d'observation beaucoup plus tardive; et, sur ce point, une précision s'impose immédiatement. Bien certainement le trachome existait en Algérie antérieurement à la conquête française; il sévissait depuis des siècles, à l'état endémique, dans la masse indigène; il n'était pas rare, non plus, chez les étrangers que leurs affaires et les transactions commerciales obligeaient à résider en Afrique du Nord. Et cependant il épargna les troupes françaises qui, nous l'avons vu, rentrèrent en France sans avoir contracté la maladie; il en fut de même des civils « transportés » qui n'ayant pu s'acclimater furent rapatriés avec leurs conjonctives indemnes. En réalité, et nous allons l'établir, le trachome ne devait se montrer dans la population européenne et ne devait s'y développer dans des proportions inquiétantes qu'avec les progrès de l'immigration et de la colonisation.

II. **Période d'organisation de la conquête. Le trachome.** — Assuré désormais de la protection de nos armes, un courant ininterrompu d'immigration, développé surtout à partir de 1848, allait déverser sur la terre algérienne des éléments hétéroclites venus de diverses contrées et appartenant à tous les milieux sociaux, Donc, la population se trouva composée, d'abord et pour la plus noble part, de l'armée et de ses services avec leur personnel militaire et civil. Mais l'armée apporte toujours avec elle l'inévitable cohorte d'exploiteurs qui, inséparables des troupes en campagne, se mobilisent et se fixent tour à tour avec elle : marchands de vin, vendeuses d'amour, trafiquants de toutes sortes, mercantis de tout acabit, ce que Kléber, dans une lettre à Berthier, lors de la campagne d'Egypte, qualifiait déjà « d'innombrable vermine qui suit les armées, comme les requins suivent les vaisseaux et à laquelle on ne saurait donner de nom ». Puis accoururent les indésirables de toutes les nations cherchant, en pays neuf, à se refaire une virginité, ceux qu'attiraient l'appât du lucre et l'ambition de faire rapidement fortune, ceux aussi pour qui la patrie est la terre où l'existence est facile et fructueuse : *ibi bene ibi patria*! Il y eut aussi, et fort heureusement, les colons véritables, les fonctionnaires et leurs familles, etc... Sur ces premiers arrivants, sur leur origine, leurs aptitudes, leurs mœurs, leur mentalité, nous possédons des renseignements précieux recueillis sur place et aussitôt consignés dans les *Essais* ou *Notices de topographie médicale* que nos officiers de santé ont rédigés des localités occupées par nos troupes; faute de place nous ne pouvons y insister.

Ces événements, il faut le proclamer tout de suite, ne furent pas particuliers à l'Algérie, ils se sont également produits — et sur une échelle plus vaste encore — pour divers états de l'Amérique (Etats-Unis, République Argentine, Brésil). Mais il était indispensable de les souligner, parce qu'ils projettent une vive lumière sur l'éclosion en Algérie de certains foyers de trachome, sur la diffusion de la maladie qui en a été la conséquence, et qu'ils ont eu, là comme ici, la même désastreuse influence.

Ce fut le grand mérite du médecin militaire Cuignet d'avoir reconnu le mal, d'en avoir précisé les caractères et d'en avoir signalé le danger envahissant. Il proclama d'abord « cette vérité grande et simple que les maladies oculaires, en Algérie, se résument, pour les 90 p. 100 des cas, dans l'envahissement de la muqueuse conjonctivale et quelquefois bulbaire par un produit spécifique appelé *granulation* ». Appelé à exercer à trois reprises différentes l'ophtalmologie en Algérie, il en avait constaté l'extension croissante : « il y a près de vingt ans, écrivait-il en 1865, nulle part je n'avais trouvé les maladies oculaires établies parmi nos colons et encore moins parmi nos soldats. Les indigènes seuls offraient ce que l'on pourrait appeler, à juste titre, l'endémie oculaire; mais aujourd'hui, elle s'est infiltrée et établie au sein des populations; je ne sais pas s'il est une seule ville, un seul poste, un seul village, un seul groupe européen qui n'en souffre à un degré vraiment affligeant. »

De fait, une particularité, bien mise en relief par Cuignet, résidait dans une inégale répartition de la conjonctivite granuleuse dans le milieu militaire et dans la population civile. Alors que celle-ci se trouvait, de par la contagion, affectée dans une proportion notable et toujours grandissante, celui-là en demeurait manifestement préservé. Des changements fréquents de résidence, la limitation des rapports avec l'élément indigène et la population civile, une surveillance sanitaire rigoureuse, telles étaient,

d'après lui, les raisons de la préservation de nos troupes. La preuve, il la trouvait dans ce fait que le trachome ne pénétra d'abord que dans certaines catégories de militaires (sous-officiers, caserniers, cantiniers, gendarmes) vivant en famille, exposés à des contacts prolongés avec des domestiques immigrées et dont les enfants avaient été contaminés par leur fréquentation scolaire. Pour les mêmes raisons, des hommes demeurés indemnes pendant toute la durée de leur présence sous les drapeaux avaient contracté la maladie après leur libération du service et leur affectation à des emplois civils ou à des situations sédentaires dans les douanes, les postes, etc. Il avait surtout signalé le rôle considérable, dans la propagation des granulations, « des petites bonnes espagnoles que l'on prend à l'âge de quatorze à dix-huit ans pour porter et surveiller les enfants ; ce sont elles qui ont contaminé le plus grand nombre de familles de la petite bourgeoisie qui les prennent par économie ». Il fallait, disait-il, « les fuir comme la peste » ou ne les engager qu'après un examen préalable de la face interne de leurs paupières.

Au trachome qui sévissait en Algérie, Cuignet reconnut une double origine : 1° l'endémie oculaire des indigènes chez lesquels la maladie est une « *habitude* » ; 2° le trachome apporté par les immigrants italiens, espagnols et maltais, véritable *trachome d'importation*. Ce fut au trachome d'importation que Cuignet attribua le rôle prépondérant dans la dissémination de la maladie. Déjà, avant la conquête française, un certain nombre de ces étrangers atteints d'ophtalmie granuleuse avaient pris pied sur le continent africain, mais ils y vivaient à l'état isolé ou réunis en agglomérations restreintes. Après notre occupation ils abordèrent en foule ; la plupart d'entre eux étaient notoirement infestés de trachome, et ceux qui ne l'étaient pas ne pouvaient manquer, étant données leurs conditions d'existence, de devenir une proie facile pour la contagion. Ainsi se constituèrent des foyers trachomateux intenses ; toutefois, ceux-ci restèrent circonscrits et, à ce moment encore, le mal ne se dissémina pas. Cuignet qui, à deux reprises différentes et à plusieurs années d'intervalle, avait été appelé en Algérie et qui, de 1851 à 1853, avait assuré le service médical de villages de création récente et composés surtout de familles françaises, déclarait, à cette époque, n'avoir pas eu à soigner, dans ces localités, un seul cas d'ophtalmie granuleuse, soit chez les enfants, soit chez leurs parents. *Ainsi, en 1853, le trachome n'existait pas dans nos villages purement français de 1848, alors qu'il sévissait intensément dans des centres agricoles voisins peuplés d'étrangers originaires des rivages de l'Espagne, de l'Italie et des îles méditerranéennes* (*Malte*, *Sicile*, *Baléares*). Quand, en 1865, Cuignet revint pour la troisième fois « tout était envahi, villes, villages et hameaux, colons français tout aussi bien que les colons espagnols, italiens ou maltais, enfants, adultes et vieillards ». Que s'était-il passé ? Ces diverses agglomérations n'étaient pas demeurées hermétiquement fermées ; elles s'étaient ouvertes les unes aux autres ; elles s'étaient pénétrées réciproquement et mêlées de plus en plus intimement grâce à des relations d'affaires, d'individus, de familles. Des établissements d'instruction ou de bienfaisance, des crèches et des écoles réunissaient et confondaient, sans distinction d'origine, les divers enfants, sains ou contaminés, dont le rôle important dans la dissémination du mal était déjà affirmé « parce qu'ils sont les plus aptes à le recevoir et à le communiquer ». Puis la délivrance de titres de propriété avait amené des ventes libres, des échanges de terres et de maisons qui avaient permis à des étrangers contaminés de pénétrer dans des localités jusque-là préservées. Introduit dans la place, le trachome allait donc s'installer et se répandre dans les foyers français.

Quant au trachome indigène il ne jouait alors, dans la dissémination de la maladie, qu'un rôle secondaire. Il est, en effet, certain qu'au début de la conquête il ne se communiqua ni à l'armée, ni même à la population civile. Les relations entre les conquérants et les vaincus étaient alors rares et distantes et partant peu favorables à la propagation et à la diffusion dans le milieu européen de la maladie oculaire indigène. Pourtant, bien avant les investigations de Morax et Lakah sur les enfants européens abandonnés d'Alexandrie, Cuignet avait signalé l'existence de « fissures » et le péril résultant « de l'habitude prise par l'assistance de la petite enfance et par quelques mères en service de donner des enfants européens en nourrice à des femmes mauresques dont beaucoup sont granuleuses ». Mais, d'une façon générale, Cuignet considérait l'élément indigène comme irréductible, insensible aux bienfaits de la civilisation occidentale, réfractaire à tout rapprochement, hostile à toute coopération avec l'élément européen. Depuis, la situation a bien changé ; les indigènes se sont rapprochés de nous et se sont mêlés de plus en plus à notre vie nationale, économique et domestique ; même, mais plus lentement et partiellement, le milieu indigène s'est ouvert à l'élément français : nombreuses aujourd'hui sont les filles-mères qui dissimulent dans des taudis maures le fruit d'une défaillance passagère ou d'une confiance désabusée ; nombreux aussi les foyers de contrebande qui, par crainte ou par calcul, abandonnent leurs nourrissons à l'allaitement mercenaire de femmes indigènes ; c'est sur elles encore que se déchargent du soin de garder et d'élever leurs enfants bien des ménages modestes, au budget obéré, dont les parents sont tous deux astreints au labeur quotidien. De sorte que le trachome de provenance indigène peut revendiquer un rôle de plus en plus important dans le développement du trachome en Algérie.

Ce n'est pas tout encore, Cuignet avait voulu établir l'origine de cette ophtalmie. Le trachome autochtone, celui de la masse indigène était évidemment de date fort ancienne et sévissait en Algérie de temps immémorial. Le trachome d'importation fut rattaché par lui à l'ophtalmie que les troupes françaises et anglaises avaient contractée en Egypte et communiquée ensuite aux populations des rives septentrionales de la Méditerranée. Sur ce point, l'opinion de Cuignet se trouvait en opposition formelle avec la conception exprimée par Eschricht à la suite d'un

voyage d'études dans l'Afrique du Nord ainsi que sur tout le territoire hispano-portugais, et d'après laquelle l'ophtalmie qui sévissait dans la péninsule ibérique remonterait incontestablement à l'invasion musulmane, des VIIe et VIIIe siècles. Ainsi, même le trachome d'importation serait un trachome d'origine musulmane, mais pour ainsi dire de « seconde main », colporté cette fois par l'intermédiaire d'Européens contaminés. La thèse développée par Eschricht, adoptée par Sulzer, fut combattue par Decondé; celui-ci fit observer que l'ophtalmie avait été particulièrement répandue dans des régions qui, telles la Catalogne et les Iles Baléares, souffrirent le moins et pendant le moins de temps de l'occupation arabo-maure, alors qu'elle avait été plutôt rare en Andalousie qui subit plus longtemps la domination des Khalifes. Mais il est probable que Decondé et Eschricht n'ont pas envisagé les mêmes maladies : celui-ci s'étant plus particulièrement intéressé aux formes chroniques de l'ophtalmie granuleuse et au trachome véritable, alors que celui-là a eu surtout en vue toutes les variétés de « l'ophtalmie d'Egypte ».

Ce serait méconnaître le côté le plus noble de l'œuvre de Cuignet que de ne pas rappeler ici ce qu'il a fait comme clinicien et comme éducateur. Une instruction du ministre de la Guerre, du 5 novembre 1862, avait prescrit que l'ophtalmologie figurerait désormais dans le programme des études de l'*Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires*, et que des conférences seraient faites dans les principaux centres hospitaliers afin d'initier les médecins de l'armée à l'usage de l'ophtalmoscope devenu réglementaire. Bien entendu, Cuignet se trouva tout désigné pour remplir cette mission auprès des médecins de la Régence d'Alger. Il comprit tout de suite qu'en Afrique du Nord son rôle ne devait pas se borner à l'examen des affections des membranes profondes, et qu'il y avait une importance majeure à s'intéresser et à intéresser les autres à l'étude des maladies des membranes superficielles et en particulier de l'ophtalmie granuleuse. Afin de développer son enseignement, il obtint de ses chefs que les militaires atteints d'affections oculaires seraient concentrés dans une division spéciale dont il assura la direction. Puis, pour se procurer un matériel d'observation plus abondant et plus varié, il décida d'ouvrir une consultation pour indigents qu'il installa dans une maison mauresque du centre de la ville, et au fonctionnement de laquelle il consacra les six jours de la semaine, réservant le dimanche à des visites organisées dans des localités de la banlieue algéroise et subventionnées par leurs municipalités (Koléa, Boufarik, Blida). En moins d'une année, de mars 1865 à février 1866, plus de trois mille malades étaient venus réclamer les soins de cette clinique dont la réputation s'était étendue non seulement aux départements voisins, mais jusqu'aux confins maritimes de l'Espagne. Ainsi, s'ouvrit à Alger, sans inauguration bruyante, sans réclame tapageuse, sans l'escompte d'un bénéfice en retour, dans un but de bienfaisance pure, la première consultation publique et gratuite pour maladies des yeux. Malgré tout, le rayon d'action de ces œuvres d'assistance demeurait insuffisant en raison de l'immensité du territoire à desservir et du nombre des misères à soulager; et puisque, du fait de l'indigence et de l'éloignement, le malade ne pouvait venir au médecin, il fallait que le médecin allât au malade. Hélas, Cuignet dut constater « que beaucoup de médecins n'étaient pas, sous le rapport des maladies oculaires, à hauteur de leur belle mission d'assistance générale..., qu'ils ne jouissaient pas de la confiance des populations et que celles-ci restaient livrées aux commères, aux pharmaciens, aux pratiques ignorantes. » Il fallait donc infuser aux praticiens d'Algérie des notions d'ophtalmologie et voici la mesure qu'il adopta : avant de rejoindre leurs postes de l'intérieur les jeunes aides-majors firent à Alger un stage dont la durée variable avec celle de leur séjour provisoire dans cette ville leur permit de se familiariser avec une pathologie oculaire certainement ignorée ou mal connue de la plupart d'entre eux.

L'enseignement prodigué avec tant de zèle et d'activité par Cuignet était libre, autonome, indépendant, en tout cas, de l'enseignement officiel qui, conçu par Baudens, avait été organisé par Bertherand, fondateur et premier directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Mais Bertherand, professeur de clinique externe, ne s'occupa pas spécialement de l'ophtalmologie dont l'étude resta englobée, perdue pourrait-on dire, dans les leçons de chirurgie générale.

III. **Période contemporaine.** — La situation allait se modifier à partir de 1863, après que Bertherand, médecin principal de l'armée, partant pour l'expédition du Mexique, eut résilié ses fonctions civiles et eut été remplacé dans sa chaire magistrale par le professeur Ed. Bruch. A de solides connaissances d'anatomie et de pathologie générales, Bruch joignait une compétence particulière en ophtalmologie car il avait suivi les leçons de Galezowski et de Panas et il avait également profité de l'enseignement donné par Cuignet. Cet Alsacien élevé dans un milieu austère et charitable ne pouvait pas rester indifférent au spectacle lamentable des infortunés granuleux, disséminés dans toutes les salles de l'hôpital, mêlés aux autres malades et aux autres opérés, et dont l'admission se trouvait subordonnée au hasard des lits vacants ou à l'acceptation plus ou moins empressée des chefs de service. Et aussitôt, il avait songé à grouper tous ces « indésirables » dans un même service, certain de répondre ainsi aux exigences de l'hygiène hospitalière et de concilier à la fois les besoins de l'enseignement et l'intérêt supérieur des malades. Quant aux malheureux que leur état ou le manque de place privait des avantages de l'hospitalisation, ils devaient trouver à une consultation régulière tous les soins nécessaires; en outre, cette consultation, était pour lui « le corollaire naturel et obligé d'une clinique ophtalmologique, son complément. »

Pendant la longue carrière universitaire du professeur E. Bruch, l'enseignement de l'ophtalmologie passa par trois phases successives. Durant la première, qui fut la plus longue et la plus pénible,

l'oculistique continua d'être incorporée dans l'enseignement de la chirurgie générale. Alors qu'aucun règlement ne l'y contraignait, Bruch lui consacra néanmoins, sans indemnité supplémentaire, une leçon hebdomadaire. Il en fut ainsi jusqu'en 1897, époque à laquelle le ministre de l'Instruction publique décida la création simultanée d'une Clinique annexe d'ophtalmologie confiée, sans émoluments, au professeur de clinique chirurgicale et d'une consultation gratuite sous forme de polyclinique. Ce service fonctionna régulièrement pendant cinq années, jusqu'au décret du 12 mars 1902, instituant enfin une chaire magistrale de clinique ophtalmologique. Au professeur Bruch nous sommes redevables également d'une *Enquête sur l'état de l'ophtalmie granuleuse en Algérie* et d'une Notice médicale sommaire sur cette affection; en outre, tous les ans, il adressait au Gouvernement général, sur l'état de l'endémie trachomateuse, un rapport rédigé d'après les renseignements fournis par les médecins de colonisation sur un questionnaire d'un modèle spécial. Mais l'œuvre capitale de Bruch est d'avoir, avec une inlassable ténacité, poursuivi et réalisé la création de la chaire d'ophtalmologie et d'avoir compris l'importance prépondérante de l'enseignement dans la lutte antitrachomateuse.

Cette création devait avoir pour conséquence assez inattendue de raviver entre l'Ecole et le personnel médical de l'hôpital un conflit qui prit bien vite une excessive acuité (1). Dans un but d'apaisement, Bruch, en qualité de directeur de l'Ecole, demanda le renvoi du directeur de l'hôpital gravement compromis; cette sanction lui ayant été refusée, il décida de se retirer malgré une pressante démarche de M. Jonnart pour le faire revenir sur sa détermination. Dans sa retraite, il eut du moins une double consolation : le nouveau directeur de l'Ecole de médecine était choisi dans notre parti, et je lui succédais dans la chaire de clinique ophtalmologique. La première satisfaction devait être de bien courte durée. On ne gouverne pas, hélas, avec les minorités! On en eut, une fois de plus, la confirmation quand on vit ce directeur, bientôt doyen de la nouvelle Faculté, donner à nos adversaires des gages de son asservissement en faisant créer pour eux et leurs protégés un nombre inconsidéré d'emplois. Par contre, ses anciens amis furent impitoyablement sacrifiés. Je rappellerai seulement que je réclamai en vain la création d'un emploi de chef de travaux d'optique, et surtout que je fus, en violation des règlements universitaires, éliminé des jurys d'examen, de sorte que mon enseignement, laissé sans sanction, pût être impunément négligé par les élèves. De quelles erreurs, de quelles catastrophes cette mesure n'est-elle pas la cause aujourd'hui encore, et combien la responsabilité en reste lourde à porter! Pour ma part, je continuai la lutte : une campagne de presse poursuivie dans le grand quotidien d'Alger sur « les incidents de l'hôpital » émut l'opinion à tel point que, cette fois, le Gouverneur général dut capituler et le chef de bureau du Gouvernement général, chargé de la direction de l'hôpital, fut envoyé en disgrâce à Oran. Le calme allait renaître; mais on ne s'attaque pas impunément à la puissante confrérie que constituent les bureaux de la rue du Vieux-Palais et c'est vainement que, dans la suite, je sollicitai des missions ophtalmologiques, l'inspection oculistique des écoles, la création d'un emploi d'assistant. Je dois ajouter pourtant que le Gouverneur général Viollette m'accorda l'aide depuis si longtemps réclamé, afin, m'écrivait-il, « d'alléger ma tâche et de me permettre ainsi de me consacrer plus facilement à la direction de la lutte entreprise contre le trachome ». Mais il émit la sotte prétention de vouloir m'imposer un candidat de son choix. Son arrêté de nomination resta lettre morte jusqu'au jour où son successeur, P. Bordes, mit fin à cette situation regrettable en négociant la démission de l'assistant qui reçut en échange un emploi de prospecteur du trachome. Quant à moi, je devins simple conseiller technique sanitaire.

Dans la sphère restreinte où je me trouvais renfermé, mon activité a cependant trouvé l'occasion de se dépenser utilement. Ainsi, j'ai patiemment, mais laborieusement aussi, poursuivi l'amélioration de mon service rendue difficile par l'exiguïté, l'insuffisance et la mauvaise disposition des locaux; toutefois la création d'un *Institut d'ophtalmologie*, digne de la capitale de l'Afrique du Nord, eût été une manifestation féconde, éloquente et durable de « l'Œuvre du Centenaire »! A cette clinique se sont formés, de toutes pièces, une pléiade de spécialistes et de médecins généraux possédant des notions précises d'ophtalmologie et qui, partout où ils exercent, justifient pleinement la confiance que les malades mettent en eux. Des médecins de colonisation, des élèves de l'Institut d'hygiène et de médecine coloniale viennent tous les ans accomplir dans mon service un stage de perfectionnement. Enfin, rééditant la pratique préconisée jadis par Cuignet, approuvé et encouragé d'ailleurs par le médecin-général inspecteur Nimier, le docteur H. Foley nommé, en 1917, à l'emploi nouvellement créé de directeur du Service de santé des territoires du Sud, a fait adopter par le ministre de la Guerre une décision en vertu de laquelle les médecins

(1) Dans sa réponse à une lettre du Préfet d'Alger en date du 18 juillet 1904, M. le recteur Jeanmaire précisait nettement la situation : « Dès maintenant, lui écrivait-il, je crois devoir appeler votre attention sur la tendance fâcheuse du Conseil de santé (réunion du personnel médical, chirurgical et pharmaceutique de l'Hôpital civil de Mustapha) à sortir de ses attributions. Non seulement il délibère sur des questions d'ordre administratif qui ne regardent que la commission consultative, mais il s'érige en juge du personnel médical et même du personnel enseignant. C'est là la vraie cause de la situation déplorable qui s'est créée depuis deux ans, à l'hôpital, dans le personnel de cet établissement et dans celui de l'Ecole de médecine. » Il rappelait également que dans un rapport à M. le Gouverneur général en date du 27 avril 1903, il avait déjà signalé ces graves irrégularités : « Une des causes des tracasseries suscitées aux professeurs de clinique par l'administration de l'hôpital, écrivais-je, est l'attitude prise par le Conseil de santé qui est arrivé à délibérer sur les questions administratives aussi bien que sur les questions médicales, et derrière lequel le directeur responsable paraît empressé d'abriter sa responsabilité. » « Depuis lors, ajoutait-il, la situation n'a fait que s'aggraver, le Conseil de santé, s'immisçant de plus en plus dans des questions de personnes, est devenu le théâtre de scènes déplorables; au lieu d'opinions médicales calmes et réfléchies, on n'y échangeait plus que des injures; on a été sur le point de s'y livrer à des voies de fait. »

militaires désignés pour les postes sahariens feraient, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de la Faculté, un stage de quinze jours pendant lesquels ils se familiariseraient avec les affections oculaires algériennes et plus particulièrement avec le trachome et ses complications. Et, l'on peut répéter à leur sujet ce que Cuignet avait dit de leurs aînés : « Excités par l'observation attrayante de tant de maladies qui passent sous leurs yeux, intéressés à participer aux bienfaits d'une assistance louable, encouragés par le progrès obtenu, ils se répandront dans les postes et contribueront certainement, pour une grande part, à améliorer l'état sanitaire pour ce qui concerne plus particulièrement les maladies oculaires dont ils pourront s'occuper en dehors de leur service hospitalier. » Cette mesure a été d'autant plus sage qu'une décision du Gouverneur général de l'Algérie, en date du 30 mars 1926, a décidé la création de *Maisons des yeux* « Bit el Aïnin » qui fonctionnent actuellement à Ghardaïa, Mélika, Béni-Isguen, Bou-Noura, El-Ateuf, Berrian, Guerrera, Métilli et tout récemment Touggourt.

Au demeurant, l'état de l'endémie trachomateuse, en Algérie, ne justifie nullement l'effroi que certains agités ou intéressés — qui se persuadent volontiers qu'ils ont découvert le trachome — s'efforcent de répandre autour d'eux.

Actuellement, le trachome est ardemment combattu par de nombreux spécialistes, par des médecins généraux familiarisés avec des connaissances d'ophtalmologie, par les médecins de colonisation et les médecins militaires. Aux trois services fondamentaux des hôpitaux d'Alger, d'Oran et de Constantine il faut ajouter les hôpitaux civils et mixtes de l'intérieur, les infirmeries indigènes, les consultations gratuites organisées par les municipalités, les dispensaires de diverses sociétés de secours, les cliniques fondées par l'initiative privée mais secondées par les libéralités du Gouvernement général, les consultations gratuites pour femmes indigènes dont le nombre s'est tellement accru, en ces derniers temps, dans quelques grandes villes et leur banlieue immédiate qu'elles apparaissent moins comme des institutions de bienfaisance à l'égard des musulmanes que comme des œuvres de charité au profit des médecins. En matière de prophylaxie, on est moins avancé : c'est tout un problème d'organisation patiente et méthodique, de coordination dans les efforts, de collaboration confiante et disciplinée. Nous n'en sommes pas là!

Toutefois, en milieu indigène, il ne faut pas se leurrer de l'espoir chimérique d'y faire disparaître le trachome — celui-là a perdu la raison qui rêvait d'éteindre les étoiles — car les racines du mal sont trop nombreuses, trop étendues et trop profondes. Elles plongent jusqu'au cœur du Sahara, puisque Foley a rencontré le trachome chez les Touaregs du Hoggar; et il fait partie du matériel d'échange que leurs caravanes transportent au Soudan et dans l'Oubanghi contaminé (Jamot). Une constatation est cependant fort encourageante : l'indigène est loin de présenter pour les affections oculaires ce fatalisme, cette passivité désespérante qu'on lui attribue généralement. L'extension des voies ferrées, la création d'un important réseau routier et surtout le développement considérable et la rapidité des transports automobiles l'ont placé à vingt-quatre ou trente-six heures de nos trois plus grands centres ophtalmologiques. A l'hôpital de Mustapha, il nous en arrive tous les jours aussi bien des villages accrochés aux escarpements de la Kabylie que des ksours des régions sahariennes. La proportion des malades musulmans hospitalisés salle Panas (hommes, 33 lits) a été :

	Indig.		Europ.		Soit
En 1927, de	342	indig. pour	114	Europ., soit	75 %
1928,	314	—	120	—	70 %
1929,	346	—	102	—	77 %

Les femmes elles-mêmes non seulement accourent à l'hôpital, mais montrent peu d'empressement à en sortir une fois qu'elles y sont entrées. A la salle Daviel (femmes, 31 lits), la proportion des malades hospitalisées a été :

	Indig.		Europ.		Soit
En 1927, de	109	indig. p.	124	Europ., soit	46,7 %
1928,	144	—	102	—	58,5 %
1929,	160	—	71	—	69,3 %

Quant aux enfants (18 lits), la proportion a été :

	Indig.		Europ.		Soit
En 1927, de	65	indig. pour	57	Europ., soit	53,3 %
1928	54	—	35	—	60,7 %
1929	57	—	36	—	61,3 %

Gardons-nous donc d'affoler sans raison les familles, d'inquiéter les populations, d'alarmer les pouvoirs publics et rappelons en matière de conclusion ces phrases toujours vraies que mon prédécesseur Bruch écrivait, il y a près de quarante ans :

« *Périodiquement, on ne sait trop pourquoi... en cherchant bien, on devinerait... il est poussé dans la métropole un cri d'alarme :*

« *L'Algérie se meurt! l'Afrique du Nord est perdue... de par le trachome!*

« *Pour sauver la vue des colons, il faut envoyer en mission...*

« *Pour arrêter le fléau, il faut créer un hôpital des Quinze-vingts... avec des places...*

« *Une petite mission ne nuit jamais... au missionnaire...; c'est une dépense tout à fait honnête pour l'Administration quand celle-ci a trop d'argent.* »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1930)

Action de l'eau de mer irradiée sur la fermentation lactique. — MM. Charles Richet et Michel Faguet.

Action sclérosante des injections intraveineuses de glycérine. Effets sensibilisants d'une première injection. — MM. F. Maignon et Ch. Grandclaude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1930)

A propos du procès-verbal. — M. CLAUDE demande la création d'annexes médicales dans les prisons. Les grévistes de la faim y trouveraient les mêmes soins que dans les hôpitaux et une surveillance que ceux-ci ne peuvent donner. Au surplus, comme ce sont le plus souvent des déséquilibrés, ils pourraient être suivis par les médecins des prisons qui actuellement ne sont pas armés pour pratiquer les examens et les observations nécessaires.

M. LE GENDRE prend également part à la discussion.

La cure d'Evian. — M. DESGREZ rapporte les résultats des recherches cliniques qu'il a effectuées avec MM. Rathery et Giberton sur la cure d'Evian, chez un certain nombre de malades, plus ou moins néphrétiques, soumis à un régime alimentaire constant. Ces recherches confirment la production d'une polyurie entraînant l'augmentation de toutes les éliminations. On note, d'autre part, une stimulation des échanges en ce qui regarde les phénomènes de dédoublement azoté... La continuation des observations au-delà du terme habituel du traitement à la station, a montré que les effets peuvent s'atténuer ou disparaître assez rapidement, ce qui autorise à penser que les malades trouveraient souvent avantage à prolonger leur cure au-delà de vingt et un jours.

Étude expérimentale de l'organotropie viscérale et de l'élimination de l'arsenic des eaux minérales (La Bourboule). — M. DESGREZ présente également un travail de MM. Piéry, Milhaud, Desnoyel et Grandpierre établissant que, après injections répétées d'eau de La Bourboule, l'arsenic n'a aucune tendance à s'accumuler dans l'organisme, il est entièrement éliminé au bout d'un mois. L'arsenic hydrominéral a une affinité particulière pour les poumons et le foie. Dans ce dernier organe, sa fixation est moindre et son élimination plus rapide qu'après administration d'une solution d'arséniate de soude de même titre.

L'organisation sociale du traitement du diabète. — M. Marcel LABBÉ montre comment le traitement du diabète est organisé dans son service de la Pitié. Il insiste sur la nécessité d'un bon examen du malade effectué avec l'aide des examens de laboratoire par les étudiants, les laborantines et les infirmières. Une bonne classification est nécessaire pour une bonne thérapeutique. Les diabétiques peu atteints sont soignés à la consultation; les diabétiques graves sont soignés dans le service, où on fait leur éducation; dans des conférences pratiques données par l'Assistante Sociale; ils sortent de l'hôpital capables de se surveiller, d'examiner leurs urines, de suivre leur régime et de faire leurs injections d'insuline. Dans le service, ils sont nourris : soit par la cuisine de l'hôpital dont les aliments sont répartis en portions exactement pesées dans l'office à l'entrée du service, soit par la cuisine de régime fonctionnant dans le service même, avec une cuisinière de régime et une diététicienne. Une discipline sévère est imposée aux malades.

Après leur sortie, les malades atteints de diabète grave reviennent chaque semaine se montrer à la consultation où

on leur donne la quantité d'insuline dont ils ont besoin pour la semaine. D'autres reviennent chaque jour se faire faire une ou deux injections d'insuline. D'autres encore, dont le diabète est compliqué de tuberculose pulmonaire reviennent pour faire entretenir leur pneumothorax, uni ou bilatéral, une ou deux fois par mois. Ces malades sont surveillés à domicile par l'Assistante Sociale.

Grâce à cette organisation, M. Labbé a pu soigner, dans le cours de 1929 : 119 cas de diabète grave dans son service et 584 cas de diabète, bénin ou grave, à la consultation. La mortalité n'a été que de 7,3 p. 100 pour les malades hospitalisés, et de 3,4 p. 100 pour les malades ambulants. 21 cas de coma diabétique ont été traités avec 19 guérisons.

Les diabétiques ainsi traités ont récupéré une santé suffisante pour travailler et nourrir leur famille. Les dépenses de soins et de médicaments faites par l'Assistance Publique sont donc largement compensées par l'épargne des journées d'hôpital et par le travail des diabétiques rendus à la santé. Le bon résultat thérapeutique se double d'un bon résultat économique.

Rapport sur le vœu de M. Léon Bernard concernant la vaccination antityphoïdique du personnel de la marine marchande. — M. Lesné, au nom de la Commission d'hygiène, prie l'Académie de demander au bureau d'hygiène de la marine marchande la statistique des cas de fièvre typhoïde constatés parmi les inscrits non seulement du port du Havre mais encore des autres ports.

Ce document, complétant la communication de M. Bernard donnerait plus de poids auprès des Pouvoirs publics à la demande de vaccination obligatoire du personnel de la marine marchande.

La vaccination antirabique des animaux et du chien, en particulier au Maroc, en 1929. — MM. Remlinger et Bailly constatent que la vaccination antirabique des animaux, du chien, en particulier à l'aide du virus éther, est simple, pratique, inoffensive, très efficace.

Ils expriment des vœux au sujet de la préparation du vaccin et de l'exécution de cette vaccination.

Premiers résultats de l'injection intraveineuse de stock-bactériophage anti-Eberth dans le traitement des formes sévères de la fièvre typhoïde. — MM. F. Combemale et A. Breton (de Lille) font part à l'Académie des essais thérapeutiques qu'ils ont tentés dans le traitement des formes sévères de fièvre typhoïde en injectant à leurs malades un stockbactériophage anti-Eberth très actif par voie intraveineuse. Dans les trois cas où est intervenu ce traitement, ils ont obtenu des succès francs; à chaque fois ils ont noté la guérison, remarquable par la précocité de la convalescence et l'absence de toute complication secondaire. Ils injectaient, par deux ou trois fois, 1 ou 2 centimètres cubes de ce stockbactériophage sans l'avoir dilué. Chacune de ces injections intraveineuses a été suivie de l'apparition d'un état de shock, très important, que les auteurs attribuent en partie à l'action lytique spécifique du bactériophage. Ils ont eu un insuccès pour une malade atteinte de septicémie à bacilles d'Eberth d'évolution suraiguë. Leur expérience personnelle leur fait recommander de ne pas dépasser à chaque injection intraveineuse la dose de 1 centimètre cube et de réserver cette thérapeutique aux formes vraiment graves de la dothiénenterie. Pour les typhoïsants moins sérieusement atteints, ils estiment qu'il suffit d'injecter le stockbactériophage très actif par voie sous-cutanée et à la dose de 4 centimètres cubes.

— La prochaine séance aura lieu le mardi de Pâques, à l'heure habituelle.

CORRESPONDANCE

DROITIERS ET GAUCHERS

Par le docteur Testas.

Pour joindre à la statistique de M. Herber, de Sète (voir *Gaz. des hôpitaux*, n° 100 du 14 déc. 1927), voici les chiffres trouvés à l'occasion d'une visite mensuelle dans un régiment du Sud-Ouest, c'est-à-dire chez des jeunes gens de dix-neuf à vingt et un ans. De cette enquête sont éliminés tous les cas pathologiques (hernie, varicocèle, kyste du cordon, atrophie, monorchidie, etc.).

295 sujets dont les deux testicules sont au même niveau;
130 sujets dont la testicule gauche descend plus bas que l'autre;
34 sujets dont le testicule droit descend plus bas que l'autre;

Soit 30 p. 100 de sujets chez lesquels un testicule descend plus bas que l'autre.

Sur 75 réservistes de vingt-six ans (les mêmes cas pathologiques étant éliminés), on trouve :

51 sujets dont les deux testicules sont sur le même plan;
24 sujets dont le testicule gauche descend plus bas que l'autre;
0 sujet dont le testicule droit descend plus bas que l'autre.

Soit 45 p. 100 des cas, chez lesquels un testicule descend plus bas que l'autre.

Il est possible que avec des territoriaux, on trouverait plus de testicules inégalement descendus comme on trouverait plus de varices, plus de varicocelles, et probablement pour les mêmes raisons.

Donc Charpy a eu tort d'écrire que des 2 testicules, le droit descend généralement plus bas que le gauche, pour une raison qui nous échappe.

C'est peut-être bien que Fradin et les siens portent à droite.

Sur les 34 sujets dont le testicule droit descend plus bas que l'autre, j'ai trouvé :

4 gauchers,
1 droitier dont le père est gaucher,
1 droitier dont le frère est gaucher,
1 droitier dont les trois frères sont gauchers.

Sur 21 varicocèles, je n'ai trouvé qu'un varicocèle droit léger, du reste; et chez un droitier.

M. Herber écrit que le système veineux est le même chez le droitier comme chez le gaucher. Testut écrit cependant : La veine spermatique gauche se trouve comprimée à son passage à travers le bassin par la portion iliaque du côlon. Enfin à sa terminaison le sang qu'elle charrie rencontre à angle droit le courant toujours rapide de la veine rénale : Il reste à chercher sur le cadavre des gauchers si la disposition de la veine spermatique est bien la même que chez les droitiers, et ce n'est pas moi qui le ferai.

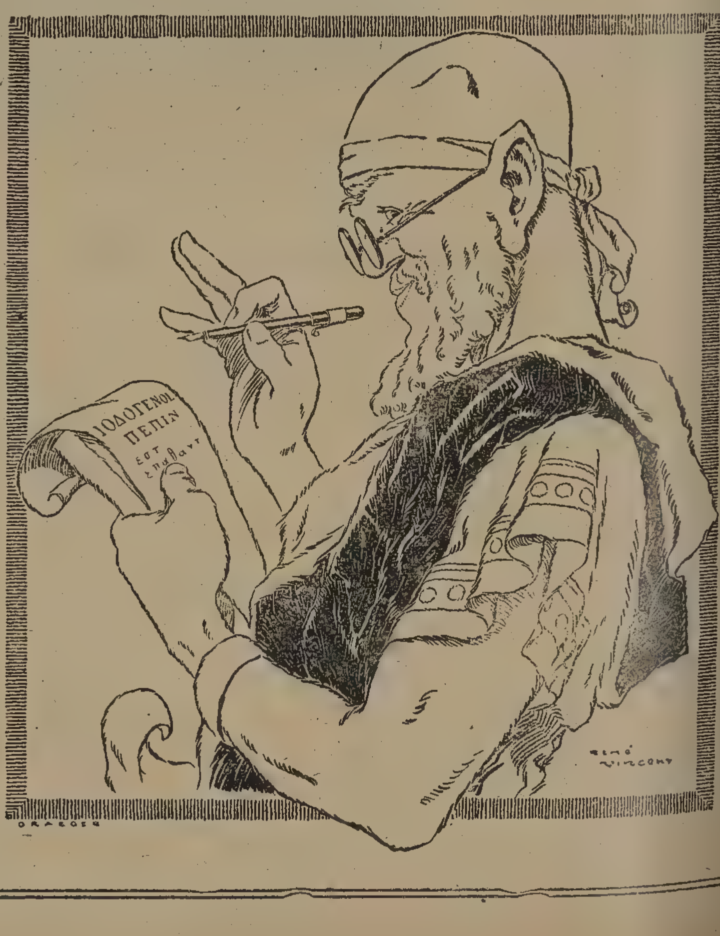
Mais pourquoi y a-t-il des blondes aux yeux noirs et des brunes aux yeux bleus ?

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Ministère des pensions. — Rémunération des médecins experts près les tribunaux des pensions et des médecins et pensionnés juges près ces tribunaux. — Par décret en date du 15 avril 1930, le paragraphe 2 de l'article 44 du décret du 2 septembre 1919, modifié par le décret du 9 mars 1926, est complété comme suit :

« ... Il est alloué aux médecins experts, pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôt de rapports devant la cour régionale ou le tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 50 fr.; si l'expertise a présenté des difficultés particulières qui ont nécessité le dépôt d'un rapport détaillé, il pourra être alloué par le président de la cour ou du tribunal une allocation supplémentaire de 50 fr.

« Le médecin expert devra convoquer l'intéressé dans les quinze jours qui suivront la notification qui lui aura été faite de la décision le commettant pour l'expertise et déposer son rapport dans les deux mois de cette notification. En cas d'inobservation de ces délais, le président de la cour ou du tribunal n'attribuera que la moitié des sommes ci-dessus visées, à moins que le médecin expert ne justifie que le reste est imputable au requérant. »

Les paragraphes 1er et 2 de l'article 48 du décret du 2 septembre 1919 sont modifiés comme suit :

Il est alloué :

« Au médecin, membre titulaire ou suppléant du tribunal départemental des pensions, une indemnité de 11 à 15 fr. par heure de séance, selon un tarif arrêté par le ministre de la justice, d'après les circonstances locales.

« Au pensionné, membre titulaire ou suppléant du tribunal départemental des pensions, une indemnité forfaitaire de 30 fr. par jour de séance. »

A titre transitoire, les délais prévus à l'article 1er, paragraphe 2, auront pour point de départ la date de la publication du présent décret pour les expertises notifiées aux médecins antérieurement à cette date et non encore effectuées. (*J. O.*, 16 avril 1930.)

— Honoraires des médecins. — Par décret en date du 16 avril 1930, les articles suivants du décret du 25 octobre 1922 sont modifiés comme suit :

« *Art. 60.* — Le prix de la consultation et de la visite médicale est fixé à 15 fr. pour la France, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc.

Ce prix comprend les menues interventions telles que pansements simples, massages, pointes de feu, ventouses simples et scarifiées, injections hypodermiques et intramusculaires, mouchetures, injections intratrachéales, etc.

. . . .

(Le reste sans changement.)

Art. 64. — Lorsque son état de santé ne permet pas à un malade de se rendre en consultation au cabinet du médecin celui-ci peut recevoir une indemnité pour se rendre en visite au domicile du malade :

1° Une indemnité fixe est attribuée pour toute visite effectuée, quelle que soit la distance parcourue.

Cette indemnité est :

a. De 3 fr. dans les villes de 50.000 à 100.000 habitants et dans leur banlieue;

b. De 5 fr. dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans leur banlieue.

. . . .

(Le reste sans changement.)

Le présent décret est applicable à partir du 1er octobre 1929. » (*J. O.*, 17 avril 1930.)

Guerre. — Service de santé. (Armée active.) — Par décision en date du 11 avril 1930, M. le médecin lieutenant-colonel Schneider, de l'Ecole supérieure de guerre, médecin

chef et professeur, est maintenu dans ses fonctions et désigné pour assurer le service médical de la maison militaire du Président de la République.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La Xe session des Journées médicales de Bruxelles aura lieu les 28, 29, 30 juin, 1er et 2 juillet 1930, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, la présidence de M. le professeur Jules Bordet, et à l'occasion du Centenaire de l'indépendance de la Belgique. Elles revêtiront de ce fait une importance exceptionnelle et on peut, dès aujourd'hui, prévoir un nombre considérable d'adhérents.

La collaboration scientifique internationale groupera les noms de MM. Alexis Carrel (Rockeffeler Institute of New-York), Ch. Achard, J.-L. Faure, Calmette, A. Mayer (Paris), Ch. Nicolle (Tunis), Cantacuzène (Bucarest), P. Bouin (Strasbourg), J. Sabrazès (Bordeaux), Mouriquand (Lyon), Paul Delmas (Montpellier), Laubry (Paris), Pi y Suner (Barcelone), R. Alessandri (Rome), G. Nuttall (Cambridge), C. Funk (Varsovie), M. Arthus (Lausanne), Snapper (Amsterdam), Heimbeck (Oslo), A. Martinez Vargas (Barcelone), J. Mc Carthy (New-York), A. d'Azevedo Neves (Lisbonne), A. H. Roffo (Buenos-Aires), Chagas (Rio-de-Janeiro), G. Forssell (Stockholm), Lévy (Maestricht), Fouquet (Paris), Héger-Gilbert, de Meyer et van Lint (Bruxelles), Lemaire (Louvain), Brouha (Liége), Leboucq (Gand), Rodhain (Ecole de médecine tropicale), J. J. Izquierdo (Mexico), Stefanopoulo (Athènes), Ch. Anderson (Tunis).

Le programme des fêtes officielles, en dehors des réceptions particulières, comprend : le 28 juin, à 4 h. 30, la séance solennelle d'inauguration en présence des souverains, dans la grande salle du Palais des Beaux-Arts; le soir, réception au Palais de la Nation par le président du Sénat; le 29 juin : représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie; le 30 juin : raout à l'Hôtel de Ville de Bruxelles; le 1er juillet : banquet en l'honneur des délégués officiels étrangers. Le 2 juillet, les congressistes seront, à Liége, les hôtes de la Faculté de médecine et du Comité de l'Exposition.

Les chemins de fer belge et français accordent une réduction de 35 p. 100 sur les tarifs normaux.

Renseignements et inscriptions (médecins : 75 fr.; dames : 50 fr.) auprès du secrétaire général : docteur R. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.

ASSOCIATION DES ANATOMISTES. — Le IIIe Congrès fédératif international d'anatomie et la XXVe réunion de l'Association auront lieu à Amsterdam, du 4 au 8 août 1930.

Le bureau est composé de la manière suivante : M. A. Brachet, président; M. Grynfeltt, vice-président; M. A. Nicolas, secrétaire perpétuel honoraire; M. R. Collin, secrétaire général; MM. Lucien, Debeyre et Augier, secrétaires; M. Verne, trésorier.

Les adhésions peuvent être envoyées au secrétaire général de l'Association des anatomistes, 31, rue Lionnois, à Nancy. Des facilités seront accordées pour les parcours en chemin de fer.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE va être organisé au cours de l'Exposition coloniale, du 14 au 18 octobre 1931, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur Achard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Des démarches seront faites pour obtenir des avantages pour les transports, hôtels, etc.

Cotisation : membres actifs, 100 fr.; membres associés, famille des congressistes, 50 fr.

A l'ordre du jour : tuberculose, cancer, la psittacose, les ultravirus, le melitensis et l'abortus, l'anaphylaxie, le lait.

Envoyer les adhésions et les cotisations ainsi que les demandes de renseignements au secrétaire général M. Grollet, 7, rue Gustave Nadaud, Paris (XVIe), compte chèques postaux 481-24.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean-François Catteau (de Tourcoing) et Gervais Huart (de Trélon).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DU PROFESSEUR TEULIÈRES. — *Cours de perfectionnement.* — Comme les années précédentes, le professeur Teulières fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie avec la collaboration de MM. les professeurs Petges, Portmann et Rechou; de MM. les professeurs agrégés Aubertin et Beauvieux; de MM. les docteurs Amsler (de Lausanne), Monbrun (de Paris), de Saint-Martin (de Toulouse); de MM. les docteurs J. Viaud, ex-chef de clinique; Doucet, chef de clinique, et Sarrabezolle, chef de clinique adjoint.

Cet enseignement, essentiellement pratique au point de vue clinique, thérapeutique et opératoire, comprendra en même temps des conférences dans lesquelles seront exposées les grandes questions à l'ordre du jour.

Il aura lieu du lundi 16 juin au samedi 28 juin 1930.

Tous les jours, à 9 h. (mercredi et samedis exceptés), à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André : Consultation expliquée par le professeur Teulières.

Au cours de la consultation, les auditeurs seront exercés, individuellement, aux examens ophtalmoscopiques ou de réfraction et à la manipulation des appareils spéciaux (Thorner, Gullstrand, etc.).

Ils feront, sous la direction du chef de laboratoire, les examens biologiques ou microscopiques extemporanés usités en clinique.

Mercredis et samedis, à 9 h. : séance opératoire.

Tous les jours, à 11 h. et à 15 h. : conférences portant sur les grandes questions d'actualité en ophtalmologie ou sur les méthodes les plus modernes de traitement des maladies à complications oculaires fréquentes (syphilis, diabète, cancer). Lorsque les conférences traiteront de la thérapeutique chirurgicale d'une affection par des procédés nouveaux (décollement de la rétine, dérivation des voies lacrymales, extraction du cristallin dans sa capsule) elles seront suivies de démonstrations opératoires sur le malade.

Tous les soirs, à 17 h. : conférences de chirurgie oculaire suivies d'exercices pratiques de médecine opératoire sur le cadavre, au cours desquels tous les auditeurs seront invités à pratiquer eux-mêmes les différentes opérations.

Pendant la durée du cours, il sera donné un enseignement théorique complet de biomicroscopie. Chaque leçon sera suivie d'examens pratiques de l'œil humain au biomicroscope, auxquels seront exercés tous les auditeurs. Un très grand nombre de malades seront convoqués, afin que l'on puisse observer plusieurs cas de toutes les affections que l'on rencontre dans la pratique ophtalmologique.

Un programme du cours sera envoyé sur demande.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1929

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié,

Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. PHYSIQUE

Calcul de la quantité de chaleur dégagée par la d'Arsonvalisation diathermique. (A. STROHL. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 632.) — Malgré les effets de capacité qui interviennent dans la conductibilité du corps humain il est possible de déterminer la chaleur diathermique par la loi de Joule à condition de prendre comme résistance du sujet la résistance initiale ou clinique, mesurée dans les mêmes conditions où l'on pratique la d'Arsonvalisation.

Variations de la température au cours des séances de diathermie. (J. COTENCIN. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 358.) — Larges électrodes sur l'abdomen et la région lombaire; électrode active vaginale contenant un thermomètre. On note l'intensité 3 ampères environ et la température toutes les minutes. La température croît rapidement au début puis elle présente un petit plateau. Enfin la courbe redescend puis remonte lentement. Dès que le courant est coupé la température redevient normale.

La mesure des courants de diathermie. (A. LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1929.) — Il est utile que la Société étudie cette question car il y a eu des accidents parce qu'un même malade ne supporte pas la même intensité avec des appareils différents et que les auteurs se fient aux intensités recommandées dans les traités pour d'autres appareils que celui utilisé.

II. APPAREILS ET TECHNIQUE

Voltmètre détecteur de maxima brefs. (Ph. FABRE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 876.) — Le principe de cet appareil repose sur l'existence des régimes électroniques instables dans les lampes à deux grilles; avec le dispositif décrit on peut étudier d'une manière relativement simple la capacité et la résistance du conducteur humain.

Appareil à courant continu. (WALTER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1929.) — Un transformateur donne un courant de 400 volts qui grâce à des lampes valves est parfaitement continu. Un dispositif de réglage permet de débiter le courant de façon progressive. Enfin, chose appréciable, cet appareil, apte à la thérapie et à l'électrodiagnostic, est d'un volume très réduit.

Présentation d'appareils de diathermie à effets faradiques réglables. (WALTER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1929.) — Dans un premier dispositif, on obtient la sensation faradique en desserrant l'éclateur, dans le deuxième, en court-circuitant une partie de la self de base. On obtient une élévation de chaleur rapide, vérifiable au pyromètre.

Sur la constance des indications données par des milliampèremètres thermiques. (WALTER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1929.) — On peut se fier en général aux *grands* ampèremètres de bonne construction à condition qu'ils n'aient pas éprouvé de trop violentes surcharges. Les appareils trop *petits* ne donnent que des indications approximatives.

Appareil transportable pour électrodiagnostic. (MOREL-KAHN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1928.)

Le bistouri diathermique et les ondes entretenues. (GIRAUDEAU. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.*, janv. 1929.)

Conclusions pratiques concernant l'utilisation des ondes entretenues. (HEITZ-BOYER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.) — Le couteau de haute-fréquence, monté sur appareil à lampe remplace avantageusement le bistouri sanglant. Il est hémostatique et sera employé dans la chirurgie du cancer.

Etude comparative des effets de la haute-fréquence avec les appareils à éclateur et les appareils à lampes : projections cinématographiques. (HEITZ-BOYER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.)

Le radio-bistouri « Lasem ». (CHENAILLE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.) — Présentation de deux appareils, différents par leur puissance, et donnant des ondes entretenues, destinés aux applications chirurgicales et donnant aux chirurgiens le maximum de sécurité.

Quelques indications concernant la résistance du corps humain en haute-fréquence, la valeur instantanée des courants de haute-fréquence en diathermie; les effets de contraction et de faradisation. (GONDET. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.)

La mesure de la température des tissus en diathermie. (Gr. DE BRANCAS. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.) — Cinq minutes de diathermie donnant 40°5 au niveau de la peau provoquent un érythème douloureux pendant cinq à six jours. Il faut donc se défier des élévations trop grandes de température.

Recherches sur l'efficacité relative d'électrodes humides salines et d'électrodes en plomb dans l'emploi de la diathermie. (G. SIMON. *Brit. Journ. of. Radiol.*, mai 1929.) — Des expériences de l'auteur il résulte qu'on peut, avec une électrode de plomb, atteindre une température supérieure à celle obtenue avec une électrode humide.

Sur les appareils de diathermie d'ondes entretenues. Le triodiathermique de Bordier. (BORDIER. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1929.) — Exposé et description de cet appareil dont le fonctionnement a donné à l'auteur toute satisfaction durant onze mois.

L'appareillage en électrodiagnostic. (DUBOST. *Revue d'actin. et de physioth.*, mai, juin 1929.) — L'auteur explique

pourquoi on ne doit pas utiliser directement le courant du secteur; il préconise les accumulateurs ou les groupes convertisseurs.

Manche porte-électrode réglable d'intensité réglable. (BORDIER. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, mars, avril 1929.) — Modification du manche classique de Bisserié.

Considérations théoriques sur l'effet faradique avec les appareils d'ondes amorties. (René HUMBERT. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1929.)

La lampe au néon dans la thérapeutique par électro-excitation. (Ph. FABRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1929.) — Une lampe au Néon reste éteinte tant que le voltage entre ses électrodes demeure inférieur à une valeur critique; dès que ce voltage est atteint elle s'allume et ne présente plus qu'une résistance faible.

L'auteur indique différents détails d'instrumentation permettant d'utiliser en thérapeutique le courant ainsi obtenu.

Recherches expérimentales sur l'ionothérapie électrique. (F. RASZEJA. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CII, p. 352.)

III. PHYSIOBIOLOGIE

Influence de l'ablation des thyroïdes et des parathyroïdes sur l'excitabilité du nerf grand splanchnique chez le chien. (A. et B. CHAUCHARD et E. CZARNECKI, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 1114.) — Les modifications constatées ne portent que sur l'élément innervé dont il y a eu augmentation de la constante du temps, et ne portent pas sur les filets nerveux du nerf grand splanchnique.

Influence des courants de haute fréquence (diathermie dite chauffante) sur le réflexe oculo-cardiaque. (Jean CONTENCIN. *C. R. . de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 361.) — Au début du passage du courant, le réflexe oculo-cardiaque diminue. Ensuite le réflexe oculo-cardiaque varie en sens inverse de la température. Lorsque le courant est coupé, on voit le réflexe oculo-cardiaque remonter très vite à une valeur voisine de celle qu'il avait avant la séance.

Action de la diathermie dite chauffante sur la pression artérielle et l'indice oscillométrique. (Jean CONTENCIN, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 46.) — Courbes oscillométriques avec le Pachon avant et pendant les séances de diathermie chez deux sujets : l'un hypotendu, l'autre hypertendu. Sous l'effet du courant, l'indice maximum est souvent multiplié par 2 ou 3 chez les hypotendus et par 1,5 chez les hypertendus. Après la séance, il diminue mais peut rester sensiblement plus élevé qu'au début du traitement, même en dehors des séances.

Recherches sur les lois de sommation dans les réflexes médullaires ipsilatéraux. (P. S. KUPALOW, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 1022.)

IV. ELECTRODIAGNOSTIC

Sur la forme des courants faradiques à travers l'organisme. Présentation d'oscillogrammes. (André STROHL et H. DESGREZ. *Bull. officiel de la Soc. franç. délectroth. et de radiol.*, fév. 1929.) — Les auteurs concluent qu'il faudrait diminuer l'influence des phénomènes de polarisation en mettant en série de fortes résistances.

Il vaudrait mieux utiliser uniquement des bobines à fil fin, et il serait souhaitable que l'on possédât des bobines à constances de temps différentes s'adaptant à la chronaxie des différents muscles.

Epreuve voltaïque de l'appareil neuro-labyrinthique. (RAMADIER, *La Médecine*, janv. 1929, p. 55.) — L'auteur rappelle la technique de l'épreuve, indique les réactions normales et les réactions anormales. L'épreuve voltaïque agissant sur l'ensemble de l'appareil neuro-labyrinthique (labyrinthe, tronc, centres) et aussi, dans une certaine mesure, sur toute la masse encéphalique intéresse à la fois l'otologiste et le neurologiste.

Inégale polarisation de la peau suivant la nature des ions qui l'imbibent. (J. SWINGEDAUW, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 882.)

Analyse organique et fonctionnelle des nerfs complexes; application à la corde du tympan. (L. LAPICQUE, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1959, t. C, p. 822.)

Etude des ondes faradiques émises à travers le corps humain. (A. STROHL et H. DESGREZ, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1929, t. XIII, n° 8, p. 417 à 432.) — Les conclusions des auteurs sont les suivantes : les caractères physiques des ondes faradiques d'ouverture sont déterminés par de nombreux facteurs. La durée de la rupture, dont dépend la période d'accroissement du courant secondaire, est influencée par l'intensité du courant primaire, le voltage sous lequel ce courant est émis, le nombre de spires de l'enroulement secondaire, le degré d'engainement des deux circuits, enfin le débit du secondaire.

La période de décroissance de l'onde est en rapport avec la constante du temps du circuit secondaire, c'est-à-dire qu'elle augmente avec le nombre des spires de cet enroulement, l'engainement des deux bobines et qu'elle diminue avec la résistance du secondaire.

Le fait de placer un sujet dans le circuit secondaire entraîne des modifications dans la forme des ondes faradiques dues aux phénomènes de polarisation.

Au point de vue du mode d'excitation les bobines à gros fil produisent le seuil de contraction avec une quantité d'électricité moindre, une intensité maxima plus forte et dans un temps plus court que les bobines à fil fin. Dans certains cas, l'importance de l'onde inverse des courants de la bobine à gros fil devient telle qu'elle déclenche l'excitation du nerf alors que l'onde directe seule est inefficace.

L'élévation du voltage d'excitation par la mise en série avec le sujet de fortes résistances ohmiques diminue l'influence des phénomènes de polarisation et régularise la forme des ondes traversant le corps humain.

Etude oscillographique des courbes de tension et d'intensité de la bobine faradique et du groupe magnéto-faradique. (W. VIGNAL et GONDET. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1929, t. XIII, n° 2, p. 81 à 86.) — Les auteurs se dont servis de l'oscillographe de Dufour. Etudiant l'appareil faradique transportable (Gaiffe), l'onduleur de Zimmern et Turchini et le groupe magnéto-faradique de Gaiffe. Leurs recherches confirment celles que A. Strohl et H. Desgrez firent avec le galvanomètre balistique : « Les courbes des courants d'ouverture des différentes bobines ne diffèrent les unes des autres que par leur forme; ils sont plus intenses et plus brefs pour les bobines à gros fils et plus étale avec les bobines à fils fins. La quantité d'électricité étant sept à huit fois plus grande. C'est donc cette dernière qu'il faut toujours utiliser en électrodiagnostic car, conformément à la loi de Weiss, elle est la plus propice à déterminer une excitation. »

La chronaxie de subordination; sa régulation réflexe. (L. et M. LAPICQUE, *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCIX, p. 1947.)

L'excitabilité neuro-musculaire dans la rigidité de décérébration. Mécanisme de cette rigidité. (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 174.)

L'excitabilité neuro-musculaire dans la rigidité de décérébration. Résultats expérimentanx. (G. MARINESCO, O. SA-

GER et A. KREINDLER, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 171.) — Expériences ayant porté sur 35 chats. Au point moteur : chronaxies légèrement augmentées pour les muscles non rigides, chronaxies diminuées de moitié pour les muscles rigides. Sur le nerf, chronaxies ne dépassant pas la plus petite chronaxie trouvée au point moteur.

Variation des chronaxies musculaires avec l'état de tension du muscle dans la contracture hémiplégique. (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 622.) — La chronaxie des fléchisseurs des doigts contracturés diminue de moitié environ quand le muscle est tendu. Pour les extenseurs des doigts, on n'observe pas de différence appréciable de la chronaxie, que le muscle soit tendu ou relâché.

Sur la forme des courants employés en électricité médicale. (André STROHL. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1929, n° 2.)

Chronaxie et lois d'excitation du pneumogastrique dans son action inhibitrice sur la respiration. (Miguel OZORIO DE ALMEIDA et A. et B. CHAUCHARD, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 795.) — Le pneumogastrique, dans son action inhibitrice sur la respiration, suit bien la loi des nerfs itératifs, antérieurement établie pour d'autres nerfs.

Etude comparative de l'excitabilité des fibres sécrétoires et des fibres vaso-dilatatrices de la corde du tympan. (A. et B. CHAUCHARD, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 825.) — La mesure de la chronaxie permet de distinguer dans un même nerf deux sortes de fibres nerveuses à fonction physiologique différente.

Le rayonnement mitogénétique du muscle en contraction. (G. FRANK et POPOFF. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 8 avril 1929.)

Sur les électrodes « impolarisables » de Lapicque. (F. ZAJIC. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 591.) — Constituées par une lame d'argent fraîchement recouverte d'une couche de chlorure d'argent par électrolyse, les électrodes de Lapicque, au point de vue de leur polarisabilité, se placent entre les électrodes de zinc-sulfate de zinc et les électrodes de platine.

Sur les électrodes d'argent chloruré. (Louis LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 720.) — L'auteur, répondant aux critiques de Zajic, dit que les électrodes qui portent son nom, si elles ne sont pas absolument impolarisables, le sont suffisamment pour les besoins ordinaires de l'excitation électrique.

Capacité et résistance initiale du corps humain. (Ph. FABRE et Jean SWYNGEDAUW. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 691.)

Influence du radon dissous sur l'excitabilité neuro-musculaire chez la grenouille. (H. CARDOT, A. CHEVALLIER et F. FAYE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 816.)

Modèle mécanique de l'excitabilité neuro-musculaire aux courants électriques d'inégales durées. (A. STROHL. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 911.)

Action du curare sur la fatigue musculaire. (L. et M. LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 915.) — Chez le muscle curarisé la fatigue apparaît beaucoup plus tôt alors même qu'on augmente la durée de l'excitation proportionnellement à l'accroissement de la chronaxie. Cette action du curare sur la fatigue musculaire démontre l'action directe de ce poison sur la substance du muscle.

Contrôle expérimental de la mesure de la chronaxie au moyen d'une table alimentée par le courant de secteur alternatif, redressé et filtré. Etude du galvanotonus. (Georges BOURGUIGNON. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 922.) — En électrophysiologie humaine ou animale on peut utiliser le redressement et le filtrage du courant alternatif à la place d'une batterie d'accumulateurs. Ce courant redressé et filtré présente encore quelques oscillations car il rend un son au téléphone. Ces ondulations se retrouvent dans la recherche du galvanotonus.

Observations complémentaires sur un phénomène de contractions rythmées provoquées par excitation galvanique chez certains insectes. (D. AUGER et A. FESSARD. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 897.)

Sur la constante de temps du corps humain. (Ph. FABRE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 1135.)

Invariabilité de la chronaxie des nerfs soumis à des excitations sous-liminaires directes ou réflexes. (Miguel OZORIO DE ALMEIDA. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CII, p. 56.)

Electrode impolarisable bi-auriculaire pour la mesure de la chronaxie du nerf vestibulaire. (G. BOURGUIGNON. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 1057.) — Cette électrode, dont l'auteur donne la description, facilite grandement les mesures de la chronaxie du nerf vestibulaire ; cette chronaxie est variable suivant les individus ; cette variation dépend de l'émotivité.

Sur la relation de la chronaxie musculaire avec la décomposition du phosphate de créatine. (NACHMANSOHN. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 1086.)

Mesure de la résistance initiale du corps humain au moyen de l'oscillographe cathodique. (André STROHL et Henri DESGREZ. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 1095.)

Recherches sur l'excitabilité réflexe au moyen du réflexe dorso-cutané de la grenouille. (L. et M. LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 1083.)

Dispositif mécanique destiné à représenter les phénomènes de l'excitation électrique. (A. STROHL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1929.) — A l'aide d'un appareil composé d'un pendule l'auteur représente les phénomènes de l'excitation électrique.

Chronaxie de l'innervation motrice chez le calmar ; sa modification dans le ganglion étoilé séparé des centres supérieurs. (L. et M. LAPICQUE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CII, n° 626.)

Chronaxies sensorielles cutanées chez l'homme. (G. BOURGUIGNON. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 5 août 1929.)

Réflexe plantaire et chronaxies de la jambe chez l'homme et les mammifères. (*La Médecine*, sept. 1929, p. 669.) — Lorsque le réflexe plantaire est inversé (signe de Babinski), ou lorsqu'il existe une lésion pyramidale, la chronaxie des extenseurs augmente et devient égale au double de la normale ; la chronaxie des fléchisseurs diminue et devient égale à la moitié de la normale.

V. DERMATOSES

Le traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque par la diathermo-coagulation. (P. RAVAUT et L. FILLIOL. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, déc. 1928,) — La diathermo-coagulation serait la méthode de choix. L'électrode active est constituée par une aiguille à électrolyse qu'on enfonce dans une dizaine de points par séance. Trois observations démonstratives.

L'électro-dessiccation en dermatologie. (ARCHIMBAULT et Albéric MARIN. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juin 1928.) — Emploi monopolaire du courant de

Oudin pour la plupart des lésions cutanées. Cicatrisation rapide, cicatrice souple et esthétique.

La physiothérapie des prurits. (Pierre Betoule. *Th. de Paris*, 1929.) — L'auteur passe en revue les agents physiques qui sont susceptibles d'agir sur le prurit : ionisation, haute fréquence, rayons ultraviolets, radiothérapie, hydrothérapie, etc. Trente-trois observations et une importante bibliographie.

Résultats de la diathermo-coagulation en dermatologie. (J. Durin. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, déc. 1929.) — L'auteur étudie l'action de la diathermo-coagulation dans les cancers cutanés, les nævo-carcinomes, les tuberculoses cutanées, les chéloïdes, etc. Il donne des statistiques intéressantes.

VI. APPAREIL CIRCULATOIRE

La diathermie et la radiothérapie dans le traitement de l'artérite oblitérante. (L. Delherm et H. Beau. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1929, p. 383 à 387.) — Les auteurs recommandent la technique suivante : commencer la séance en mettant une plaque au-dessus du point où commencent les douleurs (fesse, cuisses); l'autre électrode sous les pieds, augmenter l'intensité jusqu'à ce que les chevilles soient échauffées sans douleur. On enlève la plaque qui est sous les pieds et on la place aux mollets en débitant le courant doucement jusqu'à échauffement de la partie supérieure du membre, quatorze cas sont rapportés : 5 échecs, 2 améliorations, 7 guérisons.

La diathermie et la radiothérapie dans la maladie de Raynaud. (Monier-Vinard, Delherm et Beau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1928.) — Trois cas traités par la diathermie seule, 500 à 1.000 m.-a.; trois grosses améliorations. Un cas traité par la diathermie, les rayons X et les rayons infra-rouges. Guérison presque complète.

Maladie de Raynaud et hautes fréquences. (Bonnefoy. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1928.) — L'auteur rapporte une observation démonstrative d'un cas traité par le lit condensateur : un sujet très gravement atteint (impossibilité d'écrire), à la suite de dix-neuf jours de traitement, restait guéri trois ans après.

VII. SYSTÈME NERVEUX

Les atrophies postsciatiques. (Colanéri. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1929.) — Après la douleur traitée par la radiothérapie, il persiste de l'atrophie musculaire; on ne doit donc pas considérer le traitement comme terminé, mais traiter l'amyotrophie par le courant galvanique et la gymnastique électrique ou active.

Poliomyélite antérieure. (W. Benham Snow. *Phys. Therapeut.*, janv. 1929, t. XLVII, n° 1.) — L'auteur recommande dès le début de l'affection le courant de statique ondulé, associé à la diathermie, à la lumière et à la chaleur.

A propos d'une fausse sciatique : tumeur intramédullaire. (A. Zimmern, F.-A. Chavany et M. David. *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de France*, mars 1929.)

Paralysie infantile avec symptômes insolites : double signe de Babinski, thermo-anesthésie, troubles sphinctériens, syndromes de Cl. Bernard-Horner. (L. Babonneix. *Revue neurol.*, janv. 1929.)

Un cas de polynévrite postencéphalitique traitée par l'ionothérapie transmédullaire. (Langeron, Desplats et Galiegne. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 9 juin 1929.) — L'évolution de cette affection, chez une femme de trente-six ans, a été remarquablement influencée par l'ionisation de $CaCl^2$ à 1 p. 100 : électrode positive placée sur les deux yeux fermés, la négative à l'interstice sacro-vertébral. Séances trois fois par semaine; intensité 10 m.-a.; durée trente minutes.

Myopathie avec hémiplégie infantile. (L. Babonneix et J. Lhermitte. *Revue neurol.*, 1929, p. 57.) — Observation d'un jeune garçon de dix ans qui présentait cette association qui est exceptionnelle. Principaux symptômes : pseudo-hypertrophie portant principalement sur les mollets, hémiplégie infantile droite, amyotrophie, exagération des réflexes, troubles trophiques. Enfin, modifications des réactions électriques.

Atrophie considérable du membre inférieur et coxa-valga consécutives à une paralysie infantile. (Oudard et Courtier. *Revue d'orthopédie*, juillet 1929.) — Ce qu'il y a de curieux dans cette observation de cet inscrit maritime de vingt ans c'est la remarquable adaptation fonctionnelle de ce membre demi-atrophié et paralysé.

La voie orbito-occipitale en électrothérapie et en électrophysiologie des voies motrices centrales. (Bourguignon. *La Médecine*, juin 1929.)

Le sympathique au cours des séances de diathermie dite chauffante. (J. Cotencin. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 577.)

Contribution à la thérapeutique de la névralgie faciale. (Ch. Rifailoff. *Th. de Bucarest*, in *Revue neurol.*, oct. 1929, p. 452.) — L'auteur signale, en dehors des rayons X, l'ionisation transfaciale analgésique par le salicylate Na, l'aconitine, etc.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes. (A. Laquerrière. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1929, t. XIII, n° 2, p. 65 à 73.) — Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes sont constituées par un courant continu ondulé et inversé mais qui, quand il est arrivé à son maximum, reste à l'état constant durant un certain temps avant de redescendre à zéro pour s'inverser.

Les ondes alternatives ne doivent pas être considérées comme devant se substituer à la majorité des multiples usages des courants galvanique et faradique. Dans certaines affections elles agissent sur la trophicité à l'instar du courant constant; dans certaines autres elles paraissent avoir des effets un peu supérieurs à ceux du courant constant ou rythmé. Dans la *paralysie infantile* elles semblent nettement plus efficaces que les applications habituelles du courant continu parce qu'elles permettent de réaliser une gymnastique musculaire dans des conditions particulièrement favorables.

Contribution à l'étude du syndrome de Laudry. (Riser et Sorel. *Sud méd. et chir.*, 15 avril 1929.)

Etude myographique d'un cas de myotonie. (Bremer et Mage. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CII, p. 339.)

Nouvelles recherches sur la sommation d'influx nerveux. (F. Bremer. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CII, p. 332.)

VIII. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Les traitements électriques de la blennorragie et de ses complications. (J.-E. Marcel. *Journ. de méd. de Paris*, 1929, n° 3.) — Dans la forme simple aiguë le traitement curatif sera constitué par le courant continu, ionisation, ou par les courants de haute fréquence.

Dans la forme chronique chez l'homme et chez la femme la diathermie donne de bons résultats.

L'électrothérapie dans les affections non gonococciques du col utérin. (C. F. ORR WHITE. *Brit. med. Journ.*, 19 janv. 1929, n° 3.550, p. 103.) — Association de la diathermie et du courant galvanique dans les séances différentes.

Traitement des métrites chroniques du col de l'utérus par la diathermo-coagulation. (CHENILLEAU et PAGÈS. *Presse thermale et climatique*, 1er mars 1929.)

La diathermie en gynécologie. (DAUSSET et CHENILLEAU. *Presse thermale et climatique*, 1er mars 1929.)

Les méthodes électriques anciennes en gynécologie. (A. LAQUERRIÈRE. *Presse thermale et climatique*, 1er mars 1929.) — Malgré la vogue de la diathermie, il ne faut pas oublier le courant continu, le courant faradique. Les courants de haute fréquence ont leur action limitée parce qu'ils sont emmenagogues. Le courant induit et la galvanisation peuvent être utilisés en toutes circonstances.

Traitement par la diathermie des lésions inflammatoires du bassin. (C. A. ROBINSON. *Brit. med. Journ.*, 15 juin 1929, p. 1072.)

Diathermie localisée, son influence sur la sécrétion rénale. (M. H. FRIEDMAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 18 mai 1929, n° 29.)

A propos du traitement faradique des métrorragies rebelles. (Y. HÉLIE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1929.) — L'auteur a publié des succès en 1927. En 1929 une des malades a refait une hémorragie; on a reconnu la présence d'un polype. Or, la faradisation avait donné en 1927 une guérison passagère dans un cas de polype.

La diathermie, thérapeutique d'appoint des affections inflammatoires du bassin. (L. C. SCHEFFEY et W. H. SCHMIDT. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, août 1929.)

Traitement de l'endocervicite par le cautère et l'électro-coagulation. (W. F. HARRIMAN. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, août 1929.)

IX. AFFECTIONS CHIRURGICALES

La guérison du trachome par la diathermie chirurgicale. (MONBRUN. *La Médecine*, janv. 1929.) — La diathermie chirurgicale permet de détruire les granulations sans altérer les tissus sains et sans rétractions palpébrales cicatricielles.

Electro-chirurgie des affections malignes de l'œil, de l'oreille, du nez et de la gorge. (I. THOMSON STEVENS. *Arch. of phys. Therap.*, janv. 1929, n° 1.)

Electro-coagulation des amygdales, technique et résultats. (Gregg A. DILLINGER. *Arch. of phys. Therap.* nov. 1928.)

L'électro-coagulation diathermique, traitement de choix des tumeurs et productions pathologiques du visage. (CASTEX. *Concours méd.*, mars 1929, avec fig.) — « Aucun remède, aucun traitement ne peut être comparé à la diathermo-coagulation ». L'auteur expose la technique dans chaque cas particulier et cite des observations démonstratives.

L'ionisation et ses applications analgésiques. (ZIMMERN. *Revue d'actinol. et de physioth.*, janv.-fév. 1929.)

L'utilisation de l'électro-chirurgie dans l'ablation des tumeurs. (I. SENÈQUE. *La Presse méd.*, 10 avril 1929.) — Relations des travaux de Cushing et Bovie et de De Martel. L'utilisation du bistouri diathermique pour l'ablation des tumeurs présente de multiples avantages dont le principal est l'hémostase. On a pu opérer par cette méthode des méningiomes, des gliomes cérébraux et cérébelleux, des tumeurs des vaisseaux et de l'acoustique.

De l'emploi du bistouri diathermique et des ondes entretenues en dermatologie. (GIRAUDEAU. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphilig.*, janv. 1929.)

La d'Arsonvalisation en stomatologie. (BORDIER. *Revue dentaire intern. d'électrol. et de physioth. des cancers buccaux*, fév. 1929.)

L'ionisation par le zinc dans l'otorrée chronique. (A. R. FRIEL. *Arch. of Phys. Therapy. X Ray. Rad.* fév. 1929, X, n° 2, p. 45.)

De la pyophagie (COLLOT. *La Vie méd.*, 10 avril 1929.)

Rhinites vaso-motrices, leurs formes et leurs complications, traitement et guérison par la désensibilisation de la muqueuse nasale obtenue par électrolyse. (DIDSBURY. *Bull. méd.*, 15 déc. 1928.)

Traitement des tumeurs de la vessie. (G. LUYS. *La Clinique*, juin 1929.) — L'électro-coagulation est le traitement de choix des tumeurs bénignes de la vessie. On détruit de cette manière non seulement la tumeur mais toute la base d'implantation.

Le traitement des nævo-carcinomes par la diathermo-coagulation. (BELOT, NAHAN, DURIN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.). — La diathermo-coagulation est plus rapide et plus énergique que l'électrolyse; elle permet de détruire en une seule séance de grosses tumeurs; elle bloque immédiatement les tissus et empêche les effractions. Les auteurs apportent leur statistique.

L'électro-coagulation diathermique, procédé de choix pour les opérations endo-nasales courantes. (CASTEX. *Les Journ. méd. réunis*, 15 mai 1929.)

Nodosités douloureuses du tissu adipeux consécutives à des applications de diathermie. (DAVIOT. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1929.)

Kyste hydatique et diathermie. (F. DEVÉ et M. LESSERTISSEUR. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CI, 1929.) — Des expériences des auteurs on peut conclure que la diathermie n'a pas d'action curative sur l'échinococcose.

Le traitement des hémorroïdes par la méthode ambulatoire des injections sclérosantes. (A. ROCHARD. *Le Monde méd.*, 15 août 1929.) — La méthode des injections sclérosantes est excellente; mais lorsque la région anale est douloureuse, sensible, on aura recours à la diathermie suivant la méhode de Bensaude et Marchand, ou à la vieille méthode H. F. de Doumer, qui a fait ses preuves.

Indications post-opératoires du lavement électrique. (DELHERM et CODET. *La Prat. méd. franç.*, août 1929.) — Le lavement électrique n'est pas suffisamment utilisé; on lui reproche à tort d'être compliqué et de faire perdre du temps; on doit l'utiliser judicieusement. Les auteurs rapportent 12 observations avec une proportion de succès de 91 p. 100. On peut avec succès ajouter au lavement le bain de lumière sur l'abdomen.

Note sur le lavement électrique, plus spécialement après les interventions chirurgicales. (DELHERM et CODET. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1929.) — Statistique de 29 cas. Le lavement électrique est très indiqué chez les opérés qui ne vont pas à la selle; il faut quelquefois en donner plusieurs; on se basera sur les signes, acceptés aujourd'hui comme classiques pour continuer le lavement ou passer la main au chirurgien.

X. DIVERS.

L'exercice musculaire électriquement provoqué. (LAQUERRIÈRE, *Revue d'actin. et de physioth.*, janv.-fév. 1929.) —

Résumé des divers travaux de l'auteur sur cette question. Il rappelle les divers procédés en citant leurs indications : courant continu ondulé ou rythmé, ondes alternatives à longues périodes, courant faradique, étincelle indirecte, électromécanothérapie, méthode de Bergonié.

Quelques notions d'actualité sur les courants de haute-fréquence : d'Arsonvalisation. (A. LAQUERRIÈRE. *La Pratique méd. franç.*, août 1929.) Article de vulgarisation insistant sur les points suivants ;

1° Les courants de haute fréquence permettent de réaliser une thermothérapie précieuse mais n'agissent pas seulement par la chaleur.

2° La chaleur produite n'est pas toujours sans inconvénients : nodosités chez les obèses, cas qui tolèrent mal la chaleur, etc.

3° La mesure des courants de haute fréquence par le milliampèremètre thermique est tout à fait aléatoire;

4° Le bistouri électrique n'agit pas par une véritable électro-coagulation.

Contribution à l'étude du traitement de l'asthme essentiel par la diathermie. (GHIMUS. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI.) — Deux filles atteintes d'asthme essentiel ont été traitées par la diathermie : 14 et 18 séances de trentes minutes avec de larges électrodes sur le thorax et le dos. Dans les deux cas, disparition des accès au cours du traitement. Ce traitement devrait être essayé dans la bronchite aiguë et chronique.

La physiothérapie dans le traitement du rhumatisme chronique. (F. D. HOWITT. *Brit. med. Journ.*, fév. 1929, n° 3555.) — Il semble pour l'auteur que seule la diathermie peut donner des résultats dans cette affection.

Action de la diathermie chauffante sur le métabolisme. (J. COTTE et J. COTTENCIN, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 38.)

Technique du traitement des affections anorectales. (Durand BOISLEARD. *Le Concours méd.*, déc. 1929.) — La diathermo-coagulation présente sur la méthode chirurgicale, l'avantage d'être anodine et mieux acceptée par le malade. Sur la méthode des injections elle a l'avantage de présenter des indications plus étendues et de réussir là où les injections avaient échoué.

La diathermothérapie dans le syndrome « péricolite droite ». (Gaston DURAND et L. DELHERM. *La Presse méd.*, 19 janv. 1929.) — 16 cas ont été traités par la diathermie. Technique : séances tous les deux jours, intensité, 1800 à 2300 M. A., vingt à trente minutes — vingt séances en moyenne. — Les auteurs ont obtenu six succès et dix échecs, Il s'agissait de cas opérés avant la diathermothérapie.

Au sujet du traitement de la constipation par la galvanisation rythmée. (LOUBIER. *Bull. offi. de la Soc. franç. d'électh. et de radiol.*, juillet 1929.) — L'auteur rappelle le procédé préconisé par Zimmern et tombé dans l'oubli. Cinq observations dont trois succès, un résultat douteux et un insuccès. Technique : galvanisation rythmée et renversée au métronome avec l'intensité tolérable; une petite plaque dans chaque fosse iliaque. Séances trois fois par semaine.

XI. BIBLIOGRAPHIE

Les courants continus et les courants faradiques. (L. DELHERM et A. LAQUERRIÈRE. IIe volume. « Les actualités physiothérapiques », in-8, 68 p., 29 fig., 1929, Gauthier-Villars, édit., prix 10 fr.) — Ce deuxième volume est consacré au courant faradique, à l'exercice musculaire électriquement provoqué et à la méthode de Bergonié.

Les principes de l'électrothérapie et leurs applications pratiques. (W. J. TURREL. 1 vol. de 413 p. 2e édit. Librairie Humphrey Milford, Oxford University press. Londres.)

Salpingo-ovarites. Traitements conservateurs. Indications et technique. (G. DANIEL. 1 vol. de 116 p. et 10 fig. Librairie Maloine). — Aucune salpingo-ovarite ne sera opérée sans un essai préalable et loyal de la physiothérapie. L'auteur insiste particulièrement sur la diathermie.

Étude élémentaire des arythmies. Lecture des électrocardiogrammes. Phono et cinématographie. (R. LUTEMBACHER. Vol. de 110 p., 78 fig., 1929, Masson, édit.)

Précis de physique médicale (physique biologique, radiologie, physicothérapie. (I. CLUZET. 1 vol. in-8 de 840 p. avec 446 fig. Librairie Octave Doin.) — C'est la troisième édition de ce traité, dans lequel il faut signaler de nombreuses transformations et additions. Ce livre sera utile même aux spécialistes.

Recherches sur les variations de la tension artérielle après ionisation transcérébrale. (S. SWARC. 1 vol. de 35 p., Jouve et Cie, édit., Paris, 1929.) — L'ionisation iodée ou calcique transcérébrale ne change pas notablement la tension artérielle chez un sujet normal.

Effets de l'ionisation sur quelques dermatoses. (PUYAUBERT. 1 vol. de 63 p., Legrand, édit. Paris, 1929.) — L'auteur appelle surtout l'attention sur les points suivants :

1° Action de l'ion iode sur les chéloïdes et les cicatrices adhérentes : les résultats obtenus sont très satisfaisants.

2° Action de l'ion zinc dans diverses ulcérations infectieuses cutanées : les résultats sont variables.

Électrothérapie gynécologique. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. Gauthier-Villars et Cie. Paris, 1929, 1 vol. de 104 p.) — Les deux auteurs, élèves d'Apostoli, ont toujours pratiqué l'électrothérapie gynécologique, soit par les méthodes anciennes, soit par les procédés récents : l'électrothérapie gynécologique qui utilise les courants de haute fréquence et plus particulièrement la diathermie. On consultera avec fruit ce petit volume qui résume tout ce qui doit être utilisé dans ces méthodes.

Diathermie et diathermothérapie. (BORDIER. 5e édition, revue et augmentée, 1929, 1 vol. de 670 p. avec 245 fig. J.-B. Baillière et fils, Paris.)

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES ARYTHMIES.

Par le docteur B. DERECQ, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Toutes les arythmies ne sont pas également graves. On peut même dire que beaucoup d'entre elles sont bénignes; tel est le cas de la plupart des arythmies d'origine sinusale, comme l'arythmie respiratoire, l'extrasystolie sinusale ou auriculaire, et des arythmies atrio-ventriculaires, comme les divers rythmes nodaux, lents ou rapides : bradycardie nodale et tachycardie paroxystique (1).

La thérapeutique de ces troubles mineurs est pour ainsi dire inexistante. D'abord parce que leur bénignité relative n'exige pas une thérapeutique spéciale, et aussi, il faut l'avouer, parce que l'arsenal médicamenteux se trouve bien démuni lorsqu'il s'agit de lutter contre l'extrasystolie, la tachycardie paroxystique, etc.

Il en va tout autrement lorsqu'il s'agit de troubles ryth-

(1) La tachycardie paroxystique est, en effet, le plus souvent d'origine nodale.

miques plus graves, comme le flutter auriculaire, l'arythmie complète, et son complément, heureusement beaucoup plus rare, le bigéminisme, avec ou sans salves, greffé sur la fibrillation auriculaire. Il en est de même, aussi, lorsqu'on est en présence des blocs auriculo-ventriculaires, avec ou sans syncopes.

En présence d'une arythmie complète, ou de son équivalent clinique, le flutter, la conduite à tenir est des plus simples. Ou il s'agit d'une arythmie réductible, et alors la digitale, le sulfate de quinidine, auront vite fait de remettre les choses en ordre. Ou il s'agit de troubles irréductibles où la digitale restera sans action (du moins en ce qui concerne les troubles rythmiques proprement dits), tandis que la quinidine sera formellement contre-indiquée. On tombe alors dans le cas bien connu où il faut un adjuvant à la médication digitalique, car il faut éviter les doses massives ou répétées de digitale qui peuvent troubler le myocarde, faciliter l'apparition de troubles pré-fibrillatoires et amener la mort subite. C'est dans la catégorie des cardio-toniques mineurs qu'il faut chercher cet adjuvant : la coramine sera particulièrement indiquée, car elle soutient la fibre myocardique sans apporter aucune substance toxique, et par conséquent entretient et même renforce l'action de la digitale, sans déterminer les conséquences que pourrait apporter l'emploi de cette dernière.

Il est d'autres cas où le médicament cardio-tonique mineur prendra le pas sur la digitale : c'est lorsqu'on se trouvera immédiatement en présence de phénomènes pré-fibrillatoires. Alors, seules devront être prescrites les médications mineures, à l'exclusion de la digitale, même à doses infimes. La coramine trouvera ici une indication absolue.

Enfin, dans les blocs auriculo-ventriculaires où la digitale, aussi bien que ses succédanés, est absolument contre-indiquée parce qu'elle accroît la durée de la conduction, et par conséquent risque d'augmenter le barrage entre le cœur supérieur et le cœur inférieur, la coramine prendra sa place à côté de l'adrénaline. Si, en effet, l'adrénaline provoque à la fois une accélération totale et la reviviscence des foyers d'automatisme ventriculaires inférieurs, qui viennent ainsi suppléer à la con-

traction supérieure trop lente à venir, ou même par instant, tout à fait déficiente, la coramine, elle, renforce la contraction cardiaque, ce que ne fait pas l'adrénaline, tout en accélérant aussi tant soit peu le rythme. Elle apporte au myocarde l'élément actif nécessaire à son bon fonctionnement, tout en le préservant d'une intoxication qui augmenterait le danger sans apporter une contre-partie suffisante.

En résumé :

La ligne de conduite thérapeutique, en ce qui concerne les arythmies graves, qui seules sont à traiter, est la suivante :

On a affaire à de l'arythmie complète. On tâte le terrain avec la digitale ; si celle-ci paraît amener une résolution importante des troubles cardiaques, on est en droit de tenter la régularisation du cœur et on donne de la quinidine.

Si la digitale, au contraire, n'amène qu'une sédation peu importante ou purement momentanée des troubles cardiaques, on laisse de côté la quinidine et on reste dans l'expectative armée (diurétiques, etc.).

Si la digitale paraît provoquer du bigéminisme, on la cesse immédiatement et on la remplace par la coramine. La coramine servira également d'utile adjuvant à la digitale, même dans les cas où celle ci est efficace et apparemment inoffensive.

Dans les blocs, la digitale étant formellement contre-indiquée, on emploiera avec succès le traitement combiné adrénaline-coramine, surtout lorsque l'on aura constaté des troubles rythmiques graves s'accompagnant de syncopes, avec ou sans défaillance cardiaque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 MARS 1930)

Arrêt de torsion de l'intestin. — Ce travail de MM. Brouet et Caroli est rapporté par M. BERGERET. Le diagnostic fut posé par l'examen radiologique qui montra le cæcum et le côlon ascendant dans le flanc gauche. Iléo-colostomie. Guérison. M. Bergeret insiste sur les bons résultats de ces iléocolostomies pratiquées avec une technique conservant la valvule de Baudin.

Torsion des annexes pendant la grossesse. — M. MOCQUOT fait un rapport sur ce travail de M. Delfourd (d'Epinal) qui, devant les signes cliniques, posa le diagnostic de torsion. Intervention. Ablation des annexes droites. Continuation de la grossesse.

Un moyen de diagnostic de la grossesse extra-utérine. — M. GERNEZ rapporte une intéressante observation en son nom et celui de M. P. Moulonguet. C'est le curettage suivi d'examen histologique qui leur permit de poser le diagnostic de grossesse extra-utérine (transformation déciduale sans villosités placentaires). Intervention. Guérison. Ce procédé de diagnostic avait été indiqué par M. Lecène.

M. PROUST pense qu'il s'agit d'un hématosalpinx non rompu. Le procédé employé par M. Gernez est intéressant mais il faut un examen histologique parfait pour obtenir un résultat.

Bistouri à haute fréquence. Action excitatrice des courants à haute fréquence. — M. HEITZ-BOYER, dans une plaie atone après néphrectomie a fait un curettage au bistouri à haute fréquence et en a obtenu un excellent résultat.

M. Heitz-Boyer n'a pas eu d'hémorragie secondaire; il a eu une hémorragie en enlevant un Mikulicz chez un cancéreux de la vessie. Elle ne peut être attribuée à l'instrumentation électrique.

Il faut envisager à un point de vue particulier la coagulation sur pince qui détermine des escarres et doit être employée avec prudence.

M. LENORMANT est d'avis aussi qu'il faut bien distinguer entre le bistouri électrique lame coupante, qui fait saigner, et la coagulation sur pince qui revient à une hémostase par cautérisation.

M. DE FOURMESTREAUX qui a employé largement le bistouri électrique n'a eu qu'une hémorragie secondaire pour un néoplasme lingual. Certains procédés électriques (appareil à ondes entretenues) permettent l'hémostase. Il insiste sur l'indolence de l'application des courants à ondes amorties.

M. GERNEZ emploie pour l'hémostase des pinces très fines et n'a jamais eu d'hémorragie secondaire, sauf une au début de son emploi de la méthode. Il ne l'emploie que dans les épithéliomas.

M. CUNÉO a eu l'impression qu'il n'y avait pas grande différence dans l'emploi des bistouris électrique et en acier. M. Cunéo estime toutefois qu'il faut diriger le bistouri électrique, et qu'il ne peut guère être employé pour utiliser les plans de clivage.

M. BAUMGARTNER pense que le bistouri électrique peut, par l'emploi des deux courants, couper et coaguler. Ceci a son intérêt pour certains organes, poumon en particulier. La coagulation sur pince est intéressante pour un organe où l'on devrait sans cela laisser une pince à demeure.

M. MONOD pense que l'appareil à ondes entretenues a une action hémostatique assez limitée. L'effet coupant ou coagulant dépend : de l'électrode employée, de la rapidité de la section vasculaire, de l'utilisation des courants.

M. Jean-Louis FAURE a observé un cas d'hémorragie rapide après section d'un col utérin.

M. PROUST estime que l'emploi du bistouri électrique à ondes entretenues produit un effet de section par dislocation cellulaire. L'emploi des ondes amorties donne un effet hémostatique.

M. HEITZ-BOYER considère en résumant la discussion, qu'il faut distinguer l'hémostase primitive et secondaire, les courants à ondes amorties et à ondes continues.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 MARS 1930)

Traitement de diverses contractures par la scopolamine « per os ». — MM. CROUZON et H. DESOILLE ont obtenu de bons résultats thérapeutiques, au point de vue symptomatique, dans des cas très variés : sclérose en plaques, syndrome de Little, hémiplégie, etc., en donnant du bromhydrate de scopolamine à hautes doses. Pour atteindre ces hautes doses, il est nécessaire d'aller très progressivement, et, en outre, de fractionner la dose journalière.

Rôle favorisant des perturbations locales causées par l'adrénaline sur la pullulation des bactéries. — MM. M. RENAUD et MIGET ont suivi le développement de différentes bactéries après injection de culture faite sous la peau des cobayes en même temps que celle d'une solution d'adrénaline de concentration convenable.

L'adrénaline, injectée seule, produit une mortification qui, d'abord aseptique, aboutit à une escarre sèche avec perte de substance, dont l'infection secondaire, peu importante, guérit rapidement.

Dans ces tissus mortifiés, les bactéries, quelles qu'elles soient, pullulent aisément, même celles qui sont dépourvues de tout pouvoir pathogène.

Avec des bactéries de virulence faible, on assiste au développement rapide d'énormes lésions phlegmoneuses locales,

Avec les bactéries franchement pathogènes les phénomènes infectieux prennent une marche d'une extrême acuité avec rapide invasion septicémique.

Ces expériences confirment les notions connues sur le rôle des désordres locaux dans le développement des états infectieux et mettent en évidence le rôle que l'adrénaline peut jouer comme facteur d'appel pour une infection.

Tumeurs cancéreuses provoquées chez la souris par inoculation de peau de souris badigeonnées avec le goudron en des points différents. — MM. L. Nègre et J. Valtis ont constaté que l'inoculation à des souris saines de la peau de souris badigeonnées au goudron en des points différents paraît capable de provoquer la formation au point d'inoculation de tumeurs adéno-carcinomateuses et lymphoïdes.

Les tumeurs apparaissent dans un délai de cinq à sept mois après l'inoculation de la peau, principalement dans le lot des souris inoculées avec la peau des souris badigeonnées au goudron pendant quatre mois et demi.

Contribution à l'étude des effets de l'ultravirus tuberculeux par inoculation intrarachidienne chez le cobaye. — MM. T. de Sanctis Monaldi et J. Valtis ont inoculé l'ultravirus tuberculeux dans le canal céphalo-rachidien des cobayes jeunes et adultes. Ils ont observé que l'ultravirus inoculé par la voie intrarachidienne peut se transformer « in situ » en bacilles acido-résistants typiques. Dans certains cas, peut-être à cause de la circulation rapide du liquide céphalo-rachidien, il gagne rapidement les ganglions lymphatiques où il trouve des conditions plus favorables à son développement et à l'acquisition de l'acido-résistance.

Le trajet des fibres excito-sécrétoires contenues dans le vague. La sécrétion provoquée par excitation directe du pancréas en certains points électifs. — M. René Gayet et Mlle Guillaumie. Ayant utilisé la technique décrite par Delezenne, Hallion et Gayet (mise en dérivation, sur la circulation carotido-jugulaire d'un chien perfuseur, d'un pancréas muni de ses connexions vagales et prélevé sur un autre animal), nous confirmons la notion établie par Popielski du passage dans la musculo-séreuse pylorique de toutes les fibres excito-sécrétoires du pancréas contenues dans les vagues. Ces filets pénètrent dans la paroi de l'estomac au vestibule pylorique. Ils quittent le duodénum pour se rendre au pancréas, non pas brusquement comme le croyait Popielski, dans la région juxtapylorique, mais tout le long de la surface d'accolement du pancréas et du duodénum jusque dans la région de Wirsung.

Les auteurs montrent ensuite que trois régions (le lieu de pénétration de l'arbre pancréatico-duodénal dans la glande, la région du Santorini et celle du Wirsung) sont particulièrement sensibles aux excitations provoquées par le contact direct d'électrodes excitatrices avec la glande pancréatique. Après analyse comparative des effets obtenus par l'excitation de ces régions et celle du vague, avant et après atropine, ils concluent qu'il s'agit là de trois centres sécrétoires nerveux capables chacun pour leur compte de faire sécréter la totalité de la glande.

Nature varicello-zonateuse de trois zonas apparus chez des sujets récemment vaccinés. — MM. Arnold Netter et et A. Urbain. La réaction de fixation spécifique du zona est positive dans les zonas primitifs, mais aussi dans les zonas secondaires, dits éruptions zostériformes. Cette réaction a été positive dans 15 zonas apparus après intoxications, par l'arsenic (10 cas), le bismuth (3 cas), le mercure (2 cas). Les auteurs ont pu aussi par ce procédé montrer la nature varicello-zonateuse de zonas secondaires à la vaccine.

Trois cas ont permis de retrouver la coexistence d'anticorps vaccinaux et zonateux. Chez les 3 sujets le taux de fixation s'est montré plus élevé vis-à-vis de l'antigène vaccinal. Chez un des malades, revu ultérieurement, le taux s'était maintenu pour la vaccine, il avait augmenté pour le zona. Chez un autre, au bout de huit mois, le taux pour la vaccine était devenu inférieur à celui du zona. Le zona survenu après vaccination n'était donc pas l'expression de l'infection vaccinale, mais traduisait l'activité du virus zonateux présent chez les sujets au moment de la vaccination.

RENSEIGNEMENTS

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEURS MÉDULLAIRES

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Forme pseudo-pottique (Sicard). — Avec rachialgie, contracture des muscles vertébraux; peut être d'un diagnostic difficile.

Enfin, il existe des formes de paraplégie ascendante ou récurrente se constituant de bas en haut.

B. **Topographiques. — Tumeurs de la région cervicale.** — Radiculalgies et amyotrophies dans le domaine des nerfs cervicaux ou brachiaux. Paralysie des membres supérieurs puis quadriplégie. Possibilité de troubles bulbaires (bradycardie, glycosurie, troubles respiratoires).

Tumeurs dorsales supérieures. — Quadriplégie.

Tumeurs lombaires (D^{IX} à L^{II}). — Correspondent schématiquement au type de description.

On doit également faire rentrer dans le cadre des tumeurs un certain nombre de cas de syndrome de la queue de cheval (paralysie des sciatiques, anesthésie en selle du périnée et des organes génitaux).

C. **Anatomiques.** — Parmi celles-ci on peut parfois soupçonner cliniquement les *neurosarcomes radiculaires.* Le type le plus fréquent est l'antérieur : les douleurs y sont précédées d'amyotrophies avec exagération des réflexes. Le type latéral donne des douleurs et un syndrome de Brown-Séquard. Le type postérieur est de bonne heure hyperdouloureux; les algies restent très localisées. Les résultats opératoires de ces tumeurs sont favorables, l'extirpation n'offre de difficultés que pour le type antérieur.

On soupçonnerait également les *tumeurs intramédullaires* s'il existe des amyotrophies au-dessous de la zone réflexogène (P. Marie et Foix).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic suppose plusieurs étapes :

1° **Reconnaître la compression médullaire.** — A la phase de radiculalgies, on discutera toutes les névralgies tenaces d'origine toxique (diabète) ou infectieuse (rhumatisme, zona), ou liées à une compression (*mal de Pott*).

L'existence de troubles sensitifs à limite supérieure nette, de troubles des réflexes, sans signes vertébraux, devra amener à pratiquer les *examens complémentaires* (ponction lombaire, radiodiagnostic).

A la phase paraplégique, on pensera à :

Une *syphilis médullaire* (type Erb) avec sa longue phase de « claudication intermittente », l'absence de troubles sensitifs et les signes spéciaux de la série spécifique;

Accessoirement à une *sclérose en plaques* qui s'accompagne de signes cérébelleux. Enfin rarement à une sclérose latérale amyotrophique, à une syringomyélie.

2° **Etablir l'existence d'une tumeur.** — On éliminera tout d'abord le *mal de Pott* qui est la cause d'erreur la plus importante.

Là aussi même symptomatologie compressive, avec longue phase d'algies radiculaires, puis paraplégie progressive, en général moins intense. Mais il existe des *signes vertébraux* (rigidité du segment vertébral, douleur à la palpation d'une épineuse, irrégularité de la ligne épineuse, ébauche de gibbosité) et surtout des *signes radiologiques* (de face : pincement articulaire et souvent perte de parallélisme des bords et des apophyses articulaires par tassement latéral; de profil : recul vertébral avec perte de parallélisme des corps et éventail des épineuses).

Mais il est des cas où le doute peut subsister du fait de signes cliniques inhabituels (forme pseudo-pottique). La radiographie peut rester négative : on est alors conduit à recourir à l'*exploration lipiodolée.*

Le *cancer vertébral* peut également poser un diagnostic difficile. Cependant il est le plus souvent secondaire à un cancer digestif ou à une tumeur du sein déjà connus. Des douleurs extrêmement violentes accompagnent le plus souvent les troubles nerveux. En outre la radiographie montre des lésions bien typiques (« vertèbre d'ivoire »).

Enfin certaines *tumeurs para-médullaires* donnent une symptomatologie tout à fait analogue. Ce sont des tumeurs d'origine pariétale développées aux dépens des parties molles (tumeurs des muscles, lymphosarcomes, angiomes) parfois des métastases intrarachidiennes (cancer du sein ou du thyroïde); enfin certaines tumeurs d'origine osseuse (chondromes, exostoses). Leur diagnostic ne sera le plus souvent qu'opératoire.

3° **Etablir un diagnostic topographique** (et si possible de nature).

On y parviendra : *a.* Par l'**étude clinique** des troubles nerveux :

— Limite supérieure des *troubles sensitifs*;
— Limite des troubles sympathiques (*réflexe pilo-moteur*).
— Etude des réflexes tendineux, cutanés et de défense.

b. Par le **radiodiagnostic lipiodolé** qui peut donner des renseignements d'une précision absolue.

Ces examens donneront à la fois la notion du siège et *de la hauteur* de la lésion. Celle-ci est comprise entre la limite supérieure des réflexes d'automatisme médullaire et la limite supérieure des troubles sensitifs; elle peut également être délimitée à l'aide du réflexe pilo-moteur.

Quant à *la nature* de la tumeur, elle reste encore bien difficile à affirmer dans la plupart des cas. L'existence d'images radiologiques spéciales, telles que celles que nous avons signalées, permettra parfois de la soupçonner.

TRAITEMENT

Toute compression lente de la moelle doit être laminectomisée et précocement.

Sans doute vaut-il mieux avant de tenter la laminectomie, avoir complété le diagnostic et précisé le siège de la tumeur afin de pratiquer une *opération limitée.* Mais il ne faut pas y consacrer trop de temps sous peine de compromettre les résultats opératoires.

Les *contre-indications* de l'opération décompressive et exploratrice sont très rares et surtout anatomiques, donc difficiles à affirmer cliniquement.

L'extirpation de la tumeur est souvent possible sauf dans les cas de gliomes diffus ou de certaines tumeurs angiomateuses.

Les *résultats* sont variables. L'opération limitée, pratiquée en position assise, sous anesthésie locale, et avec un minimum d'explorations sous-arachnoïdiennes, est peu grave. La mortalité immédiate est peu élevée (18 p. 100) et diminuera sans doute encore grâce aux progrès techniques.

Les résultats à distance sont d'autant meilleurs qu'on a pu opérer plus précocement.

La *radiothérapie pénétrante* pourra être associée ou substituée à la chirurgie. Elle trouvera ses indications majeures dans le cas de gliomes infiltrants, de tumeurs d'origine extra-rachidienne, de métastases, inextirpables.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 29, p. 554, et n° 31, p. 586.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Marseille. — Le *Journal officiel* du 24 avril 1930 publie un décret déclarant la *Faculté mixte de médecine générale et coloniale de Marseille* ouverte à dater du 1er mai 1930.

Par décret en date du 18 avril 1930, rendu sur la proposition du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille les agrégés ou anciens agrégés des facultés de médecine dont les noms suivent :

M. Romieu, chaire d'histologie.
M. Cornil, chaire d'anatomie pathologique et pathologie expérimentale.
M. Mercier (Fernand), chaire de matière médicale et pharmacodynamie.
M. Moitessier, chaire de chimie médicale.
M. Chevallier, chaire de physique.
M. Joyeux, chaire de parasitologie.
M. Gaujoux, chaire de clinique médicale.
M. Roger, chaire de clinique des maladies nerveuses.
M. Imbert, chaire de clinique chirurgicale.
M. Guérin, chaire de clinique obstétricale.
M. Aubaret, chaire de clinique ophtalmologique.
M. Blanchetière, chaire de chimie analytique et hydrologie.

— Lyon. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. C. Clavel et F. Bérard.

Légion d'honneur. — Marine. — Sont inscrits au tableau de concours :

Pour le grade d'officier. — MM. Frezouls et Mielvaque, médecins principaux.

Pour le grade de chevalier. — MM. Badin et Guermeur, médecins de 1re classe.

Distinctions honorifiques. — *Commandeur du Mérite agricole.* — M. le docteur Mallet (d'Angers).

Grand croix du Saint-Sépulcre. — M. le docteur Bandelac de Pariente.

Grand officier de l'Etoile de Roumanie. — M. le professeur Léon Bernard.

Guerre. — M. le médecin général Saint-Paul, directeur du Service de santé de la 20e région, a été placé, à compter du 17 avril 1930, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Rambaud, en remplacement de M. le médecin général Saint-Paul, placé dans la section de réserve.

— M. le médecin colonel Spick a été nommé directeur du Service de santé de la 20e région, à Nancy.

Académie de médecine. — Par décret en date du 15 avril 1930, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par Mme Amélie-Suzanne Mesureur d'une somme de 15.000 fr. pour les arrérages en être attribués, tous les cinq ans, à un médecin ou un savant dont les travaux sont susceptibles de prolonger l'existence humaine.

Cette fondation portera le nom de « Prix Gustave Mesureur ».

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — La démission de membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, donnée par M. Netter, a été acceptée et en application de l'article 9 du règlement d'administration publique du 18 décembre 1902 le titre de membre honoraire de cette assemblée a été conféré à M. Netter.

Le contrôle des mesures sanitaires dans les régions du Midi. — Par arrêté du 14 avril 1930, M. Désiré

Ferry, ministre de la santé publique, a créé une commission de surveillance chargée d'examiner et de contrôler sur place les mesures sanitaires prises dans les régions du Midi éprouvées par les inondations.

Cette commission est composée de MM. le docteur Péchin, député, président; le médecin général Sacquépée, professeur d'hygiène du Val-de-Grâce; le professeur Jacques Parisot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Cette commission travaillera en liaison avec le corps médical des départements sinistrés.

OUVERTURE D'UN DISPENSAIRE POUR LE TRAITEMENT ET LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES A BAB-EL-OUED. — L'Association algérienne de prophylaxie des maladies vénériennes va ouvrir son premier dispensaire à Bab-el-Oued.

Le secteur Nord d'Alger n'était encore pas doté d'un centre antivénérien. L'heureuse initiative de la nouvelle association permettra aux malades pauvres de ce quartier populeux de recevoir gratuitement des conseils éclairés et le traitement qui leur seront nécessaires.

JOURNÉES PROPHYLACTIQUES DE ROUEN (19-21 juin 1930.) — Le départ pour Rouen aura lieu à la gare Saint-Lazare à 8 h. 10 du matin, par le rapide arrivant à Rouen à 9 h. 43.

Visite du service du docteur Payenneville (dispensaire et laboratoire), à l'Hôpital général, à 10 h.

Visite du service sanitaire municipal (prostitution), à 11 h. 30.

Après cette visite, une excursion facultative sera organisée :

Départ en auto-cars de l'Hospice général pour Caudebec-en-Caux ; déjeuner à l'hôtel de la Marine.

Après le déjeuner, visite des Abbayes de Jumièges, de Saint-Wandrille et de Saint-Martin-de-Boscherville.

Retour à Rouen à 6 h. afin de permettre à ceux qui le désireront de reprendre le train du soir pour Paris qui arrive en gare Saint-Lazare à 19 h. 55.

Le prix de l'excursion facultative à Caudebec et du déjeuner ne dépassera en aucun cas 80 fr.

Les grands réseaux des chemins de fer français ont bien voulu accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux médecins qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres ou qui consentiront à payer pour cette distance.

Les autorisations, passibles de l'impôt de 15 p. 100 de l'exemption, seront valables :

A l'aller : du 16 juin au 21 juin 1930 inclus ;

Au retour : du 19 juin au 24 juin 1930 inclus.

Pour l'excursion prévue à Rouen, une réduction collective de 50 p. 100, passible de l'impôt de 15 p. 100 sera également accordée.

AVIS DE VACANCES. — Une place d'auditeur (médecin) est vacante au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Adresser les demandes avec exposé de titres au ministère de la Santé publique, bureau de l'hygiène, 7, rue Cambacérès, à Paris, avant le 10 mai 1930.

— Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin directeur et deux postes de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Adresser les demandes au ministère de la Santé publique, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris, avant le 8 mai 1930.

— Un poste de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés à l'hospice de Tours (Indre-et-Loire) est actuellement vacant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Robert Chaperon, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, médaille d'or de l'Assistance publique, chevalier de la Légion d'honneur, mort victime du devoir professionnel ; Georges Hugel, ancien chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Louis Sauvage (d'Amiens), Briquet, doyen des médecins belges; Moris, maire de Bourg-Saint-Maurice; le médecin général du cadre de réserve Steinmetz; le médecin général Charles Viry, du cadre de réserve, commandeur de la Légion d'honneur, décédé au Val-de-Grâce à l'âge de 85 ans, il était le père du médecin commandant H. Viry, à qui nous adressons l'expression de nos bien vives condoléances.

— Nous apprenons avec une douloureuse émotion la mort rapide de Mme Léopold Mayer-Stiénon, femme de notre confrère et ami le professeur Léopold Mayer (de Bruxelles), rédacteur en chef de *Bruxelles médical*. Mme Mayer était une femme de bien dans la plus noble acception du terme, elle était aussi pour son mari une collaboratrice précieuse que nous avons souvent admirée à l'œuvre.

Nous prions le professeur Mayer et ses fils de trouver ici l'expression très affectueuse de notre profonde sympathie.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES

L'Association française des chirurgiens dentistes s'est réunie en assemblée générale ordinaire le 30 mars 1930, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Billoret.

L'intérêt de cette assemblée s'augmentait cette année de la part singulièrement active prise par l'Association dans l'application à notre profession de certaines questions d'ordre général comme les assurances sociales.

Le docteur Paul Boudin, conseil juridique de l'A. F. C. D., a fourni aux assistants les éclaircissements voulus tant sur les assurances sociales que sur les textes qui doivent lier les mécaniciens aux chirurgiens dentistes.

L'assemblée a adopté le contrat d'apprentissage élaboré par ses représentants et ceux des autres groupements dentaires à la direction de l'enseignement technique.

Après avoir entendu de son président l'exposé de la situation parlementaire à l'égard de la loi Milan et Rio, l'assemblée a donné de nouveau sa confiance aux dix conseillers sortants et a voté à l'unanimité sans abstention l'ordre du jour suivant :

« L'Association française des chirurgiens dentistes, réunie en assemblée générale ordinaire le 30 mars 1930 à la Faculté de médecine de Paris,

« Approuve les dispositions prises par son conseil d'administration qui placent les chirurgiens dentistes dans le corps médical vis-à-vis des assurances sociales,

« Préoccupée des retards apportés au vote de la loi Milan et Rio, retards qui retentissent lourdement sur l'instruction générale et spéciale de la profession, presse son Conseil d'intervenir auprès des autorités intéressées pour hâter la réalisation du principe directeur de l'Association, c'est-à-dire intégrer notre spécialité parmi les spécialités médicales par la législation définie dans le titre de docteur en médecine,

« Approuve la gestion de son Conseil d'administration et lui renouvelle sa confiance. »

Le Secrétaire général :

P. ARNOLD.

REVUE GÉNÉRALE

LES HYSTÉROPEXIES

UNE TECHNIQUE NOUVELLE SES AVANTAGES — RÉSULTATS

Par le docteur M. SÉNÉCHAL,
Chirurgien de la Maison départementale de Nanterre,

et P. ROUZAUD,
Interne de la Maison départementale de Nanterre.

Les déviations utérines sont des affections relativement fréquentes entraînant des troubles locaux, qui, s'ils ne sont en général pas graves, n'en sont pas moins des causes d'ennui pour la femme, et souvent déterminent de véritables désordres généraux dont l'intensité peut parfois être très marquée.

La fréquence de ces affections suffit à dire tout l'intérêt que présente l'étude des moyens thérapeutiques chirurgicaux susceptibles d'y remédier efficacement.

C'est ce qui nous a amenés à passer en revue les principales techniques d'hystéropexies employées et à décrire et mettre au point celle que nous employons dans notre service de la Maison départementale de Nanterre en indiquant les résultats obtenus.

Nombreux sont les cas où les malades sont vues tardivement, alors que les troubles durent depuis longtemps déjà, soit qu'il y ait eu négligence de leur part, soit qu'un diagnostic ferme n'ait pas été posé.

On voit, en effet, souvent des malades qui au cours d'un accouchement ont eu une déchirure du périnée. Que celle-ci soit de notable importance et que sa réparation ait été insuffisante ou bien que cette réfection du périnée n'étant pas faite immédiatement, il se produise — cas trop fréquemment observé —, une réouverture de la brèche, on constatera le plus souvent un certain degré de prolapsus utérin.

Du reste, la réparation du périnée, même bien faite, est insuffisante, mais « la combinaison avec une bonne périnéorraphie très large, très profonde, avec solide hystéropexie, a toujours donné des résultats durables » (Walter).

Parfois aussi il s'agira, plus simplement, de cas où les sangles abdominale et périnéale ont perdu leur tonicité jusqu'à permettre une distension et un relâchement ayant favorisé le prolapsus.

Parfois il s'agit de rétroflexions congénitales visibles chez des multipares, où elles sont quelquefois cause de stérilité (ou même chez des vierges), déterminant des pelvipéritonites légères passées à la chronicité. On peut du reste rapprocher de ces derniers cas, ceux où la prédominance des troubles gastro-entérétiques fait poser un diagnostic d'appendicite chronique alors qu'on est en présence de déviations utérines se manifestant surtout par ces troubles.

Ou bien enfin ce sont des malades chez lesquelles le diagnostic d'une déviation n'a pas été fermement posé.

Quoi qu'il en soit, il est donc surtout deux ordres d'affections justiciables d'hystéropexies, à savoir :

Les déviations utérines,
Et les prolapsus génitaux,

que l'on peut artificiellement corriger pour ramener l'utérus à sa position normale — ce qui, dans certains cas, peut lui rendre sa fonction physiologique — et cela par des moyens de fixation dont nous envisagerons plus loin les techniques.

***

Bien que nous ayons surtout en vue ici le côté technique, il nous a cependant paru bon de rappeler rapidement les troubles qui pourront permettre de poser un diagnostic justiciable d'une telle intervention.

Qu'il s'agisse d'une déviation congénitale, elle se manifestera chez la jeune fille au moment de la puberté ou chez la jeune femme. Elle est pour Pozzi le résultat d'un vice de développement produisant une antéflexion ou une rétroflexion.

Ce tableau se trouve alors dominé par la sténose qui existe au niveau de la coudure et par la coexistence fréquente d'une dystrophie ovarienne; souvent aussi par la complication d'une métrite mal rapportée à sa cause et pouvant déjà relever d'une salpingite chronique. C'est dans ces cas que l'on observe les dysménorrhées douloureuses, la stérilité chez les jeunes femmes, les troubles nerveux, qui du reste peuvent relever de lésions ovariennes concomitantes autant que de la simple déviation utérine.

On verra tous ces troubles disparaître à la suite de l'intervention.

Qu'il s'agisse de déviations acquises, si rares sont l'antéversion et la rétroversion ne déterminant que rarement un retentissement local ou à distance, bien plus fréquentes au contraire sont l'antéflexion et la rétroflexion. On les observe peu à la suite d'un effort, d'une chute à califourchon, d'un traumatisme, qui entraîneront plutôt des désordres périnéaux, urétraux ou vésicaux. Le plus souvent, par contre, on les verra survenir, du reste plus ou moins rapidement, après les accouchements même faciles, ou après les fausses couches, souvent septiquement provoquées par des corps étrangers malpropres, autant de cas où l'action de l'infection post-abortum joue un rôle important. Le poids de l'utérus, le relâchement des ligaments, le relâchement souvent important des parois abdominales, parfois l'effondrement plus ou moins marqué de la sangle périnéale, l'action de l'infection post-abortum dont nous venons de parler, et surtout, le plus souvent une salpingite subaiguë, puis chronique entraînant une métrite, dont on néglige la valeur de diagnostic en pareil cas sont autant de causes aidant à favoriser la déviation utérine. Mais la cause immédiate est surtout un arrêt d'involution, et la bascule de l'utérus est le fait de la métrite puerpérale sous l'influence du poids et de la pression intestinale.

Ces déviations pourront parfois également relever d'affections passées inaperçues, par exemple, de kystes congénitaux de l'ovaire. La rétroversion pou-

vant amener le corps utérin jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas évolue le plus souvent vers une rétroflexion favorisée par l'affaiblissement du plancher périnéal.

De même, l'antéflexion fait suite à l'antéversion.

On est alors en présence de troubles douloureux et peu précis siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, de douleurs lombo-sacrées diffuses, mal définies, de troubles rectaux, vésicaux, tous relevant du reste beaucoup plus de lésions annexielles concomitantes que de la déviation qui cependant est parfois à l'origine de ces lésions.

Pour Trélat, les rétrodéviations étaient divisées en : adhérentes, que l'on peut considérer comme rattachées presque exclusivement à l'inflammation annexielle surajoutée (le plus souvent, il s'agit de salpingo-ovarites); et mobiles qui toutes deux déterminent alors des troubles qui, le plus souvent, sont appelés à disparaître avec la correction de la déviation. Ce sont des douleurs lombo-sacrées, des tiraillements dans les fosses iliaques, de la fatigue à la marche, un malaise général et abdominal, des règles pénibles, irrégulières, abondantes, douloureuses, des troubles généraux se caractérisant par des vertiges, de la dyspepsie, des vomissements et tout un ensemble de troubles gastro-entéritiques.

Le prolapsus génital est, lui, à peu près réservé à la femme âgée surtout et à la femme adulte. Nous relevons cependant un cas de prolapsus génital chez une vierge jeune où il avait été pratiqué antérieurement par un autre chirurgien une hystérectomie, que nous avons dû faire suivre d'une pexie du moignon.

Le prolapsus est le plus souvent consécutif à des accouchements répétés, en particulier chez des sujets à paroi abdominale déficiente. Parfois aussi, il est visible après le premier accouchement, si à cette déficience de la paroi vient s'ajouter un lever trop précoce de la femme. C'est du reste une des principales raisons pour lesquelles le prolapsus génital est si fréquent à la campagne où l'on n'obtient que rarement et avec beaucoup de peine que les accouchées gardent le lit, même une courte semaine et évitent durant quelque temps tous travaux de force. En dehors de ces cas, le prolapsus peut également être dû à un travail trop pénible pour la femme. Il peut enfin et surtout être consécutif à des déchirures périnéales de quelque importance. Ces déchirures pouvant très souvent passer inaperçues, car elles n'intéressent pas toujours la peau ou la muqueuse. Un toucher minutieusement fait, à la fois vaginal et rectal, montre que les lésions sont sous-cutanées et on sent la paroi séparant les deux organes, réduite à la simple épaisseur des muqueuses. A cela, il faut ajouter la mauvaise qualité possible des tissus qui ne reprennent pas leur longueur première après l'accouchement.

Le prolapsus est réalisé par l'affaissement de la voûte vaginale du plancher vagino-périnéal, dont l'insuffisance est souvent à l'origine des lésions, permettant après un certain degré de cystocèle, accompagné de troubles généraux, « l'évagination » du vagin et l'extériorisation du col et même de l'utérus lui-même. Comme l'a dit Lecène : le prolapsus génital n'est en somme qu'une éventration rendue possible par le relâchement progressif du plancher pelvien (releveurs de l'anus et diaphragme urogénital).

Trélat l'assimilait aux hernies en général, le processus des déplacements étant analogue et le terrain étant préparé par une insuffisance congénitale ou acquise des moyens de fixité de l'utérus ou du vagin. Il peut également être dû à la surcharge du plancher pelvien par les tumeurs abdominales qui posent alors l'indication de l'ablation de ces tumeurs avec pexie du moignon. Quel qu'en soit le degré, le prolapsus est justiciable d'une pexie le plus souvent associée à une colpopérinéorraphie dont l'indication ne serait même pas supprimée en cas d'hystérectomie, car il est bien démontré maintenant que l'hystérectomie n'empêche pas la voûte et les parois du vagin de s'affaisser et il est donc nécessaire de procéder à une fixation du moignon.

En résumé, toute femme présentant : des règles irrégulières, douloureuses, longues, de la salpingite de la métrite; des troubles urinaires : dysurie, pollakiurie, des troubles rectaux et surtout constipation, du colpocystocèle; des douleurs abdominales, lombaires et même sacrées (parfois persistantes, parfois fugaces);

De la stérilité,
Des fausses couches à répétition,
De l'affaiblissement de l'état général avec troubles nerveux;
Des troubles gastro-entéritiques;

Des signes de dilatation du cæcum avec appendicite chronique, devra être soumise à un examen gynécologique complet, pouvant révéler une déviation utérine ou un prolapsus génital au début, qui commandera une hystéropexie.

*
* *

Envisageons maintenant le côté technique de la question.

Depuis fort longtemps ce sujet a suffisamment préoccupé les auteurs, pour que les techniques permettant de réaliser l'hystéropexie, soient très nombreuses. Nous essayerons de passer les principales en revue et de les discuter.

Le procédé Alquié-Alexander-Adams ne peut être retenu que pour simple mention, malgré une statistique imposante car, actuellement, par principe il faut faire une pexie après laparotomie, permettant l'examen des annexes. Etant du reste une simple ligamentopexie, le procédé n'entre pas dans le cadre de ce travail.

Quelques auteurs ont réalisé l'opération par vagino-fixation.

Pozzi la faisait par ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur et fixation du corps utérin à la face antérieure du col ou aux lèvres de la plaie.

Au contraire, Richelot fixait le col à la paroi postérieure du vagin.

Doléris songea au raccourcissement du cul-de-sac postérieur en faisant une colporrhaphie rétro-cervicale.

Mais dans ces interventions, le point d'appui pris pour maintenir l'utérus en bonne position est insuffisant et Trélat les a jugées d'un mot en disant « qu'on ne plante pas un clou dans une tenture ».

Plusieurs songèrent aussi à maintenir l'utérus dans sa position normale, en s'aidant des ligaments ronds et en procédant à leur raccourcissement intrapéritonéal. Ces organes tolèrent en effet aisément une plicature sans être en quoi que ce soit gênés.

Wylie faisait cette plicature, puis les accolait en canon de fusil.

Budley après plicature les fixait au fond de l'utérus.

Doléris employait un procédé qui ne manquait pas d'ingéniosité. Après laparotomie médiane sous-ombilicale et vérification de l'état des annexes, il pratiquait sur le bord externe de chacun des muscles droits une petite incision verticale au travers desquelles il extériorisait respectivement chaque ligament rond. Puis après avoir refermé le péritoine et rapproché les muscles il fixait chaque ligament rond aux bords de la brèche qui lui livrait passage et de plus les deux ligaments ronds étaient accolés l'un à l'autre et suturés entre eux. Enfin fermeture des plans superficiels.

Ce procédé évidemment très séduisant a cependant été abandonné par beaucoup, dans bien des cas, car si théoriquement, il est très satisfaisant, il présente cependant suffisamment d'inconvénients. Au premier chef, s'il y a une grossesse, on voit le ligament rond, organe très élastique, s'adapter à l'augmentation de volume de l'utérus, donc s'allonger, mais ne pas reprendre ses dimensions premières lorsque l'utérus a repris son volume normal. C'est donc la reproduction de la position vicieuse dont on avait tenté la correction. De plus tous ces procédés entraînent la possibilité de récidives par allongement, sans qu'il soit nécessaire que l'utérus soit gravide.

Terrier employait également un très joli procédé, dont nous n'indiquerons ici que l'essentiel, la technique complète étant parfaitement détaillée dans de nombreux ouvrages.

Le temps principal de l'opération est la fixation de la face antérieure de l'utérus par trois ou quatre anses de fils étagés jusqu'à l'isthme et noués ensuite après passage à travers la paroi péritonéo-musculo-aponévrotique. Le procédé de Terrier qui peut être parfaitement efficace chez la femme ménauposée ne trouve plus ses indications chez la femme jeune, où du fait de la fixation complète de l'utérus, il entravera presque à coup sûr la possibilité d'une grossesse ultérieure, qui risque de se terminer rapidement par une fausse couche. Sinon il conduira à la récidive presque certaine.

Nous verrons plus loin comment ce procédé a pu être avantageusement modifié.

Skutch faisait une incision transversale de la paroi antérieure du vagin et il la suturait ensuite en long. C'est là un procédé manifestement insuffisant.

On a également décrit des procédés de colpo-hystéropexie pelvienne postérieure, sans grand intérêt.

Schücking songea à fixer l'utérus à la cloison vésico-utérine. Mais la vessie est un organe mobile qui doit garder sa mobilité et non se solidariser.

Kelly et Frommel ont tenté d'obtenir un résultat par raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. Opération physiologiquement bonne, mais beaucoup plus théorique que pratique.

Enfin Dartigues et Baldy procédaient par fixation des deux ligaments ronds entre eux, attirés en anse et passés par transfixion au-dessous des insertions tubaires.

On pourrait encore donner une fort longue énumération des procédés qui ont été imaginés et essayés pour corriger ces lésions.

En résumé, et c'était l'opinion encore émise au Congrès de chirurgie de 1923 par Begouin et Savariaud, il ressort que pour obtenir des résultats durables, il faut associer la colpopérinéorraphie à l'hystéropéxie, procédés actuellement admis par la majeure partie des chirurgiens.

Bien des procédés présentent des avantages suivant les cas auquels ils s'appliquent et il est certain que peuvent être employés avec succès, en particulier chez les femmes âgées dont la vie génitale est terminée, les techniques de Terrier, de Dartigues, de Doléris, au même titre que le cloisonnement élargi du vagin, simple modification de l'opération de Le Fort, qui, si elle donne pour certains de bons résultats, a peut-être cependant l'inconvénient d'enfouir l'utérus et son col en ne laissant qu'un très petit pertuis souvent problématique pour assurer la communication de l'organe avec la cavité vaginale.

Mais chez les femmes jeunes, tous ces procédés peuvent présenter des inconvénients que nous avons signalés, et en particulier être suivis de récidives des lésions ayant motivé l'intervention.

C'est ce qui nous a amenés à décrire la technique suivante déjà employée avant la guerre par notre maître le docteur Reymond, dans son service de la Maison départementale de Nanterre, que nous avons repris, modifié et amélioré, dans ce même service hospitalier. Ce procédé s'inspire de loin des ventrofixations, mais évitant l'immobilisation totale, absolue du corps utérin sur la face profonde de la paroi abdominale antérieure, comme dans le procédé de Terrier, évitant de même au maximum, la possibilité de reproduction de la déviation, comme dans le simple raccourcissement des ligaments ronds de Doléris, et rétablissant l'intégrité de l'angle physiologique de l'utérus sur le vagin.

Description détaillée de la technique opératoire. — Incision cutanée transversale qui doit être faite d'emblée à fond jusqu'à l'aponévrose, cela pour éviter de décoller le tissu cellulo-graisseux de cette aponévrose ce qui risquerait de la faire sphacéler en lui faisant perdre ses moyens de vitalité. Cette incision sera moyennement de 12 à 15 centimètres de longueur et d'autant plus longue dans les cas d'adipose prononcée. Elle sera curviligne, en croissant, à concavité supérieure, faite au-dessous du pli de flexion naturel qui existe chez presque toutes les femmes au-dessus du pubis à 1 cent. 1/2 à 2 centimètres au-dessus de celui-ci, donc en pleine zone pileuse dont la peau aura été très soigneusement

aseptisée. L'hémostase devra être parfaite et rapide; le plus souvent deux pinces sur chaque lèvre suffiront à juguler l'hémorragie (schéma n° 1) (1).

L'aponévrose reconnue, on la soulève sur la ligne médiane à l'aide d'une pince à disséquer. On l'incise sur toute la longueur de l'incision cutanée en évitant



SCHÉMA N° 1.

toujours de décoller le tissu cellulo-graisseux pour ne pas permettre l'accumulation d'un suintement séro-sanguin entre la couche adipeuse et l'aponévrose, accident qui a déterminé des collections séro-hématiques chez les premières opérées, chez lesquelles on ne respectait pas cette technique.

Cette incision est extrêmement facile : il suffit d'introduire près de la ligne médiane la pointe du bistouri, tenu obliquement, à travers l'aponévrose, le tranchant regardant vers le haut, la pointe dirigée vers l'extrémité de l'incision cutanée et de tirer sur le bistouri. On remarque souvent, surtout dans les angles, le double étage aponévrotique signalé par Pollosson; on sectionne ces aponévroses en deux



SCHÉMA N° 2.

temps. L'incision va généralement du bord externe d'un muscle droit, au bord externe de l'autre (schéma n° 2).

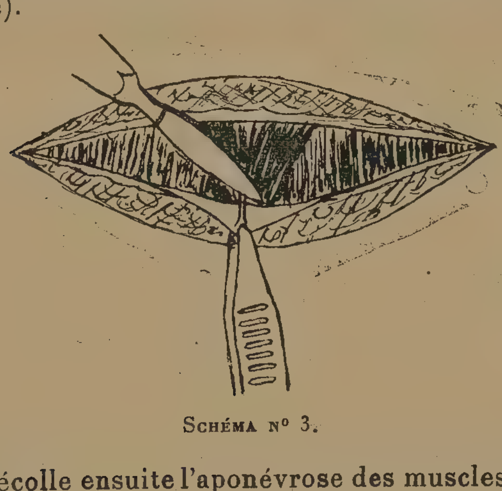


SCHÉMA N° 3.

On décolle ensuite l'aponévrose des muscles droits en la soulevant en son milieu avec une pince à disséquer et en sectionnant au bistouri de préférence, ou avec les ciseaux courbes, la ligne blanche au ras des muscles droits, jusqu'à ce qu'on ait nettement dépassé la limite supérieure des pyramidaux (schéma n° 3). Le décollement médian et latéral s'achève alors aisément avec la pulpe des doigts recouverts d'une compresse. C'est la seule façon d'être sûr de ne pas blesser les muscles, par conséquent, de ne pas les faire saigner et d'éviter ainsi l'hématome de la gaine musculaire, consécutif à l'opération, infaillible presque si l'on procède différemment (schéma n° 4).

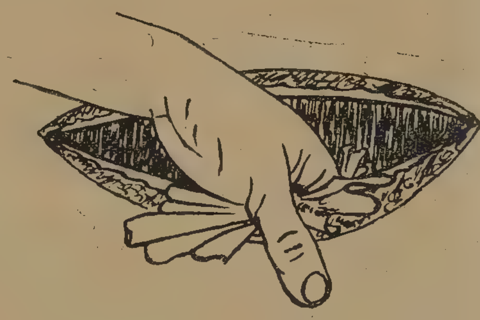


SCHÉMA N° 4. — *Décollement de l'aponévrose à la compresse.*

Après être allé ainsi jusqu'à l'ombilic, sans difficultés, on fixe alors ce volet cutanéo-aponévrotique par une pince de Museux et on recouvre sa face profonde avec un champ.

L'incision longitudinale du péritoine après séparation des muscles droits si besoin est, ne présente rien de spécial et se fait comme dans une laparotomie médiane aux ciseaux en haut vers l'ombilic, en bas en prenant soin de ne pas blesser la vessie.

Mise en place de champs bordants qu'on s'est toujours très bien trouvé de fixer aux téguments avec les griffes en pinces de homard de Jayle.

Ces temps d'incision et d'ouverture dont la description peut paraître un peu longue, du fait de certains détails sur lesquels il est nécessaire d'insister est en réalité très rapide, aussi rapide même que dans une laparotomie médiane.

Pour maintenir béante l'ouverture, il suffit de placer une valve de Doyen; et en ajoutant un écarteur de Gosset grand modèle (nous nous sommes toujours trouvés satisfaits de cette méthode), on a tout le jour désirable pour toute intervention du petit bassin et en particulier pour celle qui nous intéresse ici.

Il est alors facile d'examiner les annexes et de se livrer à toute intervention : libération d'adhérences; ignipuncture; ablation d'une trompe, d'un ovaire; appendicectomie, hystéropexie, hystérectomie, etc.

L'utérus est dégagé, remonté, mollement pris par une pince hystérolabe, après refoulement et protection des anses intestinales par un champ.

On place alors trois fils simples de catgut n° 2, faufilés sous le péritoine exclusivement et de la façon suivante (schéma n° 5).

Le premier fil attaque le feuillet antérieur du ligament large au niveau de sa reflexion pour former la paroi externe du cul-de-sac de Douglas, intéresse le cul-de-sac vésico-utérin, ressort après avoir

(1) Ces schémas ont été relevés et faits au cours d'interventions par M. Henry Reynaud, interne de l'hôpital départemental de Nanterre.

intéressé le feuillet antérieur du ligament large du côté opposé.

Les deuxième et troisième fils chargent le ligament rond, puis la portion du feuillet antérieur du ligament large, l'espace décollable pré-cervico-utérin, le ligament large et le ligament rond du côté opposé.

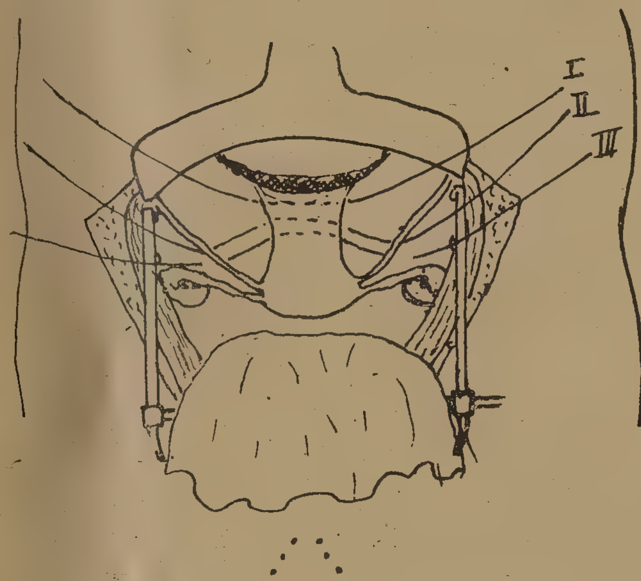


SCHÉMA N° 5. — *Passage des fils.*

Ces trois fils ont leurs points de pénétration d'autant plus éloignés de la ligne médiane qu'on remonte de l'isthme vers le fond de l'utérus. (Ces trois fils passés forment une sorte de triangle tronqué à sommet inférieur.)

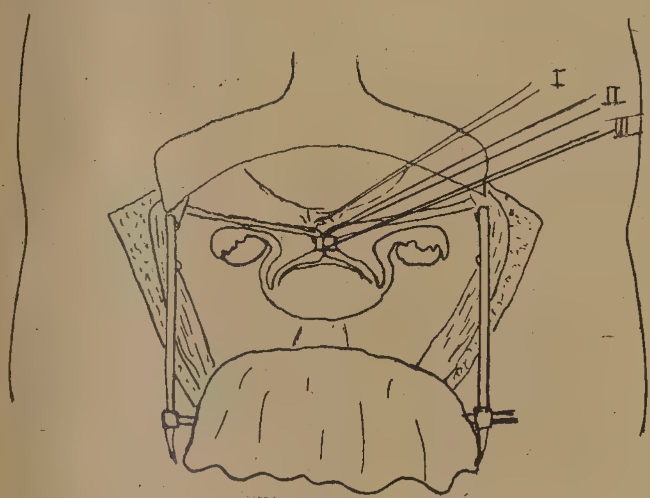


SCHÉMA N° 6. — *Les fils sont noués.*

On peut alors avantageusement nouer les deux chefs de chacun de ces trois fils avant de les passer à travers la paroi abdominale antérieure, constituant ainsi un puissant ligament, qui soutient l'utérus depuis la portion cervicale sur toute la hauteur du corps, en lui conservant une mobilité suffisante (schéma n° 6).

On passe ensuite chacun de ces chefs à travers la paroi abdominale (schéma n° 7). Après fermeture du péritoine, qui a été repéré par quatre pinces américaines, et suturé par un surjet au catgut n° o, mené de bas et haut, on lie deux à deux, brin à brin en avant des muscles droits les fils qui ont été conservés. On termine le rapprochement des muscles

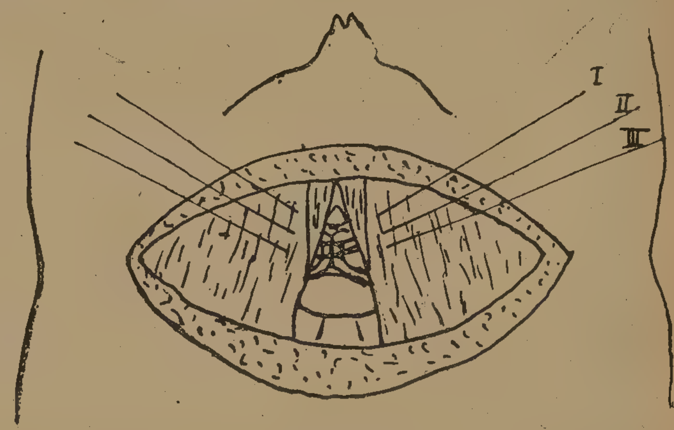


SCHÉMA N° 7. — *Passage des fils avant la fermeture du péritoine.*

droits par un ou deux points lâches, passés en plein muscle. Les muscles pyramidaux qui avaient été réclinés latéralement sont alors suturés par leur pointe en leur place normale (schéma n° 8).

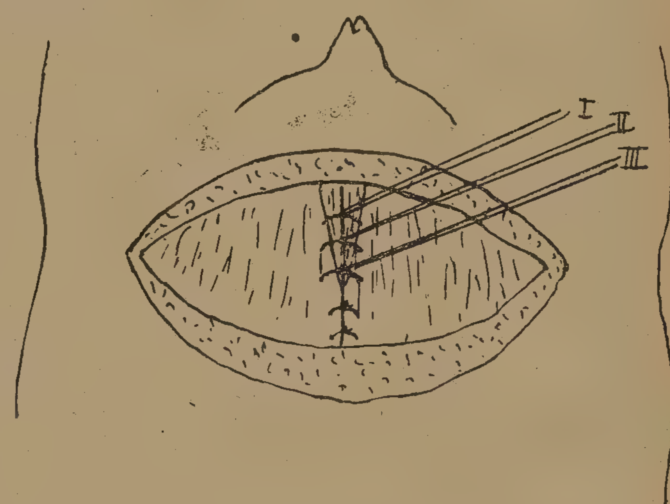


SCHÉMA N° 8. — *Les fils sont noués après fermeture du péritoine.*

La fermeture du plan aponévrotique est faite par un surjet au catgut n° 2 mené de bout en bout en laissant cependant assez lâche, le point sur la ligne



SCHÉMA N° 9. — *Coupe schématique du petit bassin montrant la nouvelle position de l'utérus.*

médiane pour permettre d'introduire sous l'aponévrose un faisceau de crins qui assurera un drainage capillaire. Ce faisceau n'est du reste pas indispen-

sable, surtout si l'hémostase a été très soigneusement faite. Cependant nous le préconisons et l'employons systématiquement à titre de sécurité pour éviter toute complication, en particulier un hématome possible et dû à l'agitation de la malade au réveil. Nous n'avons jamais eu à nous plaindre de la mise en place de ce faisceau, — du reste enlevé au bout de quarante-huit heures, — qui n'a jamais rien enlevé à l'esthétique de la cicatrice.

Si la paroi est très adipeuse, un ou deux points de capitonnage au catgut fin sur le tissu cellulaire évitera la production d'un espace mort et permettra l'affrontement facile des lèvres cutanées, soit par des agrafes, dont nous sommes très satisfaits, soit par tout autre moyen du choix de l'opérateur. Le faisceau est maintenu en place par un crin sur la ligne médiane.

Un pansement léger maintenu par une simple feuille de leucoplaste suffit amplement.

C'est là une technique peu connue, sans plus de gravité que toute autre intervention comportant l'ouverture du péritoine et qui réalise une véritable « nidation » de l'utérus, aux dépens des ligaments larges, du cul-de-sac vésico-utérin nettement raccourci, d'où formation d'un puissant ligament artificiel qui *soulage et renforce la clef de voûte* formée par la portion antérieure du releveur de l'anus.

Ce procédé qui évidemment ne supprime pas les indications d'une colpopérinéorraphie associée, n'entrave en rien la vie génitale des malades, permettant un résultat durable, même dans des cas où il s'est produit une grossesse plusieurs années après l'intervention. Ces sujets revus longtemps après un ou plusieurs accouchements ne présentaient aucune récidive des lésions si minimes soient-elles. Du reste la statistique suivante que nous avons établie tant dans notre service hospitalier, que parmi les malades de ville montre quels sont les heureux résultats que l'on est en droit d'attendre de cette méthode.

STATISTIQUE

Hystéropexies (M. Sénéchal)................	153
Par incision transversale (service hospitalier).	26
	179

Opérées récemment revues :

DATE de l'intervention	AGE	REVUES	NOMBRE d'enfants après intervention
Octobre 1928...	34 ans	Janvier 1930	
Novembre 1928..	32 ans	Mars 1930	
Novembre 1928.	28 ans	Juin 1929	
Février 1929...	42 ans	Août 1929	
Février 1929... (prolapsus)	66 ans	Juin 1929	
Décembre 1929.	34 ans	Mars 1930	
Février 1928...	»	Mars 1930	
1929...........	34 ans	Mars 1930	
1913...........	»	Mars 1930	4
1917...........	»	Février 1930	1
1926...........	»	Février 1930	2
1928...........	»	Mars 1930	Grossesse en évolution

Sur 179 malades opérées suivant cette technique, il nous a été permis d'en revoir un quart environ. Chez aucune d'elles, nous n'avons constaté de récidive.

Le tableau précédent nous montre, en particulier que 12 de ces opérées ont pu être revues récemment, les interventions s'échelonnant sur une période de dix-sept ans. Il est à noter que parmi celles-ci quatre d'entre elles, à notre connaissance, qui malgré le désir qu'elles en avaient ne pouvaient avoir d'enfants, ont pu après l'intervention devenir enceintes et mener leurs grossesses à bonne fin sans aucun inconvénient.

L'une d'elles, opérée en 1913, a eu quatre enfants; une, en 1917, un enfant; une, en 1926, deux enfants; une, en 1928, présente une grossesse actuellement en évolution. Même chez ces quatre dernières, nous n'avons constaté aucune rechute.

Enfin parmi les malades non revues, aucune n'est revenue se plaindre de quelques troubles que ce soit et nous n'avons pu les retrouver.

Il ne nous a pas paru inutile de signaler cette méthode dont on est en droit, comme le montrent les chiffres précédents, d'attendre les meilleurs résultats.

BIBLIOGRAPHIE

AUBAT. *L'Hystéropexie par amarrage des ligaments ronds à l'aponévrose*, 1920.
AUVRAY. Complications après fixation de l'utérus à la paroi par les ligaments ronds, *Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris 1924.
BÉGOUIN et SAVARIAUD. *Congrès franç. de chir.*, 1923.
BOUILLY. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888.
CHAPUT. *Semaine méd.*, 1892.
COTTE et CHEYSSEL. *Journ. de chir.*, t. XX.
DOLÉRIS. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1890.
DUPLAY et CHAPUT. *Arch. gén. de méd.*, 1889.
DUPLAY et RECLUS. *Traité de chirurgie*, t. VIII.
EPANIER et MICHON. Des ligamentopexies dans leurs rapports avec les fécondations, *Lyon méd.*, 1925.
FAURE (J.-L.). *Sur l'incision transversale dans la laparotomie*, 1928.
LECÈNE et LERICHE. *Thérapeutique chirurgicale.*
MARION. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1909.
PROUST. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme*, 1908.
RENARD. *L'Incision transversale cutanéo-aponévrotique dans les laparotomies sous-ombilicales.*
REYMOND. *XXIe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*
RICHELOT. *Union méd.*, 1886.
ROSNER. Hystéropexie et gestation, *Gyn. et obst.*, Paris 1922.
SÉNÉCHAL et ENGEL. *Gaz. méd. de Paris*, 1912.
SÉNÉCHAL. *Gaz. méd. de Paris*, 1913; — *Congrès franç. de chir.*, XXVIIIe session; — *Revue de technique méd.*, 1922; — *L'Incision transversale cutanéo-aponévrotique sus-pubienne*, 1928.
WALTER et GOULLIOUD. *Congrès franç. de chir.*, 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1930)

Sur la synthèse des graisses en présence des extraits du pancréas. — M. André GILBERTON.

La transmission des varioles aviaires par les moustiques. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1930)

Unicité ou pluralité du virus rabique. — MM. REMLINGER et BAILLY font remarquer dans une très intéressante communication que les virus d'Afrique et d'Europe occidentale sont plus bénins que ceux de l'Europe orientale et de l'Asie.

Ils pensent que les insuccès de la méthode pastorienne parfois constatés doivent être attribués à ce fait, et aussi à une insuffisance thérapeutique et qu'on les éviterait par une thérapeutique intensive.

L'alimentation de la jeunesse française. — Mme MOLL-WEISS a fait une enquête sur les régimes alimentaires dans divers établissements scolaires. Elle a été frappée de voir que ces régimes sont établis sans aucune méthode.

Quantitativement et qualitativement l'alimentation des enfants n'est tributaire que des usages et de la routine. Légumes et fruits frais sont presque toujours absents des menus. Que dire enfin du manque d'agrément des réfectoires et souvent du manque de propreté du service.

Mme Moll-Weiss émet le vœu que soit instituée au ministère de l'Instruction publique une commission de l'alimentation rationnelle de la jeunesse française. Cette commission aurait à déterminer notamment le barème de la ration alimentaire des jeunes gens suivant leur âge et leurs occupations.

Action antiseptique de la fenchone. — M. F. PASTEUR présente une étude sur l'action antiseptique de la fenchone, terpène bicyclique dont la constitution se rapproche de celle du camphre. Cette action est démontrée au point de vue clinique par la désinfection des plaies suppurantes et confirmée au point de vue bactériologique par la stérilisation des cultures des staphylocoques doré, blanc, citrin; du streptocoque et du B. pyocyanique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 MARS 1930)

A propos des méningites aiguës. — M. BARBIER rappelle qu'on peut classer dans ce domaine de méningite de l'hérédo-syphilis les réactions méningées curables et les méningites dues aux ultravirus.

Méningite aiguë à spirochètes d'origine fluviale. — M. Jean TROISIER, Mlle ERBER et M. MONNEROT-DUMAINE relatent une observation de méningite aiguë, sans ictère, rapidement curable, dont la nature spirochétique fut reconnue grâce au séro-diagnostic de Martin et Pettit.

Les auteurs insistent également sur l'origine hydrique de la maladie, consécutive à une série de bains dans la Seine.

Sur les propriétés de l'acridine. — M. Maurice RENAUD croit que son pouvoir antiseptique n'est pas négligeable et qu'il faut en tenir compte dans le cas qu'il rapporte d'un cancer de l'utérus, avec signes de bactériémie et éruption cutanée, dans lequel il a vu une amélioration considérable survenir en deux jours avec chute de la température en lysis après l'injection d'un complexe colloïdal à base de gonacrine.

Placards érysipélatoïdes au cours d'une septicémie streptococcique. — MM. AUBERTIN et FLEURY rapportent l'observation d'une septicémie streptococcique à évolution aiguë, d'origine vraisemblablement amygdalienne, au cours de laquelle apparurent deux placards rouges, indurés, érysipélatoïdes au niveau des bras.

Il s'est agi là d'une éruption bien différente des érythèmes variés décrits dans les septicémies streptococciques; par sa morphologie il s'apparente à l'érysipèle vrai et permet de poser la question d'une origine sanguine de cette dernière affection.

La pression artérielle et l'indice oscillométrique dans les syndromes basedowiens. — MM. C. LIAN, MILOS SKARIKA et THOYER formulent les conclusions suivantes :

1. Dans la majorité des syndromes basedowiens, il existe une légère élévation de Mx. Toutefois Mx est assez souvent normale et parfois abaissée. La Mn est le plus souvent normale.

2. La formule sphygmomanométrique est donc en général divergente (augmentation de la pression différentielle).

3. Ces variations tensionnelles sont analogues à celles des tachycardies par hypersympathicotonie non basedowienne, elles sont attribuables à l'excitation sympathique provoquée par l'hyperthyroïdie.

4. L'indice oscillométrique est augmenté dans la majorité des cas.

Un nouveau cas de tuberculose cutanée primitive. — MM. Léon BERNARD, Maurice LAMY et Mlle P. GAUTHIER-VILLARS étudient les principaux caractères cliniques de ces lésions cutanées de primo-inoculation.

L'aspect ulcéreux, beaucoup plus rarement verruqueux du chancre, est assez suggestif. La constatation d'une réaction tuberculinique permet chez un nourrisson d'affirmer la tuberculose. Enfin, la présence d'une adénopathie satellite est caractéristique d'une lésion primitive.

Il ne semble pas que l'inoculation de la tuberculose par voie cutanée comporte un pronostic particulier.

Dextrocardie et dilatations bronchiques par sclérose pulmonaire d'origine vraisemblablement tuberculeuse. — MM. Léon BERNARD et Maurice LAMY présentent un malade porteur d'une dextrocardie complète par attraction.

L'intérêt de cette observation réside dans l'association d'un syndrome bronchectasique que l'abondance de l'expectoration permettait de soupçonner. En fait, une radiographie faite après injection de lipiodol a montré une image typique de dilatations bronchiques localisées au côté droit.

Dextrocardie et bronchectasies relèvent manifestement d'une même cause, une sclérose pulmonaire rétractile du poumon droit.

Intolérance et biotropisme. — M. A. TZANCK.

Abcès gangréneux du poumon. Pneumotomie. Guérison depuis dix mois. — MM. BAUMGARTNER et Et. BERNARD insistent, à propos de ce cas, sur la nécessité d'opérer précocement, sur l'inopportunité d'un pneumothorax d'essai, sur la nécessité d'opérer en deux temps à l'anesthésie locale, le malade assis.

Granulie expérimentale. — MM. MACAIGNE et NICAUD ont étudié la granulie expérimentale provoquée chez le lapin par l'injection intravasculaire de bacilles de Koch tués.

Les auteurs, en sacrifiant les animaux dans des délais variables après l'inoculation, ont pu constater que la granulation élémentaire est constituée essentiellement par l'alvéolite desquamative évoluant ou non vers la follicule giganto-cellulaire. La tramite, associée ou non à l'alvéolite, qui représente seule les lésions dites interstitielles est constituée par un épaississement des cloisons dû à la dilatation des vaisseaux capillaires et à la prolifération active des cellules alvéolaires auxquelles se surajoute en quantité variable une diapédèse lymphocytique. Quant aux lésions vasculaires tuberculeuses elles sont exceptionnelles. Les lésions péri-bronchiques sont fréquentes et caractérisées par de petits nodules d'alvéolite folliculaire juxtabronchique d'origine hématogène, sans lésions des bronches.

La bronchoscopie dans le traitement des abcès du poumon. — MM. MAY et SOULAS rapportent trois cas d'abcès du

poumon traités par la bronchoscopie, et à ce propos signalent les heureux effets obtenus, soit qu'elle guérisse complètement le malade, soit qu'elle le transforme cliniquement et rende ainsi moins périlleuse une intervention chirurgicale ultérieure, soit enfin que dans les formes inopérables elle constitue le seul traitement palliatif possible.

Présentation d'appareil. — M. Louis Chéron présente un spiromètre tendant à allier les qualités des appareils de laboratoire à la simplicité nécessaire dans un instrument destiné aux recherches cliniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 19 mars 1930)

Cystadénome du foie. — M. Zano (de Rosario) rapporte trois observations de cette maladie. Dans les deux premiers cas marsupialisation : guérison dans le premier cas; mort secondairement par pleurésie purulente dans le second. Dans le troisième cas extirpation de la paroi, suivie de guérison; mais l'examen histologique manque dans cette observation. M. Zano termine par des considérations intéressantes sur cette affection.

M. Mathieu a opéré chez un enfant de trois ans une maladie polykystique partielle. M. Lecène avait interprété la pièce comme un dysembryome.

Opération de Whitmann pour arthrite chronique de la hanche avec luxation pathologique. — M. Dujarier rapporte cette observation de M. Boppe. L'indication opératoire avait été posée sur les phénomènes douloureux de la malade. Bon résultat opératoire : marche à peu près correcte et disparition des douleurs. M. Dujarier présente une observation personnelle analogue.

M. Gernez constate que pour l'arthrite déformante de la hanche, on a essayé deux traitements : l'arthrodèse et l'opération de Whitmann.

M. Mathieu pense qu'il faut choisir l'intervention d'après les cas d'espèce, en tenant compte en particulier de l'appui de la tête qui existe ou non dans ces arthrites.

M. Lance pense qu'une simple butée n'est pas indiquée pour une arthrite en évolution. L'arthrodèse extra-articulaire est l'opération qui donne le moins de risques pour le malade.

M. Sorrel constate que la pièce présentée par M. Dujarier donne une preuve de l'évolution anatomique qu'on espère obtenir par l'observation de Whitmann : adaptation du moignon de col et du cotyle.

M. Basset se demande sur quels signes on peut dire qu'une arthrite chronique est ou non en évolution.

M. Okinczyc considère que l'opération de Whitmann est en somme une résection de la hanche modifiée.

M. Dujarier estime qu'il est bien difficile de préciser si l'arthrite est ou non en évolution et précise plusieurs points de technique.

M. Lance pense que le morbus coxæ senilis est rarement infectieux et résulte souvent d'une lésion congénitale. Il pense que la localisation mono-articulaire et l'absence de réaction aux traitements médicaux est un facteur de l'absence de l'évolution actuelle des lésions.

Tuberculose du crâne. — M. Sorrel fait un rapport sur ce travail de M. Barret : intervention pour douleurs craniennes : intervention pour abcès froid, le crâne est lésé, la

dure-mère intacte. Drainage. Guérison. Malheureusement, la preuve bactériologique manque.

M. Sorrel pense néanmoins qu'il s'agit d'une lésion bacillaire malgré l'absence de séquestre, car l'os était resté mince et d'aspect normal; il estime qu'il est préférable de ne pas drainer et que la culture en milieu de Petroff, si elle avait été possible, aurait permis de mettre en évidence le bacille de Koch.

M. Lenormant, à côté des formes curables, a vu de véritables ostéomyélites tuberculeuses du crâne.

M. Auvray pense que cette lésion est relativement fréquente et estime également qu'il existe une tuberculose perforante, curable et de véritables ostéomyélites très graves.

Déchloruration et azotémie. — M. Legueu est d'accord avec M. Blum sur le fond de la question : la déchloruration cause l'azotémie. La déchloruration donne donc des résultats paradoxaux. Mais l'azotémie n'est pas due à un facteur humoral d'après M. Legueu, mais au contraire à un barrage rénal car il existe une chute temporaire de la concentration maxima, une oligurie relative. C'est par suite de la réduction des urines que se trouve réalisée l'azotémie dans les déchlorurations aiguës. En conclusion, si le taux des chlorurés est normal on peut employer le sérum sucré, s'il y a décloruration il faut faire des injections hypertoniques.

Rupture d'une rate supplémentaire chez un paludéen. — M. Brocq rapporte cette rare observation : il avait pensé devant un syndrome douloureux à un ulcus perforé. Trouvant du sang dans l'abdomen, il branche une incision transversale pour vérifier la rate : elle est intacte. Mais à travers le ligament gastrocolique on trouve une perforation et un épanchement hématique avec bouillie rougeâtre. C'est l'examen histologique des fragments examinés qui permit de dire qu'il s'agissait d'une rate surnuméraire développée dans l'arrière cavité des épiploons.

Présentation de malades :

Ulcération étendue de la commissure jugale due à un épithélioma pavimenteux. Extirpation au bistouri électrique. Bon résultat asthétique. — M. Gernez.

Adénopathie contro-latérale dans un cancer de la langue. — M. Robert Monod. Ce malade qui avait été présenté comme guéri (traitement combiné radium-chirurgie avec ablation des ganglions d'un seul côté) a présenté une adénopathie du côté opposé. C'est un fait en faveur de l'exérèse bilatérale, mais l'évidement du côté opposé peut être pratiqué plus tardivement que celle du côté de la lésion.

Présentation d'instruments : M. Maurer : instruments de thoracoplastie.

Présentation de radiographies : Pyélographie par injection intraveineuse d' « uroselectan.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

CORRESPONDANCE

LE FONCTIONNEMENT DU BUREAU DES CONSTATATIONS MÉDICALES DE LOURDES

Mon cher confrère,

Je suis persuadé que nombre de confrères se posent cette question : qu'est-ce que le bureau des constatations médicales à Lourdes? Est-ce une chose sérieuse au point de vue médical? Je vais répondre à cette question en vous donnant l'ossature de son fonctionnement que je connais très bien puisque je suis le médecin-chef du train de pèlerinage bourbonnais depuis quelques années.

1° Un malade sérieux part pour Lourdes. Le médecin-chef de son train constitue son dossier qui comprend les certificats nécessaires demandés aux médecins qui ont traité le malade. Ces certificats, pour sauvegarder le secret médical, sont demandés par le médecin qui les remettra lui-même au médecin-chef du bureau médical à son arrivée à Lourdes et si jamais il y a quelque chose à publier, on ne publiera le nom du médecin que si ce dernier en donne l'autorisation. Les dossiers sont conservés aux archives du bureau des constatations d'où ils ne sortent pas. Le dossier sera constitué aussi complet que possible : observation du malade, radio s'il y a lieu, analyses bactériologiques, constatations bio-chimiques, etc., etc.

Le malade arrive à Lourdes en compagnie du médecin chargé du dossier. Le médecin se rend de suite au bureau des constatations où il donne connaissance de ses dossiers au président du bureau et aux médecins présents, toujours nombreux, il y en a une moyenne de 12 à 15. L'an dernier, 900 médecins se sont fait inscrire au bureau ; s'il y a là des médecins catholiques, bon nombre ne le sont pas.

S'il se produit une guérison en dehors des lois naturelles médicales, elle est discutée au bureau des constatations, devant et par tous les médecins présents avec le dossier sous leurs yeux. Les discussions y sont ardentes. Le président du bureau des constatations médicales, le docteur Vallet, les conduit avec un sens clinique auquel les médecins rendent hommage, rien n'est laissé au hasard, tout est fouillé avec soin.

Je dois ajouter que tout ce qui peut être catalogué nerveux est mis de côté *à priori.*

L'examen terminé et le malade de retour chez lui, si le cas en vaut la peine, le médecin en chef de son train s'abouche avec le ou les médecins traitants, il continue l'enquête, fait procéder, si besoin est, à de nouveaux examens cliniques et de laboratoires et fait suivre le malade pendant un an.

Ce n'est qu'au bout de cette année que le bureau se prononce mais sans jamais enquêter sur la question « miracle » qui n'est pas de son ressort, il reste toujours sur le terrain médical.

Nos confrères seront, je le pense, intéressés par le mécanisme de ce fonctionnement. Ils constateront qu'au point de vue médical, il est impeccable.

A Lourdes, le médecin reste sur le terrain médical dont il n'a pas à sortir.

Veuillez, mon cher confrère, agréer mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr DESFARGES
de Busset (Allier).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Agences P.-L.-M. d'Ajaccio et de Bastia. — La Compagnie vient d'ouvrir deux agences en Corse : l'une à Ajaccio, 1, cours Grandval ; l'autre à Bastia, place Saint-Nicolas.

Ces agences délivrent, à destination des principales gares du réseau, des billets directs (simples, valables 8 jours ; d'aller et retour valables 45 jours) comprenant la traversée par paquebot de la Compagnie Fraissinet et le trajet en chemin de fer sur le continent.

Elles délivrent également : des billets directs pour Londres et Bruxelles ; des billets combinés (chemin de fer et autocar) à itinéraire facultatif ; des billets d'excursions à itinéraires fixes, valables 33 jours et comportant, sur le prix du trajet en chemin de fer, une réduction de 20 à 25 p. 100.

Elles procurent aussi des billets de toutes catégories pour toutes destinations sur les grands réseaux français, au départ de Nice, Toulon ou Marseille.

Au départ de ces ports, elles assurent la location des places tant en chemin de fer qu'en autocars P.-L.-M.

Sur présentation d'un billet direct, délivré par ces agences, le voyageur peut faire enregistrer directement ses bagages pour leur destination définitive.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e	PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.	LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Le concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section chimie médicale) dont l'ouverture a été fixée au 19 mai 1930 par l'arrêté du 11 octobre 1929, s'ouvrira le 14 mai 1930 à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— TOULOUSE. — La chaire de neurologie et psychiatrie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 26 avril 1930.)

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays l'admirable conduite de M. le docteur Chaperon, électroradiologiste adjoint des hôpitaux, en fonctions à Broussais, décédé le 20 avril 1930 des suites d'une affection grave contractée dans l'exercice de sa profession, après avoir subi stoïquement pendant de longs mois les plus grandes souffrances, digne émule des médecins héroïques qui ont payé de leur vie leur dévouement aux malades et leur foi dans la science.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Grand croix de la Couronne de Roumanie.* — M. le professeur Vaquez.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours sur titres est ouvert le lundi 2 juin 1930 en vue de la nomination de deux médecins assistants au Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris, et d'un médecin chargé du Service social.

Les inscriptions seront reçues de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h. à la Préfecture de la Seine, direction des affaires départementales, service de l'assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, dimanches et jours fériés exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée.

Pourront seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine d'une faculté française, français ou naturalisés.

Les candidats ne pourront se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes : 1° demande sur papier timbré; 2° diplôme de docteur en médecine et s'il y a lieu, diplômes universitaires, ces diplômes pourront être remplacés par des copies certifiées conformes ou par des certificats en tenant lieu; 3° certificats constatant les situations occupées antérieurement; 4° listes de leurs titres et travaux médicaux, scientifiques et administratifs, accompagnées de toutes justifications utiles; 5° expédition de leur acte de naissance; 6° certificat de bonne vie et mœurs; 7° extrait de leur casier judiciaire.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour deux places d'interne en médecine au dispensaire de salubrité de la Préfecture de police et à quatre places éventuelles d'interne provisoire s'ouvrira le 4 juin 1930.

Les internes sont nommés pour un an et peuvent être prorogés trois fois. Ils reçoivent une indemnité annuelle de 6.500 fr.

S'inscrire avant le 10 mai 1930 à la Préfecture de police (service du personnel).

Conditions. — Être français, âgé de moins de trente ans, être pourvu de douze inscriptions (ancien régime) ou seize (nouveau régime), n'être pas docteur en médecine.

Pièces à fournir. — Demande sur papier timbré, extrait authentique sur timbre de l'acte de naissance, pièces militaires, titres scientifiques et hospitaliers, certificat de scolarité, engagement écrit de se démettre en cas de nomination de toute fonction hospitalière. Photographie récente. Epreuves. Composition écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de pathologie. Epreuve orale de dix minutes sur un sujet relatif aux maladies vénériennes.

AVIS DE VACANCE. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), par suite du départ de M. le docteur Daussy, appelé à un autre emploi.

— Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Malo-les-Bains est déclaré vacant.

Les candidats ont un délai de vingt jours pour adresser leurs demandes et leurs titres ou références au ministère de la santé publique, 7e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris. (*J. O.*, 20 avril 1930.)

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu, au début de juin, pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé de dispensaires dans le département de l'Yonne.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type du Comité national.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

POSTE DE MÉDECIN-DIRECTEUR DE SANATORIUM AUX PHILIPPINES. — Le Commissariat de la Santé publique à Manille recherche un médecin spécialiste en phtisiologie, connaissant les langues anglaise et espagnole, susceptible d'occuper aux Philippines le poste de médecin-directeur d'un Sanatorium de 200 lits et pouvant être chargé éventuellement d'un enseignement de la tuberculose. Le traitement offert est de 7.000 à 8.000 dollars; en outre les frais de voyage aller et retour seraient payés au titulaire, s'il consentait à prendre un engagement de conserver ses fonctions durant au moins deux années.

Les candidats au poste envisagé sont priés d'adresser leur demande, accompagnée de leurs titres et références de spécialisation, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

XVe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. (PARIS, 26-27-28 mai 1930.) — Président : M. le docteur Dervieux; vice-présidents : MM. Cavalié, Fribourg-Blanc et Marcel Héger.

Lundi 26 mai, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal : ouverture du Congrès; discussion du rapport de MM. Héger-Gilbert, Laignel-Lavastine et de Laet sur la *Mort subite*; — à 14 h. 30, à l'Institut médico-légal : séance de communications.

Mardi 27 mai, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal : discussion du rapport de MM. Leroy et Muller sur l'*Ostéomyélite traumatique*; — à 14 h. 30; à l'Institut médico-légal : séance de communications.

Mercredi 28 mai, à 9 h. 30, à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis : discussion du rapport de M. Costedoat sur la *Criminalité mystique dans les sociétés modernes*; — à 14 h. 30, à l'Institut médico-légal : séance de communications; organisation du prochain Congrès.

N. B. — 1° Adresser les demandes de renseignements à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, Paris (IVe).

2° Les grands réseaux de chemins de fer français et les chemins de fer d'Alsace-Lorraine sont disposés à accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Les congressistes qui désirent obtenir cette réduction devront s'adresser avant le 1er mai 1930 à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, qui leur fera parvenir les bons de réduction.

3° La cotisation est de 60 fr. Elle donne droit au compte rendu du Congrès. Elle est de 30 fr. pour les abonnés aux *Annales de médecine légale* et pour les membres de la Société de médecine légale. Elle devra être adressée à M. Vernis.

4° Les congressistes désireux de faire une communication, soit sur un rapport, soit sur un sujet particulier, sont priés d'en envoyer le titre le plus tôt possible à M. le docteur Piédelièvre, secrétaire général du Congrès, 24, rue Gay-Lussac, Paris (Ve).

SYNDICAT DES MÉDECINS LÉGISTES FRANÇAIS. — L'assemblée générale aura lieu le mercredi 28 mai, à 15 h. 30, à l'Institut médico-légal, sous la présidence de M. le docteur Ch. Paul.

LES VOYAGES DES ÉTUDIANTS ET DES MÉDECINS DANS NOS STATIONS HYDRO-MINÉRALES ET CLIMATIQUES. — La Commission consultative des stations hydro-minérales et climatiques de France vient de se réunir à la Maison du tourisme. Après avoir renouvelé le mandat de MM. Blanc, Gardette, Macé de Lépinay, Monod, du Pasquier, membres délégués par le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, elle a arrêté le programme des voyages d'études médicales dans les stations thermales pendant l'année 1930 et qui a été ainsi fixé :

FACULTÉS	RÉGIONS
Alger	Pas de voyage.
Bordeaux	Dauphinée-Savoie.
Lille	Dauphinée-Savoie.
Lyon	Bourbonnais.
Montpellier	Pyrénées-Occidentales.
Nancy	Vosges-Jura.
Paris	Auvergne.
Strasbourg	Pyrénées-Orientales.
Toulouse	Auvergne.
Faculté de pharmacie de Paris	Bourbonnais.
Grand V. E. M.	Vosges et Alsace.

UMFIA. — Le grand dîner de printemps de l'Umfia ou Union médicale latine, en l'honneur des médecins du monde médical latin actuellement à Paris, sera donné sous la présidence du professeur Achard, membre de l'Institut, le mardi 13 mai, à 8 h. précises, dans les salons de l'Hôtel Lutétia, 43, boulevard Raspail, Paris.

Prière de s'inscrire au secrétariat de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe). — Prix du couvert : 55 fr.

L'AIDE AUX CARDIAQUES. — L'Assemblée générale de l'aide aux cardiaques (Fondation Dike) aura lieu le mardi 29 avril, à 11 h., à l'hôpital de la Pitié, sous la présidence de M. André Tardieu, président du Conseil, ministre de l'Intérieur.

LES AVORTEMENTS EN RUSSIE. — Le commissariat de la Santé a établi comme suit le tarif pour l'avortement : quand le gain mensuel de chacun des membres de la famille ne dépasse pas 15 roubles, la femme est opérée gratuitement; de 16 roubles à 20 roubles, le prix de l'opération est de 8 roubles; de 21 à 30 roubles, le prix de l'opération est de 13 roubles, etc., et au-dessus de 150 roubles, il faut payer 40 roubles. (*Le Temps.*)


ERGORONE
SOLUTION HUILEUSE
D'ERGOSTÉROL PUR IRRADIÉ
Vitamine D
RACHITISME
Décalcification
Caries
etc...
Ostéomalacie
Fractures
etc...
TITRAGE
en unités physiologiques: 3000 au cc pratiquement stable
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

KYSTE HYDATIQUE DU POUMON

Par le Professeur Henri HARTMANN.

Le malade, dont je désire vous entretenir aujourd'hui est un homme, âgé de trente-cinq ans qui était en traitement, dans le service de mon collègue Rathery, pour des hémoptysies à répétition. D'abord peu abondantes, se réduisant à quelques striations sanguines des crachats en janvier 1928, elles avaient pris en mars une certaine importance; en septembre elles reparurent et depuis cette époque il ne se passe jamais quinze jours sans qu'il y ait une hémoptysie.

A la toux existant depuis le début s'étaient ajoutées, dans les trois derniers mois, des douleurs occupant le côté droit du thorax et de la gêne respiratoire; le malade s'essouffle facilement et a de la difficulté à monter les escaliers. En présence de ce récit, la première idée qui se présente est qu'on se trouve en présence d'un tuberculeux pulmonaire; mais, nous dit-il, les examens répétés de crachats, dans les différents services où il est passé, n'ont jamais décelé la présence de bacilles. Rien, non plus ne permet de penser à la possibilité d'une bronchectasie, d'une aspergillose, maladies qui peuvent aussi s'accompagner d'hémoptysies. En dehors des périodes hémorragiques, la toux est sèche et ne s'accompagne d'aucune expectoration. Un fait est à noter, qui a son intérêt, comme vous allez le voir, c'est qu'en septembre dernier, il a eu une poussée d'urticaire. On pouvait dès lors penser qu'on était en présence d'un kyste hydatique du poumon.

En remontant plus loin dans ses antécédents, ce diagnostic devient des plus probables. Le malade nous raconte qu'après avoir toujours joui d'une bonne santé, il a commencé en 1910 à se sentir fatigué, à souffrir d'un point de côté gauche, à perdre l'appétit, à avoir de la fièvre, de la dyspnée, si bien qu'il dut s'aliter. En août de la même année, il rejeta une grande quantité, une cuvette dit-il, d'un liquide purulent, d'odeur fétide, mêlé d'un peu de sang. A la suite de cette vomique, l'appétit reparut, les forces revinrent et il put recommencer à travailler. Son état s'améliora même à tel point, qu'en août 1914 il fut mobilisé et put faire campagne jusqu'en décembre 1916. C'est à ce moment seulement qu'il fut pris d'une toux sèche, de douleurs dans le côté gauche et qu'on l'évacua de la zone des armées avec le diagnostic de pleurésie sèche. Pendant six mois il fut traité dans divers hôpitaux, restant dans la même situation, lorsqu'en juin 1917 il eut une hémoptysie, puis rejeta, dans des efforts de toux, de petites boules qu'il compare à des grains de raisin écrasés et blanchâtres. C'est à ce moment seulement qu'on fit le diagnostic de kyste hydatique du poumon gauche. Deux opérations successives, à quelques jours d'intervalle, furent alors faites, la deuxième ayant, dit-il, été suivie de l'ablation de la poche kystique. La guérison fut rapide et pendant un an il se considéra comme guéri; mais en 1918 et en 1921, à deux reprises il cracha un peu de sang. Comme, à part ces deux petites hémoptysies, il se trouvait bien, il continua à travailler comme journalier jusqu'à l'an dernier, époque où commença la série d'accidents que nous avons relatés et qui l'ont finalement amené à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement, lorsque nous l'examinons, nous constatons à gauche une cicatrice en forme d'⊂ à convexité externe, affleurant, par sa branche supérieure l'angle de l'omoplate et au milieu de l'U une cicatrice horizontale assez courte. Il semble certain qu'on a taillé un lambeau et que la cicatrice médiane correspond à une incision faite pour le passage d'un drain. La respiration de ce côté s'entend dans toute la hauteur du poumon, sans bruit morbide.

A gauche, il existe en arrière une zone mate, convexe en haut, dont la partie supérieure correspond à l'angle de l'omoplate. La matité s'étend en dedans presque jusqu'à l'épine vertébrale, en dehors jusqu'à une verticale prolongeant en bas la ligne axillaire postérieure. On entend la respiration jusqu'en bas, mais un peu affaiblie au niveau de la zone mate, avec une légère crépitation à la fin de l'inspiration; au-dessus on entend des râles crépitants. En avant rien de particulier. L'existence d'un deuxième kyste hydatique dans le poumon droit semble à peu près certaine. L'examen radiologique nous a donné la certitude. Il montre, en effet, comme vous pouvez le voir sur la radiographie, une ombre opaque, à contour circulaire, qui occupe la base du poumon droit. Cette ombre est nettement délimitée, cependant, en la regardant avec attention, on voit qu'elle présente un contour qui tout en étant d'une manière générale arrondi ne se présente comme une ligne nette tracée au compas mais est bordée d'une très étroite zone floue un peu inégale. Dans les néoplasmes pulmonaires, au contraire, le contour est absolument net, comme vous pouvez le voir sur ces autres radiographies. Cette différence tient probablement à ce que les kystes hydatiques s'accompagnent d'une légère réaction dans le tissu pulmonaire environnant, alors que cette réaction manque dans les néoplasmes.

Nous pouvons donc conclure avec certitude que notre malade a actuellement à droite un kyste hydatique comme il en avait eu un à gauche il y a douze ans. S'agit-il d'un deuxième kyste sans relation aucune avec celui guéri en 1916 du côté opposé? Nous ne le croyons pas. Le premier kyste s'était une fois vidé par les bronches au cours d'une vomique; il y a eu, il y a onze ans, une nouvelle vomique avec rejet d'hydatides; il nous semble probable que du sable échinococcien est retombé, lors de cette vomique, dans la bronche du côté opposé et s'est greffé dans la base du poumon. C'est ce que Devé appelle une hydatidose secondaire, forme de kyste hydatique que l'on observe, en l'absence de toute intervention chirurgicale au niveau du poumon, après une vomique et dans l'abdomen à la suite de la rupture spontanée d'un kyste hydatique du foie, que l'on peut voir aussi, après une opération dans d'autres régions, dans les cicatrices opératoires de kystes hydatiques du foie, par exemple. Le deuxième

kyste naît, dans ces cas, du premier, sans passer, comme habituellement, par la forme adulte, celle du ténia à échinocoques; ce deuxième kyste est, comme nous le disions il y a un instant, le résultat du développement d'une greffe.

La date éloignée de la vomique n'est pas une raison pour écarter l'hypothèse que nous soulevons. On sait aujourd'hui qu'un kyste hydatique du poumon peut exister pendant de longues années sans éterminer d'accidents.

* * *

Etant donné le diagnostic du kyste hydatique du poumon, quelle conduite devons-nous tenir?

D'une manière générale, les chirurgiens concluent à la nécessité d'une intervention opératoire. Cette nécessité n'a pas toujours été admise et, en 1911, le médecin français, qui a le plus étudié les kystes hydatiques, Devé (de Rouen), après une enquête faite dans les Landes, où les kystes hydatiques sont relativement fréquents, concluait que les kystes hydatiques du poumon guérissent presque toujours spontanément après une vomique. Il n'acceptait l'intervention que dans les cas de poches grandes et superficielles, se fondant sur ce que les kystes hydatiques du poumon peuvent guérir spontanément par vomique, comme le lui avait montré son enquête et sur cet autre fait que l'opération expose à des accidents immédiats, vomique pouvant être suivi de mort sur la table, comme dans un cas de Garcia Lagos, ou consécutifs, hémorragie profuse, bronchopneumonie, abcès du poumon, gangrène de l'adventice, pyothorax.

Ses idées ont été soutenues par son élève Lepicard qui, dans sa thèse de 1906, a réuni 34 cas de guérisons après vomique.

En Argentine, les chirurgiens, qui ont, en matière de kystes hydatiques, une expérience beaucoup plus grande que nous, s'abstiennent de toute intervention dans les kystes voisins du hile, l'opération étant dans ces cas sérieuse, et la guérison spontanée à la suite d'une vomique étant, au contraire, fréquente. Ils s'abstiennent de même dans les petits kystes du poumon qui peuvent rester longtemps sans déterminer d'accidents et qui sont d'un abord difficile.

Notre malade ayant un kyste volumineux, siégeant à la base du poumon, nous croyons que tout le monde serait d'accord pour intervenir.

Le principe de l'intervention étant admis, que faire ? Le procédé en apparence le plus simple, c'est de recourir à la simple ponction. Malheureusement cette ponction, en apparence si simple, est en réalité grave.

Pasquier, dans sa thèse de 1899, en a réuni 36 cas avec 13 guérisons seulement et 23 morts, 63,88 p. 100. Même dans les cas de guérison, il est souvent survenu des complications, une hémoptysie très abondante dans un cas et dans plusieurs une vomique, cette dernière pouvant, en fait, être considérée comme la cause de la guérison. Ajoutons que la ponction expose à l'infection d'un kyste aseptique, même quand elle a été pratiquée avec toutes les conditions d'asepsie absolue. C'est qu'entre la membrane mère imperméable à l'infection, comme l'ont montré les expériences de Widal et de Chauffard, et la paroi fibreuse périkystique, se trouve un espace virtuel, dit espace périvésiculaire où débouchent souvent de petites bronches et dans lequel Devé, en France, Passeron, en Argentine, ont vu du mucopus. L'aiguille, en traversant cet espace, peut se charger de microbes et les porter à l'intérieur d'une hydatite jusqu'alors aseptique.

La ponction doit donc être rejetée et l'on doit recourir à un traitement réellement chirurgical.

Pendant longtemps on a pratiqué systématiquement la thoracectomie large qui, dans les cas de plèvre non adhérente, a l'inconvénient de déterminer un pneumothorax brusque avec tous ses inconvénients. C'est la pratique suivie dans la plupart des observations réunies par Guimbellot dans son excellente thèse de 1910. Les chirurgiens de l'Argentine et de l'Uruguay, dont l'expérience, en matière de kystes hydatiques, est beaucoup plus grande que la nôtre, m'ont dit, au cours d'un voyage récent que j'ai fait dans ces pays, que les résultats, qu'ils ont observés à la suite de cette pratique, ont été désastreux. Aussi ont-ils abandonné cette technique.

La plupart fixent le poumon avant d'inciser la plèvre. Posadas se contentait d'amarrer le poumon en passant une anse de catgut à travers la plèvre pariétale mise à découvert. Finochietto fait une fixation complète du poumon par des anses de fil à travers la plèvre viscérale et le poumon, d'une part, à travers la plèvre pariétale et les muscles intercostaux, d'autre part. Garcia Lagos cherche à déterminer la production d'adhérences en tamponnant la face externe de la plèvre avec de la gaze imbibée de teinture d'iode. On peut, après quelques jours, inciser les plèvres sans voir le poumon abandonner brusquement la paroi thoracique. Afin d'être sûr que le kyste est bien en regard de l'incision, Garcia Lagos place au milieu de la gaze, au contact du feuillet pariétal de la plèvre, une pièce de monnaie et s'assure, par un examen radiologique pratiqué immédiatement avant l'opération, que la pièce de monnaie est bien en regard du kyste.

Arcé ouvre largement le thorax et explore directement le poumon rétracté mais, pour éviter les accidents dus à la production d'un pneumothorax brusque, il ne pratique la thoracotomie qu'après avoir établi un pneumothorax artificiel progressif, en suivant une technique identique à celle des médecins dans le traitement des tuberculoses pulmonaires unilatérales. De cette manière, au moment de l'ouverture du thorax, le poumon est déjà rétracté, on n'a pas à craindre les accidents brusques qui suivent la thoracotomie large dans les conditions habituelles. On attire alors la portion de poumon où se trouve le kyste, on la fixe à la paroi et on l'incise. C'est cette ligne de conduite que nous avions l'intention de suivre chez notre malade. Nous avons donc prié notre collègue Rathery de vouloir bien faire un pneumothorax artificiel. On n'est pas arrivé à obtenir une rétraction du poumon; de toute évidence, il existait dès lors tout au moins quelques adhérences pleurales. Le point de côté dont se plaignait le malade aurait pu y faire penser si, comme Escudero,

on admet que les kystes hydatiques du poumon sont indolents et qu'il n'y a de douleurs que lorsqu'il y a une réaction pleurale.

Dans ces conditions, avant-hier, 18 janvier, nous avons injecté de la novocaïne à 1/200 dans les huitième et neuvième espaces intercostaux, à 7 centimètres de la ligne médiane. Nous avons réséqué 10 centimètres de la huitième côte; puis nous avons incisé la plèvre pariétale; le poumon ne s'est pas rétracté bien qu'au niveau de l'incision il n'y eût pas d'adhérences. 4 catguts ont fixé le poumon aux muscles de la paroi, puis après irrigation avec du sérum formolé, nous avons incisé une couche de poumon assez mince, mesurant 1 centimètre d'épaisseur environ. Immédiatement un liquide clair comme de l'eau a jailli; après agrandissement de l'incision, la membrane germinative a commencé à s'extérioriser; nous n'avons eu qu'à tirer légèrement sur elle pour l'extraire en un seul morceau. Il n'y avait pas de petites hydatides dans la poche, mais en un point de celle-ci on voyait une production blanche un peu grenue.

Etant données les grandes dimensions de la cavité, nous n'avons pas osé suivre l'exemple de Posadas et refermer complètement l'incision en suturant le poumon et la plèvre pariétale. Nous avons placé dans notre incision un gros drain que nous avons fixé à la peau. Peut-être eût-il été plus simple de suturer entièrement l'incision pulmonaire et nous n'osons dire que la pratique que nous avons suivie était la meilleure, le liquide étant clair comme de l'eau de roche.

Actuellement le malade va bien et tout nous fait espérer qu'il va guérir complètement, nous disons complètement parce qu'après guérison des kystes hydatiques du poumon, il y a, pour ainsi dire, *restitutio ad integrum* du parenchyme pulmonaire. Du côté gauche, antérieurement opéré, on ne trouve rien de particulier, ni à l'auscultation, ni à la percussion. Cela tient à ce que le développement d'un kyste hydatique dans le poumon ne s'accompagne pas, comme c'est le cas pour les kystes hydatiques du foie et surtout pour ceux du cerveau, d'une atrophie de l'organe. Le poumon élastique se laisse déprimer, s'aplatit simplement. Il en résulte, comme le dit Escudero, une atélectasie, qui disparaît avec la cause qui l'a produite.

Certaines complications peuvent cependant survenir, congestion pulmonaire, bronchopneumonie, hémorragie kystique, gangrène pulmonaire et plus tardivement sclérose pleuropulmonaire, surtout quand le drainage est prolongé. Espérons que notre malade échappera à tous ces accidents.

(Le malade a guéri sans le moindre incident et sans fistule.)

CONGRÈS

SESSION ANNUELLE DE LA RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER

29 mars 1920.

La session annuelle de la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier a été tenue le 29 mars 1930, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Montpellier.

La Réunion était présidée par M. le professeur Etienne Leenhardt, président de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et de la Réunion hydrologique et climatologique, qu'assistaient M. le docteur Amans, vice-président de la Société, et M. G. Giraud, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le secrétariat général de la Réunion était assuré par le professeur agrégé Puech et par le docteur Castagné, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'ordre du jour comportait l'étude des prurits et de leur traitement hydro-minéral. Deux rapports ont été présentés sur cette question par M. J. Margarot, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (*Bases physio-pathologiques du traitement hydro-minéral des prurits*), et par M. le docteur J. Anglada (de La Bourboule), ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier (*Traitement hydro-minéral proprement dit*). Ces deux rapports, ainsi que les communications qui ont suivi et qui ont été présentées à leur suite, sont résumés ci-après.

La Réunion hydrologique avait attiré un public important qu'on peut évaluer à 500 personnes, médecins ou étudiants.

Dans la soirée les membres de la Réunion ont assisté au théâtre à la représentation donnée par le Jazz fameux de Jack Hylton, à l'issue de laquelle un souper intime, présidé par le professeur Etienne Leenhardt, les a réunis à l'hôtel de la Métropole.

A ce souper assistaient entre autres M. le docteur J. Anglada qu'accompagnait sa charmante jeune femme, ancienne externe des hôpitaux de notre ville; le professeur Vignes (de Marseille), les professeurs Margarot, Rimbaud, Derrien et Giraud (de Montpellier), les professeurs agrégés Puech et Boulet (de Montpellier), le docteur Castagné, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier; les docteurs Bonnet (de Nice), Teulon (d'Uriage), de Massia (de Molitg), Ménard (de La Malou), Pages (de Béziers), Blanc (du Mont-Dore), Morin (de Bagnoles-de-l'Orne), Pierre Rimbaud, Luscan (de Montpellier), Eyraud-Joly (d'Evian), Pierre Martin (de Châtelguyon), H. Martin (de Vittel), etc.

Le texte complet des rapports et des communications présentés à la session de 1930 de la Réunion hydrologique de Montpellier seront publiés in extenso dans les *Archives de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

PREMIER RAPPORT

BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES DU TRAITEMENT DES PRURITS

Par M. J. Margarot,

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le prurit est une sensation qui doit être placée à côté de la douleur. Il ressortit au « désagréable ». Son caractère affectif, son indétermination, les phénomènes de répercussivité qui l'accompagnent paraissent justifier l'hypothèse qu'il a pour point de départ une irritation du sympathique cutané. Il semble logique de localiser son origine dans les fibres amyéliniques des téguments.

La démangeaison relève de la physiologie normale, mais,

sans être modifiée dans son essence, elle peut devenir pathologique.

1° Un premier examen des faits met en évidence une première caractéristique de ce prurit morbide.

Son apparition au cours de certaines maladies, dont il constitue un symptôme, établit qu'il est *pathologique par sa cause*.

On l'observe dans des états très divers qui posent des indications hydrominérales variables (dermites, urémie, diabète, hyperglycémie, goutte, obésité, dyspepsies gastriques et intestinales, troubles hépatiques, syndromes endocriniens, leucémies, maladies nerveuses, affections viscérales, etc.).

2° Une analyse plus attentive montre que le prurit est souvent aussi *pathologique par ses caractères propres*.

Il est paroxystique et présente de nombreuses analogies avec une crise d'anxiété; on y retrouve la même inquiétude, la même obsession croissante, la même impatience d'en finir par un acte libérateur, le même soulagement consécutif.

Comme la crise d'angoisse, la crise de prurit s'accompagne d'une rupture de l'équilibre vago-sympathique dont on connaît les corrélations avec divers facteurs physiopathologiques tels que les troubles endocriniens, les variations des constituants chimiques du sang, de l'équilibre acide-base avec les phénomènes colloïdo-clasiques.

En dernière analyse, la crise de prurit pathologique apparaît comme la traduction subjective d'un choc antigénique en rapport avec un état d'allergie cutanée.

Désensibiliser les malades est donc la grande indication à laquelle doit satisfaire une cure thermale.

Cette notion de physiopathologie générale ne doit cependant pas faire perdre de vue la dominante étiologique de chaque cas. La thérapeutique hydrominérale que commandent les troubles nerveux, nutritifs, endocriniens, cutanés, etc., rompt souvent au bon endroit le cercle vicieux réalisé par les interréactions des phénomènes et s'avère désensibilisante à son tour.

DEUXIÈME RAPPORT

LE TRAITEMENT HYDROMINÉRAL DES PRURITS

Par M. le docteur Jean ANGLADA (de La Bourboule),
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'auteur commence par poser le problème physiopathologique du prurit. Il étudie ensuite les facteurs principaux des dermatoses pernicieuses justiciables d'une ville d'eau : notion de la diathèse de base, et sur cette base les causes d'intoxication, d'irritation du système nerveux, d'insuffisance glandulaire, de sensibilisation générale et d'allergie cutanée. Il fait quelques réserves sur le rôle trop prédominant donné à la colloïdoclasie dans les prurits.

Il passe ensuite à l'étude des eaux thermales qui peuvent modifier ce prurit. Il insiste sur la notion de *constituante chimique*; à ce titre on peut étudier les *sulfureuses* qui ont un élément thérapeutique général et local, mais qui risquent souvent d'irriter l'élément prurigineux; les *silicatées* dont l'action non spécifique est surtout désintoxiquante; les *arsenicales*, dont La Bourboule est le seul représentant, qui contiennent une drogue dont l'action générale est connue depuis longtemps; dont l'action locale se vérifie par ce qui se passe dans l'intoxication et par les résultats thérapeutiques mentionnés par les anciens auteurs dans le traitement des prurits.

Il dit quelques mots de la *radioactivité* des sources qui garde une valeur très hypothétique encore; du pouvoir *phylactique* qui ne s'adresse qu'à un très petit nombre de prurits; quant aux *techniques* elles se divisent en cure de boisson, hydrothérapie externe (bain, pansements, pulvérisations, douches générales et locales, douche filiforme créée par Feyrières, injections intratissulaires). Chacune de ces techniques doit être employée de façon spéciale dans le prurit; la douche filiforme est longuement étudiée car elle est nécessaire au traitement de certains prurits.

Reste enfin le *choix de la ville d'eau* et de la technique suivant le type de la dermatose prurigineuse.

1° *Grands prurits sans lésions cutanées*. — Cure de boisson, hydrothérapie générale externe, notions de repos, de calme, de grand air. S'il s'agit d'un intoxiqué n'importe quelle eau peut modifier quelques prurits, la notion de la prédominance de la cause orientera vers telle ou telle station. Les grands nerveux seront calmés à Sail et à la Roche-Posay. Si l'on veut une action élective sur le derme on pensera à l'arsenic de La Bourboule et aux eaux sulfureuses faibles.

2° *Prurits localisés*, lichenisations, neurodermites circonscrites. Ici l'agent nécessaire et curateur est la douche filiforme; comme elle ne guérit pas la cause et ne prévient pas les récidives, il faudra l'appliquer de préférence dans une station qui agisse sur le tempérament et le derme.

3° Mêmes indications pour le *lichen plan* à plaques localisées très prurigineuses. La Bourboule est la station élective à cause de l'arsenic.

4° Pour les *prurigos*, l'auteur étudie spécialement le prurigo de Hébra qu'on enverra à Uriage et à La Bourboule; le prurigo diathésique de Besnier qui sera réservé à La Bourboule, cette station désensibilisante agissant synergiquement sur les manifestations cutanées et sur les phénomènes respiratoires.

L'auteur conclut en fixant provisoirement le domaine thérapeutique des sulfureuses, des silicatées de La Bourboule. Ceci demande à être lu et ne peut être brièvement résumé. Il attache une valeur antiprurigineuse spéciale à La Bourboule, à cause de son action désintoxicante, de son rôle modificateur du tempérament, de sa localisation spéciale sur le derme et sur son pouvoir phylactique.

COMMUNICATIONS

Les prurits et leur traitement hydrominéral. Action efficace des eaux de Saint-Gervais. — M. ROUX (de Saint-Gervais). A Saint-Gervais, on obtient un effet sur les deux éléments pathogéniques du prurit : nerveux et toxique. L'action sédative est réalisée par le climat et les pratiques externes de cure; l'action désintoxicante grâce aux eaux sulfatées alcalines (source Soutard) employées à l'intérieur; Ici l'élément essentiel est le soufre qui facilite la sulfo-conjugaison, augmente la sécrétion biliaire et favorise les processus d'oxydation.

Le traitement hydrominéral des prurits à La Roche-Posay. — M. Léon HUET (de La Roche-Posay). La notion d'une étiologie commune à tous les *prurits primitifs* : tares arthritiques héréditaires ou acquises, déséquilibre nerveux général, diathèse colloïdoclasique, permet de concevoir clairement l'orientation générale de leur thérapeutique.

Celle-ci doit être à la fois : *neurosédative*, *désintoxicante*, *désensibilisante*. Le traitement hydrominéral de La Roche-Posay répond pleinement dans son ensemble à ces nécessités primordiales et son action sur les *grands prurigineux* est à la fois rapide et importante.

1° LA ROCHE-POSAY EST UNE STATION NEUROSÉDATIVE. — *A*. par son climat tempéré, égal et stable; *B*. ses eaux onctueuses à la peau, *radioactives* et *silicatées*; *C*. par la gamme des médications externes employées à la station, avec ces eaux antiprurigineuses et cicatrisantes : *a*. les *douches générales*, courtes, tempérées, en ruissellement; *b*. les *bains prolongés*, à température tiède et fixe, suivis d'un simple tamponnement qui permet un dépôt minéral rafraîchissant et protecteur; *c*. les *pulvérisations*; *d*. les *douches filiformes*, puissant agent antiprurigineux, d'une variabilité d'action extrême, suivant qu'on l'utilise en massage profond et pro-

longé ou en « curettage » des téguments papuleux, lichenifiés, etc.

2° LA ROCHE-POSAY EST UNE STATION DÉSINTOXICANTE ET DÉSENSIBILISANTE. — Par l'action *diurétique énergique et rapide* de ses trois sources prises en boisson : Saint-Savin étant plus particulièrement utile aux hépatiques, Saint-Cyprien aux rénaux, Duguesclin aux déprimés.

Les eaux contiennent du *calcium*, du *sélénium*, de la *silice*. Leurs actions combinées réalisent un lavage profond et complet du foie et du rein, dont le rôle est si capital dans la genèse des prurits.

Le traitement interne est conduit à la station comme toutes les cures de diurèse et doit être associé à une hygiène alimentaire stricte.

On devine que l'influence de cette cure *mixte* soit remarquable sur les *prurits primitifs* : prurigos de Hébra et de Besnier, névrodermites, strophulus, prurits péri-orificiels. Mais le traitement hydrominéral est également bienfaisant dans les *prurits secondaires* aux dermatoses (eczémas, psoriasis, lichen plan, érythrodermies), au diabète et à l'urémie.

La Roche-Posay qui calme les prurigineux et les désensibilise semble ainsi la ville d'eau de choix pour les obsédés du grattage.

Il n'est pas douteux qu'à une époque où la *spécialisation* est une nécessité et un avantage du thermalisme, notre station ne devienne rapidement la « capitale des prurits », qu'ils soient aigus ou chroniques, généralisés ou partiels.

Prurit brightique et cure hydrominérale de Saint-Nectaire. — M. J.-J. SERANE (de Saint-Nectaire) rappelle les relations du prurit brightique avec l'azotémie; il est aussi des causes prurigènes secondaires, et en particulier l'état névropathique, les troubles hépatiques, la sensibilisation. La cure hydro-minérale de Saint-Nectaire, complétée par un régime alimentaire approprié, a eu pour effet de faire cesser le prurit dans 20 cas et de le réduire notablement dans 11 cas sur 35 malades observés. Il ne s'agit pas d'une action sédative comparable à celle des stations utilisées seulement en dermatologie, mais d'un traitement de fond, visant l'état rénal et les éléments extrarénaux si importants dans les néphrites chroniques. Le prurit rénal n'est évidemment justiciable de Saint-Nectaire que dans la limite générale des indications de la station au cours de la néphrite urémigène (formes préazotémiques, azotémies d'alarme).

L'action efficace des eaux de Molitg sur les prurits. — M. L. DE MASSIA (de Molitg). Les eaux de Molitg, qualifiées autrefois de « bains de délices », ont une action remarquable sur les dermatoses prurigineuses. L'auteur en rapporte quelques observations probantes.

La cure de Capvern dans les prurits. — M. CARCY (de Capvern). Les prurits améliorés par Capvern sont ceux des arthritiques, uricémiques, des petits insuffisants hépatiques et rénaux, des goutteux, des obèses et de certains diabétiques. Les eaux sulfatées calciques sont employées en boisson (source de Hount Caoute); la cure de buvette est complétée par les douches tièdes et surtout les bains tièdes de la source de Bouridé; les eaux de cette dernière sont naturellement douces, onctueuses et sédatives, possédant un effet local sur l'épiderme, et général sur le système nerveux. Brocq y envoyait toute une série d'eczémateux et de prurigineux.

Le traitement des prurits et des dermatoses neuro-arthritiques par la source Larressec des Eaux-Chaudes d'Ossau. — M. DE MEDEVIELLE (des Eaux-Chaudes). Les Eaux-Chaudes sulfatées chlorurées sodiques et calciques sont parmi les sources thermales des Pyrénées celles qui contiennent le moins de soufre et le plus de calcium. On peut traiter toutes les variétés de prurits à la source Larressec; les prurits vulvaires, génitaux et anaux sont soignés aux sources de l'Esquirette, les goutteux à la source du Clot ou du Rey.

Le traitement est appliqué, suivant les cas et la réaction première en enveloppements ou lotions tièdes, douches tièdes, bains, douches de vapeurs sulfureuses; le traitement externe est complété par la cure de boisson de la source lithinée Minvielle, éliminatrice et désintoxicante.

Prurit d'un lichen plan guéri après une cure à Barèges. — M. P. REBIERRE (de Barèges).

Du déséquilibre du système nerveux vago-sympathique ou de l'appareil neuro-végétatif. De son traitement. — M. FOUY (de Capvern) insiste sur la pratique de la cure de Capvern en cas de déséquilibre vago-sympathique. Ce dernier est souvent lié à un véritable syndrome entéro hépato-sympathique ou vagal, secondaire à l'insuffisance hépatique et favorisé par l'hyperexcitabilité nerveuse des neuro-arthritiques.

Il donne les détails de la cure de boisson et du traitement externe qui seront employés de façon un peu différente suivant la prédominance du sympathique ou du vague; les effets des eaux s'expliquent ici par leur teneur en sulfates de calcium et de magnésium. D'autre part, les bains de Bouridé sont sédatifs et décongestionnants et la radio-activité paraît intervenir. On ne négligera pas non plus la culture physique ni les détails du régime qui sera peu toxique pour le foie. Enfin, l'influence des altitudes et des climats est à considérer.

ALBERT PUECH.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 MARS 1930)

Dystrophie myotonique et insuffisance parathyroïdienne. M. FAURE-BEAULIEU. Il a déjà semblé à cet auteur que des troubles humoraux identiques à ceux de la tétanie, et la présence de cataracte et de signes de tétanie latente, autorisaient à rapprocher étroitement cette maladie de la tétanie et à les placer toutes deux, au point de vue pathogénique, sous l'égide de l'insuffisance parathyroïdienne.

Placards noueux et érysipélatoïdes au cours d'une streptococcémie. — MM. Etienne BERNARD et DESBUCQUIER rapportent un cas de streptococcémie d'origine indéterminée qui, au cours de son évolution, s'accompagna de complications cutanées polymorphes aux membres inférieurs : placards rouges, vernissés ne pouvant s'expliquer par aucune lésion locale et devant être considérés comme des manifestations cutanées de la septicémie.

Un cas de septicémie à streptocoques guéri par la gonacrine. — MM. LEREBOULLET et J.-J. GOURNAY rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint depuis six jours d'un état septicémique grave, avec présence dans le sang d'un streptocoque hémolytique, chez lequel sept injections intraveineuses successives de gonacrine amenèrent une défervescence rapide et définitive.

Nouveau cas de zona postbismuthique. — MM. A. LÉRI et LAYAM présentent une femme atteinte depuis cinq jours de zona thoracique. Or cette malade est syphilitique et vient de recevoir une série d'injections de bismuth dont la dernière date de vingt jours avant le début du zona. Cette observation semble démontrer la relation de cause à effet qu'il peut y avoir entre les injections de bismuth comme d'arsenobenzol et l'apparition du zona.

Epilepsie cardiaque. — M. LIAN signale que l'épilepsie

peut se rencontrer au cours des bradycardies paroxystiques quand les pauses sont longues; on peut le rencontrer également au cours des lésions mitrales avec insuffisance cardiaque. Il s'agit de coïncidences bien que dans un cas les crises épileptiques se soient améliorées par le traitement toni-cardiaque.

Diabète insipide et formation osseuse de la base du crâne. — MM. Bezançon, de Gennes, Celice et Delorme.

Immunisation et mécanisme de l'immunité. — M. A. Tzanck.

Broncho-pneumonie à pneumocoques n'ayant eu aucune influence nocive sur une tuberculose torpide en voie de cicatrisation chez une femme enceinte. — MM. G. Caussade et P. Rudaux. Une broncho-pneumonie à pneumocoques purs évoluant sur une tuberculose pulmonaire est-elle susceptible de réveiller celle-ci?

Les auteurs concluent que l'affection pulmonaire aiguë à pneumocoques n'a exercé aucune influence nocive sur une tuberculose qui est restée torpide et n'a nullement modifié son évolution cicatricielle.

Hépatonéphrite aiguë mortelle avec azotémie et hypochlorémie. Cure de rechloruration. Œdème pulmonaire. — MM. Lemierre, Laudat et Rudolf à propos de ce cas invitent à la prudence dans les cures de rechloruration et pensent que dans leur cas l'anurie a été la cause de la crise d'œdème pulmonaire.

Eosinophilie pleurale au cours d'un abcès amibien du poumon. — MM. V. de Lavergne, E. Abel et R. Debenedetti rapportent l'observation d'un malade atteint d'un abcès amibien du poumon, avec éosinophilie intense dans le liquide de réaction pleurale.

Les auteurs remarquent que l'éosinophilie locale, qui devrait être la règle dans l'amibiase pulmonaire, est en réalité l'exception. Cette anomalie peut s'expliquer par la rapidité avec laquelle disparaît l'éosinophilie, qui en quelques jours, fait place à la lymphocytose banale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 29 mars 1930)

Tuberculose inflammatoire du cobaye à localisations multiples. — En réinoculant en série des ganglions de cobayes atteints de tuberculose atypique par injection de produits humains non filtrés, MM. Paisseau et Oumansky ont provoqué des lésions inflammatoires d'apparition rapide et à localisations diverses : ulcérations cutanées, nodules sous-cutanés, péricardite avec épanchement, arthrite, broncho-pneumonie, avec intégrité du foie et de la rate.

Les auteurs exposent les arguments qui plaident en faveur du rôle des bacilles acido-résistants dans la production de ces lésions insolites.

Des bacilles acido-résistants ont été retrouvés, parfois en très grand nombre, non seulement dans les ganglions, mais sur les frottis et les coupes de ces lésions, dans les exsudats articulaires et péricardiques.

Les caractères histologiques sont ceux des lésions inflammatoires non folliculaires. Toutefois la disposition nodulaire fréquente et quelques formations épithélioïdes leur donnent un cachet particulier.

Dans toutes les séries où ces lésions ont été obtenues, certaines inoculations ont donné lieu à une tuberculose typique.

Tuberculose fibreuse chez le cobaye. — MM. Paisseau et Oumansky ont eu l'occasion d'observer dans deux cas, par réinoculation successive de ganglions bacillifères de cobayes atteints de tuberculose atypique provoquée par l'injection de produits humains non filtrés, des adénopathies avec tumeurs et suppurations qui se sont accompagnées d'adénopathies médiastines avec médiastinite fibreuse, symphyse du péricarde et symphyse pleuro-péricardique. Ces lésions de sclérose inflammatoire ne s'accompagnaient pas de formations folliculaires, mais on y constatait la présence de bacilles acido-résistants.

Il semble donc possible, en partant d'une tuberculose ganglionnaire par produits non filtrés, de provoquer des lésions de sclérose inflammatoire étendues à divers viscères qui présentent les plus grandes analogies avec les tuberculoses fibreuses observées chez l'homme.

Cette tuberculose fibreuse se différencie à la fois de la tuberculose type Villemin par l'absence de lésions folliculaires et l'intégrité constante du foie et de la rate et de la tuberculose à filtrats au cours de laquelle de semblables lésions n'ont pas, jusqu'à présent, été signalées.

Les limites de l'accoutumance au nitrate d'urane en injection sous-cutanée chez le lapin. — MM. Garnier et Marek précisent les conditions nécessaires pour obtenir l'accoutumance au nitrate d'urane. Il faut que la progression des doses ne soit pas trop rapide et que l'intervalle entre deux injections ne soit ni trop court ni trop long. Il est inutile d'attendre que l'albuminurie, déterminée par chaque injection, ait disparu; l'intervalle de douze jours est justifié par ce fait que la légère hyperazotémie qui suit l'injection a toujours rétrocédé à ce moment. Pourtant les doses ne peuvent pas être indéfiniment augmentées; une dernière dose qui est suivant les cas de 50, 60 ou 70 milligrammes par kilogramme détermine la mort; celle-ci est due non plus à la néphrite, mais à la dégénérescence graisseuse du foie.

L'influence de l'accouchement sur l'équilibre protéique du sérum. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty et A. Codounis. 1° Au moment de l'accouchement le taux des protéines totales est très légèrement abaissé par rapport à celui de l'adulte normal. L'hydrémie gravidique suffit à expliquer cet abaissement. De même la sérine est légèrement diminuée.

2° L'accouchement ne modifie pas dans un sens univoque l'équilibre protéique du sérum.

a. Six fois sur neuf, les protéines totales se montrent diminuées dix jours après : il se peut que l'hémorragie en soit la cause;

b. Cinq fois sur neuf, le taux de la sérine est abaissé, cinq fois sur neuf, celui de la globuline est augmenté, sans qu'il existe aucun rapport dans la variation des deux protéines.

c. Il s'ensuit que le quotient albumineux se modifie, lui aussi, dans des sens différents : nous l'avons trouvé abaissé cinq fois et augmenté quatre fois par rapport au chiffre initial.

Lésions causées dans l'organisme animal par l'injection intraveineuse de la toxine de B. perfringens. — MM. M. Weinberg et N. Combiesco ont injecté dans la veine d'une série de cobayes des doses variables de toxine sèche reprise avec de l'eau distillée stérilisée. Les lésions observées relèvent, les unes de l'action de l'hémolysine, les autres de la pression sanguine très élevée, et, enfin, d'autres sont causées par la toxine non hémolytique du *B. perfringens*.

L'hémolysine provoque une forte hémoglobinurie, symptôme classique dans la septicémie à *B. perfringens*; ce qui l'est moins, c'est la rapidité avec laquelle se dépose le pigment d'origine hématique dans les différents organes.

La pression sanguine élevée provoque la rupture des capillaires des glomérules de Malpighi, des tubes contournés ou des tubes droits, d'où la formation de foyers hémorragiques qu'on retrouve dans la rate, le foie, les capsules surrénales, le poumon, l'estomac et l'utérus.

Enfin, on trouve au rein, et surtout au foie, des foyers

nécrotiques produits par la toxine non hémolytique du *B. perfringens.*

Dans la production et la variabilité de ces lésions, un rôle considérable est joué, non seulement par la dose de toxine injectée, mais aussi par la résistance qu'opposent les cellules de l'organisme et la paroi de ses capillaires.

Il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité de la congestion des organes et leur pigmentation; ce qui est en faveur de l'hypothèse des auteurs qui pensent que ces deux phénomènes sont causés par deux toxines différentes, l'une agissant sur les vaisseaux, l'autre sur les globules rouges.

Ces recherches expérimentales permettent de conclure que non seulement l'hémoglobinurie, mais aussi les hémoptysies, les hémorragies intestinales et utérines qu'on a signalées chez les sujets infectés par le *B. perfringens* peuvent être mises sur le compte de cet anaérobie.

Contribution à l'étude du mode d'action des antivirus Besredka. — MM. S. Ohba et H. Takekowa. Les staphylocoques isolés au cours des infections possèdent pour la gélose additionnée de sérum une affinité plus grande que pour la gélose ordinaire. Cette affinité disparaît après le contact avec l'antivirus; ce dernier agit donc en transformant des staphylocoques pathogènes en saprophytes.

Alexine et complexe sérum antitoxique. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard. Le complexe sérum antitoxine traverse le placenta sans entraîner avec lui l'alexine contenue dans le sérum de l'animal immunisé. On peut facilement l'établir, soit en immunisant une femelle pleine, soit en injectant à une femelle gravide un sérum antitoxique frais qui contient encore de l'alexine. D'autre part, le complexe sérum antitoxine isolé par filtration transplacentaire ne renferme pas d'alexine susceptible d'être décelée par les procédés de dosage dont on dispose.

Sur le sort éloigné des cobayes infectés par voie transplacentaire par l'ultravirus tuberculeux. — M. J. Valtis. Les cobayes infectés par voie transplacentaire par l'ultravirus tuberculeux peuvent héberger dans leurs ganglions pendant environ trois mois des bacilles acido-résistants issus des éléments filtrables du bacille tuberculeux sans que ceux-ci reprennent leur virulence initiale.

Les cobayes ayant survécu plus de trois mois à l'infection transplacentaire se comportent par la suite comme des animaux neufs.

Présentation. — Etuve collective. M. Wintrebert.

La mort dans le pneumothorax unilatéral expérimental. — MM. Ch. Richet fils et J. Dublineau. Le pneumothorax unilatéral étroit, par incision de la plèvre intercostale, est bien supporté par le lapin. Il est mortel, en général, chez l'animal préalablement trachéotomisé ou choqué. La mort survient aussi fréquemment au cas d'anesthésie générale ou de large résection costale avec pleurotomie. Elle peut être subite, très rapide (en moins de deux minutes) ou un peu plus lente à apparaître.

L'animal succombe, non de syncope, mais par diminution progressive ou arrêt subit de la fonction respiratoire. Il semble bien qu'il s'agisse d'inhibition car les animaux auxquels on fait une large thoracoplastie sous anesthésie locale résistent plus longtemps.

La barrière méningée aux polypeptides. — MM. N. Fiessinger, L. Michaux et M. Herbain rapportent le résultat de leurs recherches sur le taux des polypeptides du liquide céphalo-rachidien qu'ils comparent au taux des polypeptides sanguins. Normalement, le taux de la polypeptidorachie est voisin de zéro; dans les insuffisances hépatique et rénale, d'une part, dans les processus inflammatoire ou autolytique du système nerveux central, la polypeptidorachie s'élève sans forcément se lier à une élévation constante de la polypeptidémie.

Election. — M. Gastinel est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 17 mars 1939) :

Recherches sur la tuberculine brute formolée. — MM. F. Arloing et L. Thevenot ont étudié les modifications de l'activité imprimée à une tuberculine brute par une formolisation à 5 p. 100 et tenue à l'étuve pendant quatorze mois. Ils ont constaté sur le cobaye tuberculeux, en utilisant la tuberculine trois mois, sept mois ou quatorze mois après sa formolisation, que son pouvoir diagnostique ne se modifie que légèrement au cours de ce traitement.

De même la réaction thermique générale consécutive à une injection intra-péritonéale de tuberculine formolée chez le cobaye tuberculeux est à peu près semblable à celle provoquée par la tuberculine brute. Mais, tandis que, parfois la tuberculine brute provoque en quelques heures la mort de l'animal la tuberculine formolée n'a jamais tué aucun cobaye.

Association d'un sel de fer aux extraits de capsules surrénales préparées dans le traitement du cancer expérimental de la souris. — MM. F. Arloing, A. Josserand et J. Charachon, poursuivant le développement de leurs travaux par lesquels ils ont les premiers montré l'action frénatrice et même curative sur l'épithélioma expérimental de la souris blanche des greffes et des extraits de la cortico-surrénale de lapin préparé par des injections de cette tumeur, montrent que l'activité antitumorale des extraits de surrénale préparée ne semblent pas exaltés par l'adjonction d'une quantité égale de solution de citrate double de fer et de sodium.

Toutefois, la constance des effets antinéoplasiques des extraits surrénaux paraît plus grande après l'association ferrique, tandis que l'adjonction d'un sel de fer, ainsi que l'a montré Sokolof, active notablement le pouvoir d'un extrait de surrénale provenant d'un animal non préparé.

Modifications de l'équilibre protéique du sérum chez les hommes et les animaux tuberculeux. — MM. P. Courmont, H. Gardère et Badinand ont recherché les quantités de protéines totales, de sérine, de globulines et le coefficient sérine-globulines par la méthode azotométrique, chez l'homme, le cobaye et le cheval soit sains, soit tuberculeux.

Chez le cobaye et surtout chez le cheval, les quantités de sérine sont moindres que chez l'homme, la quantité de globulines restant constante, de sorte que le coefficient diminue d'une façon sensible de l'homme au cheval.

Chez l'homme, le cobaye et le cheval tuberculeux, les protéines totales augmentent, la sérine diminue et les globulines augmentent, de sorte que le coefficient s'abaisse notablement.

Cet abaissement est maximum chez le cheval où la sérine est en grande diminution. Un abaissement moindre se retrouve chez les chevaux immunisés; il n'est donc pas spécifique de la tuberculose. Les coefficients les plus bas ont été rencontrés chez les chevaux, puis chez les cobayes à tuberculose généralisés. Chez l'homme et le cheval, les auteurs n'ont pas trouvé de rapport constant entre les variations de l'équilibre protéique et l'état général ou l'extension des lésions.

Sur l'absorption de l'ultra-violet par les liquides de l'organisme. — MM. J. Cluzet et T. Kofman. La méthode photo-électrique, qui fait connaître l'absorption globale entre 3.000 et 2.300 ampères, donne pour les liquides de l'organisme, examinés sous une épaisseur de 15 millimètres, une opacité complète, à l'exception du liquide céphalo-rachidien, dont l'opacité beaucoup plus faible est cependant égale à 68,6 fois celle de l'eau distillée. Les solutions aqueuses de ces divers liquides organiques présentent des différences d'opacité importantes. L'humeur aqueuse, en particulier, qui

malgré sa faible teneur en résidu fixe et en albumine est complètement opaque à l'état de pureté, donne des solutions beaucoup plus transparentes que les solutions correspondantes des autres liquides organiques opaques.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1930)

La branche hépatique de l'artère mésentérique supérieure. (*Présentation de pièces.*) — MM. G. LAUX et J. CABANAC.

Le rein en fer à cheval. Sa vascularisation. (*Présentation de pièce.*) — MM. G. LAUX et J. CABANAC. Il s'agit d'un rein en fer à cheval, symétrique, à concavité supérieure, présentant une lobulation très nette; la masse rénale gauche est plus volumineuse que la droite, l'isthme entièrement parenchymateux est de grandes dimensions (la hauteur est de 6cm4, l'épaisseur de 2cm5).

La riche vascularisation artérielle donne une grande fixité à l'organe; l'artère rénale gauche vascularise une grande partie de la masse droite et toute la région isthmique. Une néphrectomie gauche compromettrait, à coup sûr, la vitalité du parenchyme du côté opposé.

Sur une statistique portant sur 250 cadavres les auteurs ne signalent qu'un seul rein en fer à cheval.

Nouvel appareil plâtré pour pieds bots congénitaux graves. — M. E. ETIENNE. L'appareil, dont l'auteur projette les photographies, a pour but de supprimer les risques de compression tout en assurant le maintien efficace de la correction obtenue par les manœuvres de redressement.

Il comprend trois parties appliquées dans l'ordre (sur un jersey qui recouvre le membre enveloppé de compresses de gaze stérilisées imbibées très légèrement d'alcool) :

1° Une jambière plâtrée remontant au-dessus du genou légèrement fléchi (afin que l'appareil ne glisse point), s'arrêtant en bas au-dessus des malléoles;

2° Un étrier large engaînant la plante du pied (y compris les orteils), sauf la partie postérieure du talon; les deux chefs remontent jusqu'au haut de la jambe;

3° Une attelle antérieure mise en place après correction totale allant des orteils à la partie haute de la jambière.

Quelques tours de bande solidarisent le tout.

La région du tendon d'Achille est libre de tout plâtre.

Tumeur de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache avec ébauche de syndrome pétro-sphénoïdal. — MM. J. TERRACOL, J.-M. BERT et M. REYMOND présentent l'observation d'un malade atteint de tumeur du rhino-pharynx s'accompagnant de paralysie du VI et de douleurs trigémellaires par propagation du néoplasme à la fosse cérébrale moyenne.

Deux cas de polynévrite consécutive à une intoxication alimentaire. — MM. L. RIMBAUD, J. CHARDONNEAU et P. RIMBAUD présentent deux cas de polynévrites : paraplégies complètes, l'une en flexion, l'autre en extension, s'accompagnant toutes deux de paralysie cubitale gauche avec griffe.

Chez le premier malade la paralysie a apparu très rapidement après une intoxication par « tripes de mouton ». Aucune amélioration depuis deux ans.

Chez le second, intoxication par des moules ayant déterminé une diarrhée profuse persistant pendant deux ans. La polynévrite apparut à la fin de la première année. Par la suppression du régime lacté et quelques cachets opium-bismuth, la diarrhée est arrêtée, l'état général du malade précaire à son arrivée s'améliore, les lésions paralytiques commencent à s'atténuer.

Dans le premier cas les auteurs admettent le processus toxique. Ils rapprochent le second des polynévrites par avitaminose.

Kyste dermoïde intrathoracique. (*Présentation de cliché radiographique.*) — MM. P. LAMARQUE et J. CHAPTAL.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU TRAITEMENT DU PALUDISME

L'article publié ici même (1) il y a quelques jours par notre collaborateur M. L. Babonneix nous a valu plusieurs lettres intéressantes.

L'une est de M. le docteur Sédillot, petit-fils du professeur Charles Sédillot, médecin inspecteur général de l'armée, et arrière-petit-fils de Pelletier, l'inventeur, avec Caventou, du sulfate de quinine.

Notre confrère veut bien nous signaler la grande part prise par son grand-père dans l'application systématique au paludisme du sulfate de quinine.

M. le docteur J.-B. Vincent (d'Oran) nous a adressé de son côté la lettre suivante :

« Oran, le 10 avril 1930.

Monsieur et cher confrère,

Comme vous le dites à la fin de votre intéressant article du 29 mars sur l'organisation médicale de l'expédition d'Alger : Il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Il en fut de même au temps où l'on a l'habitude de placer la découverte de Maillot, c'est-à-dire en 1833-1834-1836.

Je me permets de vous faire connaître que j'ai écrit ma thèse d'Alger en 1914 en partie sur cette question.

Si grands, si admirables qu'aient été le rôle et l'action de Maillot, on ne doit pas oublier qu'il a eu pour devancier, entre 1830 et 1833 à l'hôpital d'Alger, le médecin militaire J.-A. Antonini, futur médecin chef de l'armée d'Afrique.

En collaboration avec les frères Monard, Antonini fit paraître en 1832 sa Lettre médicale sur l'expédition d'Alger. En 1833 ses Considérations générales sur les fièvres intermittentes à Alger (Cf. vol. XXXIII et XXXV du *Recueil de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*).

Dans ces deux mémoires et avant Maillot, Antonini reconnut la nature paludéenne de certaines fièvres continues malignes d'Algérie. Il leur appliqua, ainsi qu'aux intermittentes et rémittentes, le traitement par la quinine donnée, d'emblée et hardiment, sans attendre de rémission et à doses suffisantes, proportionnées aux symptômes qui menacent la vie. En même temps il réagissait (avant Maillot) contre les théories de Broussais, en particulier contre l'usage si abusif des saignées générales qui, disait-il, tendent à appauvrir encore davantage un sang déjà anémié et mènent à l'adynamie.

Il est étonnant qu'à côté des noms justement illustres de Maillot et Laveran, on ne cite jamais celui d'Antonini qui a bien droit à autre chose qu'à l'oubli, puisqu'il a été l'initiateur de la méthode vulgarisée par le médecin de Bône, et puisqu'il est mort a la tâche après de longs mois de souffrances, succombant à la dysenterie à son retour d'un voyage d'inspection à Biskra... (en 1845).

Je dois d'ailleurs faire à ce sujet une communication au IIe Congrès du paludisme qui se tiendra à Alger, du 19 au 21 mai.

Si je me permets de vous écrire ces renseignements dont je réservais la primeur au Congrès, c'est que votre numéro du 29 mars, et en particulier votre article, m'ont très vivement intéressé et que j'ai eu le regret de n'y trouver aucune mention de J.-A. Antonini (qui fut pourtant de l'expédition d'Alger en 1830).

Agréez, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués. Dr J.-B. VINCENT. »

Nos aimables correspondants voudront bien nous permettre de faire remarquer que M. L. Babonneix ne s'est pas proposé de faire l'historique de l'emploi de la quinine dans

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 29 mars 1930.

le paludisme, non plus que celui du rôle du paludisme dans la production de certaines fièvres continues, rôle déjà entrevu par Hippocrate. Il a apporté simplement quelques documents inédits concernant le docteur Maillot.

N. D. L. R.

NOTES POUR L'INTERNAT

VOMIQUES

SIGNES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

On désigne sous le nom de vomique l'expectoration brusque d'une collection, presque toujours suppurée, ayant fait irruption dans les bronches.

Ce qui importe, en présence d'un tel symptôme de grande valeur diagnostique, c'est d'en rechercher la cause.

SYMPTOMES

La vomique, suivant son abondance, est plus ou moins caractéristique.

1° **Vomique massive.** — Elle survient généralement au décours d'une pneumopathie aiguë ou subaiguë, pneumonie ou broncho-pneumonie. Elle peut être précédée d'une fétidité passagère de l'haleine, de petites hémoptysies ou se déclarer brutalement comme un accident dramatique de haute valeur révélatrice.

Annoncée par une douleur thoracique déchirante, la vomique est caractérisée par le rejet d'un flot de pus, par la bouche et parfois par le nez, tandis que le malade cyanosé, angoissé, a la sensation d'asphyxie imminente.

Puis, tout cesse. La fièvre, plus élevée dans les jours précédents, s'abaisse fréquemment tandis qu'apparaît un syndrome cavitaire à l'auscultation; et le malade reste un cracheur de pus.

2° **Vomique nummulaire.** — Dans ces cas, l'on croit souvent à une expectoration banale, et c'est seulement la brusquerie du début ou le caractère tout à fait purulent des expectorations qui font penser à une vomique.

ÉVOLUTION

1° **Tantôt la vomique est suivie d'une sédation des symptômes morbides.** — La fièvre tombe, le drainage de la collection suppurée se fait assez bien et l'expectoration finit par se tarir. C'est ainsi que dans certains cas d'abcès du poumon ouverts par vomiques, l'on a signalé récemment la guérison spontanée.

Celle-ci est pourtant assez rare. Les reprises de la suppuration sont toujours à craindre, la vomique ayant ouvert la porte à l'infection secondaire.

2° **Plus souvent, l'évolution traîne**, se fait par alternatives de rétention et de sédations passagères. Finalement le malade se cachectise, la fièvre prend le caractère hectique et la mort survient due aux complications habituelles des suppurations pleuro-pulmonaires chroniques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° **Au moment même de la vomique.** — Si elle est abondante, le diagnostic en est généralement très facile, et l'on ne saurait la confondre avec une expectoration d'origine amygdalienne ou pharyngée.

A cause de la fétidité de certaines vomiques, il faut éliminer la *gangrène pulmonaire*. Cela est facile dans sa forme aiguë, mais parfois délicat dans sa forme subaiguë à rechutes; d'ailleurs, il s'agit plutôt là d'une question de doctrine, certaines gangrènes chroniques étant considérées par les auteurs récents comme une variété d'abcès pulmonaire capable par conséquent de s'évacuer par vomique.

2° **A une phase plus tardive.** — La *tuberculose pulmonaire* est un diagnostic facile, à cause de la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Le *gros diagnostic est la bronchectasie.*

Dans les cas typiques, il est certes assez facile lorsqu'il s'agit d'un individu qui crache depuis l'enfance, consécutivement à une broncho-pneumopathie aiguë. L'expectoration abondante et l'importance des signes cavitaires à la base des poumons contraste avec le bon état général et l'extrême discrétion des signes radiologiques. Enfin, l'injection intratrachéale de lipiodol met en évidence les dilatations bronchiques.

Il existe cependant des cas intermédiaires où le diagnostic est très difficile : ce sont ces abcès chroniques et torpides du poumon ayant entraîné, par un processus de broncho-pneumonie chronique, la formation de bronchectasies secondaires. Ces « abcès bronchectasiques », suivant l'expression d'Ashner et Lilienthal, donnent bien lieu à des vomiques. Seul le lipiodol peut faire la part des processus combinés, injectant les ectasies bronchiques et non l'abcès.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

En présence d'une vomique, il faut penser tout d'abord à une suppuration pleuro-pulmonaire, accessoirement à une collection suppurée de l'étage supérieur de l'abdomen.

Suppurations pleuro-pulmonaires. — *A.* **Il s'agit d'un foyer suspendu dans la région scissurale.** — L'on discute deux causes : l'abcès du poumon, la pleurésie interlobaire, et ce problème apparaît sous un jour nouveau à la lueur des données récentes.

L'existence de signes pseudo-cavitaires à la partie moyenne du poumon ne plaide pas plus en faveur de l'un que de l'autre: On sait d'ailleurs l'infidélité des signes physiques qui, tantôt réduits à presque rien, tantôt bruyants, ne donnent aucune indication diagnostique.

La précocité de la vomique qui, d'après Dieulafoy, surviendrait vers le dixième jour dans l'abcès, plus tardivement dans la pleurésie interlobaire, est également un signe infidèle : le malade est un cracheur de pus, mais il est souvent impossible de retrouver nettement l'antécédent net d'une vomique.

Les signes radiologiques ne sont parfois pas plus concluants. Sauf les images typiques sur lesquelles nous reviendrons, ils ne permettent généralement que de constater la localisation du foyer dans la région scissurale, sans préciser s'il est juxta ou intrascissural.

Suivant l'argument de fréquence, l'on pensait il y a encore quelques années plutôt à la pleurésie interlobaire. D'après les travaux récents, ce serait plutôt à l'abcès du poumon qu'il faudrait conclure. Cette affection est devenue beaucoup plus fréquente depuis quelques années, et c'est une cause importante de vomiques.

1° Abcès simple du poumon. — Suivant le mode de début, brutal ou insidieux, l'évolution, la fétidité et la flore des crachats, l'on peut distinguer deux grandes variétés d'abcès pulmonaires qui, à un stade avancé de leur évolution, se confondent.

L'abcès simple du poumon, consécutif à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, est monomicrobien, et dû, en général, au pneumocoque, parfois à d'autres germes banaux. L'examen des crachats les montre abondants, franchement purulents, faits de pus homogène, contenant des fibres élastiques et le germe en cause. Rapidement la poche s'infecte secondairement, et l'on ne peut plus trouver le germe en cause que par hémoculture s'il s'agit d'une forme septicémique.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Harvier, Chabrol, Léon Bernard, Michel, Courtois-Suffit, Brouardel, Apert, Laignel-Lavastine, Gautier, Tinel et Cadenat.

— Répartition, dans les services hospitaliers, de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1930-1931. — MM. les élèves internes en pharmacie sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers pour l'année 1930-1931.

Internes en fonctions (2e, 3e et 4e année) : le jeudi 22 mai, à 14 h. 30.

Internes de 1re année : le vendredi 23 mai, à 9 h.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire aura lieu aux hospices d'Orléans le lundi 7 juillet 1930.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Officier de l'ordre de Bolivar el Liberator del Venezuela.* — M. le docteur Robert Pierret (de La Bourboule).

— Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Russo (de Villefranche-sur-Saône).

Officier d'Académie. — M. le docteur Robert Didier, correspondant du Muséum d'histoire naturelle à Paris.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Assemblée générale annuelle. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 18 mai 1930, à 14 h., dans la salle des séances de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir aura lieu le banquet au grand cercle d'Iéna, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. le docteur Rousseau-Saint-Philippe, président de la Société des médecins de la Gironde. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 16 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe), chèques postaux, Paris 186.07.

UNE PLACE DE MÉDECIN RÉSIDENT AU PASSAVANT MEMORIAL HOSPITAL DE CHICAGO. — A la suite de la dernière Mission aux Etats-Unis qui avait été confiée par le ministère de l'Hygiène aux docteurs J.-M. Le Mée, André Bloch et Jean Dalsace, le Doyen de la Northwestern University Medical School of Chicago fait savoir qu'une place de médecin résident au Passavant hospital sera désormais réservée à un docteur en médecine de nationalité française. Toutes facilités lui seront données tant à l'hôpital qu'à la Faculté pour entreprendre des travaux de médecine, de chirurgie, de bactériologie, de chimie, etc.

La durée du séjour est fixée à un an au minimum, prolongeable d'une seconde année. L'indemnité accordée est de 50.000 fr. par an et des réductions sont consenties par les Compagnies de transport.

Les candidats sont priés de faire parvenir avant le 1er juin 1930 leur demande accompagnée de leur exposé de titres, au docteur Le Mée, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, secrétaire général de la Commission, qui se met à leur disposition pour tous renseignements complémentaires.

LA RUE FERNAND WIDAL. — Le préfet de la Seine vient de décider de donner le nom du regretté maître Fernand Widal à une rue de Paris nouvellement ouverte dans le XIIIe arrondissement.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue se tiendra le mardi 6 mai 1930, à 17 h., à la Faculté de médecine (salle du Conseil), sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Rapport de M. Le Bret, secrétaire général.

Rapport de Mme Henri Hartmann, présidente de la section d'assistance.

Rapport de M. Max Hermant, trésorier.

Allocution de M. Henri Bordeaux, de l'Académie française.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — AVIS IMPORTANT CONCERNANT LES CONGRESSISTES FRANÇAIS. — Suivant l'exemple de la Société nationale des chemins de fer belges, les grands réseaux français accorderont une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux congressistes se rendant aux Journées médicales de Bruxelles (28, 29, 30 juin, 1er et 2 juillet 1930), et qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres ou qui consentiront à payer pour cette distance, ainsi qu'à leur femme les accompagnant.

Les congressistes, désireux de bénéficier de cette importante réduction, sont priés d'envoyer AVANT LE 1er JUIN au docteur Beckers, secrétaire général, 62, rue Froissart, Bruxelles, leur qualité, domicile et itinéraire suivi pour se rendre de leur domicile ou de la frontière, au lieu de réunion et vice versa, avec la mention des points indispensables pour jalonner, le cas échéant, cet itinéraire et, s'il y a lieu, les points d'entrée sur chaque réseau.

Les autorisations seront passibles de l'impôt correspondant à 15 p. 100 de l'exemption, et seront valables à l'aller du 18 juin au 2 juillet inclus, et au retour du 28 juin au 12 juillet 1930 inclus.

La réduction n'est applicable qu'aux congressistes et à leur femme les accompagnant.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Henri HARTMANN.) — *Traitement des fractures des membres.* — Cours complémentaire, sous la direction de M. le professeur H. Hartmann, par M. Boppe, chirurgien des hôpitaux, du 5 au 17 mai 1930.

Chaque leçon comportera : 1° de 3 à 4 h., une leçon avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ; 2° de 4 à 5 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront les appareils.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

— HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés. Professeur : M. LEREBOULLET.) — M. le professeur Lereboullet commencera le lundi 5 mai une série de leçons sur des questions d'actualité pédiatrique qui seront poursuivies tous les lundis de mai et de juin, à 11 h., au pavillon Pasteur.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Moatti et Rossert, chefs de clinique, commencera le 5 mai 1930, à 2 h., et continuera tous les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CHRONIQUE

L'AIDE AUX CARDIAQUES

L'Aide aux cardiaques (Fondation Dike) a tenu, le 29 avril, à l'hôpital de la Pitié, sa seconde assemblée générale.

En l'absence de M. André Tardieu, président du Conseil, la séance a été présidée par M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique et de l'Hygiène.

M. Vaquez, dans un rapport très documenté, a précisé le but de l'œuvre et les résultats obtenus depuis sa création : dépistage chez les jeunes sujets de lésions souvent ignorées, indications données à leur famille pour l'orientation de leur carrière ; chez l'adulte, attribution d'un carnet de santé permettant d'établir une continuité dans les soins, conseils pour le choix d'un métier, compatible avec leur état de santé et mise en rapport avec les industriels susceptibles de leur fournir un travail adéquat à leurs capacités physiques, etc.

Mlle de Joannis, secrétaire générale, a donné ensuite lecture de son rapport moral et a signalé quelques cas typiques, où l'intervention de l'Aide aux cardiaques a permis à des malades, considérés comme hors de service, de gagner leur vie et celle de leur famille.

Après lecture et approbation du compte rendu financier présenté par M. Bouchet, directeur de la Pitié, trésorier de l'œuvre, l'assemblée, à l'unanimité, a décidé de présenter une demande de reconnaissance d'utilité publique.

M. le docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine, a alors, dans une rapide improvisation, montré l'utilité d'une action concordante de son administration et d'une œuvre comme l'Aide aux cardiaques pour parfaire les soins donnés aux malades dans les hôpitaux en les protégeant dans leur foyer contre le retour offensif de la maladie et ses conséquences.

M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique et de l'Hygiène a également témoigné de son intérêt pour l'Aide aux cardiaques. Il a ajouté qu'il associerait les efforts de son administration à ceux des œuvres particulières pour leur permettre de réaliser leur but tout en leur laissant leur autonomie.

Tous les orateurs ont déclaré qu'il serait particulièrement souhaitable que le Centre de cardiologie de la Pitié, siège de l'Aide aux cardiages, soit conservé tel qu'il fonctionne actuellement pour le bien des malades, le prestige de l'Assistance publique et de la ville de Paris.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LES MANIFESTATIONS NERVEUSES DE LA POLYGLOBULIE

ÉRYTHRÉMIE CRYPTOGÉNÉTIQUE. — MALADIE DE VAQUEZ

Par J. LHERMITTE,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice Paul Brousse.

Bien que la description de cette curieuse affection ne soit pas de date très ancienne, puisque la première observation en fut apportée par Vaquez en 1892, la sémiologie de l'érythrémie est aujourd'hui particulièrement riche et ses manifestations nerveuses ont attiré depuis quelques années l'attention des neurologistes; et ceci à juste titre, parce que les complications, ou mieux les désordres des fonctions nerveuses centrales, apparaissent avec une fréquence remarquable dans la maladie de Vaquez et que, bien souvent, l'origine de ces manifestations demeure cachée pour qui, de parti pris, ne recherche pas l'existence d'une modification du sang.

Ainsi que le rappellent dans leur article, classique maintenant, du *Tratié de médecine*, Ch. Aubertin et Mouquin, on peut diviser les polyglobulies, par analogie sans doute avec les leucocytoses, en polyglobulies secondaires et polyglobulie primitive, cryptogénétique ou érythrémie, laquelle serait l'homologue de la leucémie. Ce rapprochement est légitimé, en outre, par ce fait que ces deux dernières affections sont, l'une et l'autre, à évolution progressive et fatale. Pour ce qui est de la polyglobulie cryptogénétique ou érythrémie, de nombreux auteurs, surtout en Allemagne, ont voulu la scinder, elle aussi, en plusieurs catégories; et dans un intéressant travail, Mendel propose la classification suivante. Tout d'abord s'inscrit la polyglobulie accompagnée de cyanose, d'hémorragies, d'augmentation volumétrique de la rate et quelquefois du foie, que l'on pourra désigner des termes de polycythémie mégalo-splénique ou maladie de Vaquez et 2° la polyglobulie avec cyanose, augmentation de la tension vasculaire, mais sans hypertrophie splénique à laquelle conviendrait l'étiquette de maladie de Gaisbock. Ici, la polyglobulie va de pair avec une hypertension artérielle souvent très élevée, laquelle s'accompagne d'hypertrophie du ventricule gauche, quelquefois d'un bruit de galop, et d'une albuminurie liée à une néphrite atrophique qui entraîne la mort assez fréquemment par suite d'un raptus hémorragique cérébral. Dans ce type morbide, les accidents nerveux apparaissent avec une grande fréquence, ce qui se conçoit puisque la circulation cérébrale se trouve compromise ou perturbée par deux facteurs : la modification de la structure du sang et l'augmentation de tension intravasculaire. Enfin, 3° il existerait une polyglobulie en rapport avec une hypertrophie considérable de la rate associée elle-même à l'urobilinémie et la cirrhose du foie. Ce dernier type pourrait être dénommé « la polycythémie splénomégalique ». Il va de soi que ces trois types ne constituent pas, dans la pensée de Mendel, des entités morbides rigoureusement définies ayant chacune son étiologie, sa pathogénie et son évolution et qu'entre ces trois formes existent de nombreux points de passage.

Quoi qu'il en soit des modalités à attribuer à la polyglobulie; que l'on considère ce syndrome comme une maladie aux aspects divers, et que les recherches de l'avenir justifient ou non la division proposée par Mendel, le fait pour nous n'a qu'une importance relative, car ce que nous désirons montrer aujourd'hui c'est la fréquence et la diversité des manifestations nerveuses centrales liées, semble-t-il, à l'augmentation considérable des globules rouges du sang.

*
* *

Certains des accidents nerveux qui peuvent hérisser le cours progressif mais tranquille de la polyglobulie sont liés, de toute évidence, à des *lésions matérielles des centres nerveux*. C'est tantôt l'hémiplégie, avec ou sans aphasie, c'est la paraplégie, la monoplégie, les manifestations pseudo-bulbaires. Tous ces accidents sont communs et ne présentent aucun caractère spécial dans la polyglobulie vraie. Leur intérêt réside seulement dans la cause qui les a fait naître : la difficulté et le ralentissement du cours du sang dans l'encéphale et, le plus souvent, la thrombose artérielle ou veineuse ou encore la rupture vasculaire avec leurs fatales conséquences.

En pratique, chez un individu dont l'habitus extérieur dénonce, par la pléthore sanguine, la polyglobulie, quel que soit l'état de la pression artérielle, la survenance inopinée d'un syndrome apoplectique doit faire immédiatement penser à l'existence d'une thrombose artérielle ou veineuse de l'encéphale ou encore, à une hémorragie cérébrale.

Mais, à côté de ces faits dont les observations parsèment la littérature médicale, il est d'autres accidents plus attachants, parce que d'origine beaucoup plus obscure et moins souvent rattachés à leur véritable cause en raison, tout ensemble, de leur polymorphisme et de leur banalité apparente.

Parmi ces manifestations, il faut compter d'abord avec les *troubles subjectifs* qui font parfois du polyglobulique un malade aux plaintes incessantes, aux symptômes fuyants et insaisissables jusqu'au jour où l'examen du sang met en lumière la véritable cause d'un ensemble de malaises qui n'est pas sans analogie superficielle avec le tableau multiple et changeant de la cénestopathie.

Parmi ces troubles subjectifs, les douleurs, les sensations pénibles, les perturbations de la cénesthésie sont parmi les plus vifs et les plus constants. Bien des malades se plaignent de céphalées diffuses, tenaces, accompagnées de bouffées de chaleur; parfois celles-ci atteignent une telle intensité que le malade demande à ce qu'on ouvre les fenêtres et qu'un courant d'air rafraichissant vienne le soulager de cette sensation très désagréable.

Parfois, également, les céphalées alternent avec des migraines typiques, précédées ou accompagnées de scotome flamboyant et suivies de vomissements.

Les douleurs dans la continuité des membres paraissent également d'une fréquence considérable. Mendel et Keschner, Hval, Gaisböck, Crossetti, Winther, Kretschmer ont insisté sur ces phénomènes douloureux qui accompagnent les céphalées. Les douleurs qui paraissent siéger dans les membres, s'entourent d'un caractère un peu spécial. En général, elles diffèrent très nettement des douleurs névralgiques et aussi de celles qui accompagnent les radiculites postérieures. Ce sont des sensations de brisement, de torsion, de tension profonde, associées parfois à une sensation d'engourdissement des mains et des pieds.

Chez certains malades, les algies ne se limitent pas aux membres mais envahissent également le thorax et l'abdomen. Celles-ci sont caractérisées par des sensations de contraction dans le corps, de striction thoracique; Mendel signale même des douleurs fulgurantes précordiales. Mais il faut savoir que les phénomènes douloureux peuvent faire complètement défaut, ainsi que l'a parfaitement noté Hollaender. Les symptômes dont nous venons de parler ne s'accompagnent pas de manifestations objectives saisissables, aussi leur signification peut-elle être, dans certains cas, malaisément reconnue. Mais, chez le polyglobulique, il est des phénomènes douloureux qui eux, à l'inverse des précédents, ont pour caractère d'aller de pair avec des modifications vaso-motrices. Nous faisons allusion ici à ces douleurs prédominant aux extrémités, localisées parfois au gros orteil, exagérées pendant le repos au lit, interrompant ou empêchant le sommeil et que calment la marche et la station debout, ainsi que l'ont noté Vaquez et Laubry, Parkes-Weber, Aubertin et Mouquin. Ces phénomènes douloureux qui possèdent plusieurs caractères qui les rapprochent de l'*érythromélalgie* de Weir-Mitchell, sont illustrés par une très belle observation que nous prenons au travail de Hval.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans qui, depuis trois à quatre ans, présentait des phénomènes typiques d'érythromélalgie sur la jambe gauche. L'extrémité du membre était très douloureuse, cyanosée, engourdie, paresthésiée; des troubles trophiques apparurent qui nécessitèrent l'amputation de trois orteils. Le sujet étant syphilitique reçut un traitement spécifique intensif, mais celui-ci n'amenda nullement l'érythromélalgie. Il est évident que le syndrome de Weir-Mitchell est bien ici en rapport avec l'érythrémie laquelle s'affirmait par l'augmentation considérable des globules rouges du sang et la splénomégalie.

Nous devons signaler qu'à l'inverse des précédents, certains sujets polycythémiques présentent uniquement des phénomènes douloureux au cours de la marche et réalisent ainsi un syndrome de claudication intermittente analogue à celui qu'il est habituel d'observer dans la sclérose du segment sous-diaphragmatique de l'aorte.

Les phénomènes algiques que nous venons de passer en revue sont, de toute évidence, liés aux troubles circulatoires de l'érythrémie, car ils s'amendent et disparaissent lorsqu'un traitement judicieux a été appliqué. Ce n'est pas à dire, toutefois, que la pathogénie en soit simple; et l'on peut invoquer, ainsi qu'on l'a fait, plusieurs causes déterminantes. Pour ce qui est, par exemple, des douleurs sourdes profondes, contusives, ostéocopes, il est possible que l'augmentation de la tension de la moelle osseuse causée par l'hyperplasie de ce tissu en soit responsable. Quant aux sensations plus superficielles d'engourdissement, de paresthésie, de striction, il semble qu'il faille faire intervenir ici des modifications de la circulation des extrémités, lesquelles retentissent sur l'épanouissement terminal des fibres nerveuses organiques et végétatives. Enfin, il n'est pas interdit de penser que certains phénomènes cénestopathiques sont liés à des modifications de la circulation des centres nerveux eux-mêmes, et cela d'autant plus qu'à ces phénomènes cénestopathiques s'associent, et cela doit retenir l'attention, des perturbations psychiques d'ordre divers mais qui peuvent prendre la marque de la véritable hypocondrie, ainsi que l'ont noté Cassirer et Bamberger.

En dehors des céphalées diffuses dont la fréquence avait été notée par tous les auteurs qui se sont occupés de la polyglobulie, il faut faire une place pour des sensations plus obscures de pesanteur, de gêne endocranienne accompagnées de vertiges simples ou même accidentellement compliquées par l'apparition brusque et soudaine du vertige de Menière. Aussi bien Mendel que Ledoux, que Keschner, Gaisböch, Kretschmer, ont relevé expressément ces phénomènes. Ceux-ci ne présentent aucune caractéristique particulière; mais cependant, ils frappent par leur continuité et leur ténacité désespérantes. En général, reconnaître leur véritable cause n'est pas d'une difficulté excessive en raison de la coloration cyanique du visage et des muqueuses et aussi à cause des modifications des veines papillaires lesquelles onduleuses et de coloration foncée, tranchent nettement sur le disque papillaire.

Nous avons fait allusion plus haut à la possibilité de la survenance, au cours de la polyglobulie essentielle, de thromboses artérielles ou veineuses entraînant des conséquences généralement sérieuses sous la forme d'hémiplégie, d'aphasie, d'apraxie, d'hémianopsie, bref, de syndromes variés en rapport strict avec la localisation de la lésion malacique. Mais, à côté de ces faits qui n'ont par eux-mêmes rien que de très banal, il existe, beaucoup plus rarement il est vrai, des accidents analogues aux précédents, mais qui se signalent par leur curabilité complète; ceux-ci sont vraiment très spéciaux à l'érythrémie.

*
* *

On le sait, lorsqu'un foyer cérébral s'est constitué et qu'il est conditionné par une thrombose, la guérison complète ne peut pas être espérée en raison de la destruction définitive du parenchyme cérébral; mais dans l'érythrémie il n'en va pas toujours ainsi, et l'on peut assister à l'éclosion de *phénomènes hémiplégique*, *aphasique*, *apractique* et *hémianopsique* dont la terminaison peut se marquer heureusement par la *guérison complète*. Ces incidents sont sujets à

se renouveller et, fait curieux, en changeant de topographie. Nous voulons dire que ce n'est pas à une hémiplégie à répétition que l'on assiste, mais à une succession capricieuse des phénomènes déficitaires de la paralysie, de l'aphasie, de la diplopie, etc.

En voici un exemple rapporté par M. Ledoux : Une femme de soixante-cinq ans, polyglobulique, est atteinte de vertiges avec chute et vomissements consécutifs. Peu de jours après, une amélioration se manifeste mais, trois jours plus tard, de nouveaux vertiges apparaissent suivis bientôt d'hémiplégie gauche avec paresthésies, troubles de la parole et diplopie. Tous ces phénomènes s'atténuent et quinze jours après l'amélioration se dessine d'une manière très nette. Mais voici que, très rapidement, à la suite de vertiges la malade présente une hémiplégie droite, laquelle d'ailleurs guérit complètement.

Bien qu'on ne puisse faire que des conjectures sur la nature des modifications encéphalitiques crées ici par l'érythrémie, il est cependant légitime de penser qu'il ne s'agit pas là de thrombose à proprement parler, mais de ralentissement du cours du sang favorisé par une augmentation de la viscosité plasmatique entraînant une anoxémie relative de diverses régions de l'encéphale. Ce ralentissement du cours du sang dans le cerveau s'explique, comme nous le disions, par l'accumulation des globules rouges et l'augmentation de la viscosité démontrées expérimentalement, ensuite par l'altération des vaisseaux de l'encéphale. Il faut noter, en effet, que ces incidents ou ces accidents surviennent bien plus volontiers chez les personnes âgées que chez les sujets jeunes.

Parfois, les symptômes morbides en rapport avec des foyers anoxémiques cérébraux démontrent une multiplicité curieuse de lésions. Chez un malade observé par Mendel, par exemple, on constate, dans le même temps, une paralysie faciale droite et des paresthésies de la jambe gauche contrastant avec l'intégrité absolue du membre supérieur homolatéral.

Chez le sujet dont l'histoire a été contée par Tarozzi, une parésie avec apraxie de la main gauche s'alliait avec une parésie de la jambe droite et la diminution de la sensibilité de tout le côté gauche du corps.

Ces différents exemples témoignent de la multiplicité des foyers que peuvent créer dans le cerveau les modifications sanguines de la polyglobulie.

C'est un fait démontré chaque jour que les modifications de la circulation médullaire n'entraînent pas, à beaucoup près, les mêmes conséquences immédiates ou lointaines que celles de la circulation encéphalique. La raison en est dans la résistance plus grande du tissu spinal composé surtout de faisceaux de fibres et aussi à cause des anastomoses vasculaires beaucoup plus abondantes que dans le cerveau. C'est dire qu'*à priori*, on ne peut pas s'attendre à constater dans la polyglobulie des manifestations spinales motrices ou sensitives aussi importantes et d'une aussi grande fréquence que celles du cerveau. Toutefois, certaines perturbations motrices et sensitives tels que l'engourdissement progressif des extrémités, la lourdeur des jambes, les douleurs à caractère radiculaire, semblent bien en rapport avec une perturbation spinale.

Il en va de même de certains faits de *claudication intermittente* rapportés par Keschner. Certes, la claudication intermittente de l'érythrémie est loin de réaliser toujours la claudication intermittente de Dejerine, c'est-à-dire la claudication spinale; et peut-être, dans la majorité des cas, s'agit-il d'un phénomène lié exclusivement aux troubles circulatoires périphériques. Mais néanmoins la claudication par modification circulatoire spinale doit être retenue.

Le retentissement de l'érythrémie sur la moelle épinière peut se traduire d'une autre manière : par le développement d'une atrophie musculaire des membres inférieurs, ainsi qu'en témoigne une observation publiée par Naville et Brutsch.

Chez une malade de cinquante ans, ayant présenté plusieurs petits ictus sans conséquences bien graves se manifestèrent les symptômes de la stase rénale et hépatique, puis après la disparition de celle-ci s'installa une atrophie manifeste des membres inférieurs prédominant à gauche. Les muscles antérieurs et postérieurs de la cuisse étaient diminués de volume et de force et l'anamnèse indiquait que ces segments des membres avaient été le siège, à deux ou trois reprises, de contractures subites, intenses et transitoires semblables à celles que l'on observe au début de l'installation de l'hématomyélie. En outre, les deux muscles psoas ainsi que la musculature abdominale se montraient également atrophiés et parésiés. Il semble donc que, dans ce cas, toutes les causes d'atrophie musculaire étant éliminées, il faille attribuer aux troubles circulatoires spinaux liés à l'érythrémie, le développement de cette atrophie musculaire segmentaire et singulière par son évolution ainsi que par les symptômes qui l'avaient précédé.

Nous avons cherché si la polyglobulie pouvait retentir également sur les nerfs périphériques. Ici les documents probants sont extrêmement limités. Nous pouvons cependant rapporter ici une observation due à Grossetti qui témoigne qu'une polyglobulie essentielle peut tout au moins coïncider avec *une nervo-dégénération périphérique*.

Il s'agit d'un malade de quarante-deux ans, présentant une coloration cyanique du visage et assez émacié. En 1927, ce sujet se plaint de céphalées, de sueurs, de vomissements puis survient l'atrophie paralytique des pieds et mains laquelle s'étend sur les muscles péroniers et jambiers antérieurs; le pied est en équinisme. Le tonus musculaire est très diminué et, dans les muscles atrophiés, on constate la diminution des réactions galvanique et faradique. Dans ce fait, le nombre des globules rouges atteignait 7.500.000 et celui des globules blancs 14.000.

***

Jusqu'ici, nous n'avons parlé, à dessein, que des phénomènes nerveux en rapport avec des perturbations des systèmes moteur, sensitif, sensoriel et coordinateur et nous avons laissé, à cause de l'intérêt

qu'elles présentent, les *perturbations des fonctions psychiques et végétatives*. Il nous presse maintenant d'aborder leur description.

Dans son travail, Mendel attache plus d'intérêt aux modifications psychologiques et psychiques qu'aux perturbations purement neurologiques. Selon cet auteur, l'atteinte de la sphère psychique se marque tantôt par des phénomènes courants en psychiatrie : bouffées d'excitation et de dépression, fatigabilité psychique et neuro-musculaire, excitabilité, dégoût du travail, diminution de la mémoire de fixation, tantôt par des états qui sont rangés depuis longtemps dans le cadre des affections organiques : les états confusionnels et démentiels.

Lorsque la polyglobulie atteint un taux assez élevé on doit s'attendre à constater chez les sujets qui en sont atteints des *modifications discrètes ou sensibles de l'activité psychologique*. Parmi celles-ci, nous signalerons spécialement la difficulté d'une attention soutenue, de la concentration et de la focalisation de la pensée, l'affaiblissement de la mémoire de fixation, l'amnésie lacunaire, la fatigabilité (Kreschmer) ; parfois les sensations paresthésiques harassent le sujet et finissent par déterminer un état hypocondriaque. Enfin, nous devons signaler que certains auteurs, comme Cassirer et Bamberger ont décrit chez des érythrémiques l'apparition d'obsessions à caractère sexuel accompagnées d'hallucinations de la vue conscientes.

Muller rapporta un cas d'*hallucinations* olfactives. Le malade sentait des odeurs agréables et avait, comme les patients de Cassirer et Bamberger pleine conscience du caractère pathologique de ces phénomènes.

Les perturbations circulatoires cérébrales de l'érythrémie peuvent conduire, dans certains cas, à l'apparition du syndrome commun de la *confusion amnésique de Korsakov*. Freund en a publié un cas tout à fait typique, de même que Muller. Dans ces faits, la période morbide est marquée par une amnésie complète. Il est, en outre, des symptômes, à la vérité assez déconcertants, qui semblent spéciaux à l'érythrémie. Nous faisons allusion ici à l'amnésie lacunaire et à la fugue amnésique.

Chez un malade de Muller, on constata une disparition complète de tous les souvenirs portant sur une période de deux années pendant laquelle le sujet s'était parfaitement bien comporté. Il avait vécu à Berlin d'une vie mondaine assez agitée, allant au théâtre, faisant beaucoup de visites au cours desquelles nulle perturbation n'était apparue.

Dans le cas publié par Mendel, il s'agit d'un médecin qui, brusquement sortit de chez lui, prit le chemin de fer et visita des villes éloignées. Il pensait qu'il devait aller sur la tombe d'un ami. Au retour, après plusieurs jours, ce sujet plongé dans un état crépusculaire avait perdu jusqu'à la moindre notion de ce qui s'était passé pendant sa fugue, au cours de laquelle il s'était parfaitement bien conduit. Malgré les recherches qui furent faites, on ne put dépister aucun symptôme de nature épileptique. Ce sujet était âgé de quarante ans.

Le *syndrome paralytique* n'a pas été constaté souvent, à notre connaissance, au cours de l'érythrémie mais, cependant, nous en avons un témoignage dans le fait rapporté par Goldstein.

Ce dernier a trait à un sujet atteint de tabès et présentant, en outre, un symptôme paralytique très net. Or, l'examen nécropsique vint montrer l'absence complète de toute altération cérébrale pouvant faire penser à la paralysie générale. Les troubles psychiques étaient ici à rapporter à des foyers multiples de ramollissement. Quant aux lésions tabétiques, elles étaient très marquées.

*
* *

Nous avons fait allusion plus haut aux symptômes d'ordre végétatif liés, selon toute apparence, à l'érythrémie, et nous en avons déjà indiqué l'intérêt. Ceux-ci consistent dans les *phénomènes sécrétoires*, tels que la salivation exagérée, l'hyperhydrose (Kreschmer), la soif, la boulimie et enfin les *troubles du sommeil*. Assez souvent l'érythrémique se plaint d'une tendance presque continue au sommeil, d'une somnolence non pas invincible mais gênante à cause de l'entrave qu'elle apporte à un travail intellectuel et soutenu. Dans la règle, cette tendance au sommeil diurne s'associe à des sensations pénibles de lourdeur, de pesanteur dans la tête. Ce sont là des phénomènes courants et qui n'ont pas grande signification, mais il n'en va pas de même d'un autre phénomène beaucoup plus rarement observé dans l'érythrémie. Les auteurs de langue allemande ne le signalent pas, tandis qu'il est relevé avec insistance, et très justement, par Aubertin et Mouquin. Nous voulons parler de la *narcolepsie*.

La tendance impérieuse, irrésistible au sommeil qui caractérise essentiellement le syndrome de Gelineau peut se montrer à l'état pur, on peut dire, dans l'érythrémie essentielle ou encore être accompagnée des phénomènes nerveux magistralement décrits par Gelineau.

Dans les faits de ce genre, à l'attaque narcoleptique se joignent les perturbations brusques du tonus, c'est-à-dire la cataplexie et différents symptômes étranges, tels que les hallucinations hypnagogiques, les frissonnements, les états anxieux. Ce qui nous semble surtout capital c'est que, dans certains cas, le syndrome de Gelineau peut être le seul symptôme révélateur d'une érythrémie occulte, ainsi que nous avons eu l'occasion d'en rapporter un exemple avec E. Peyre.

Il s'agit d'un sujet âgé de vingt-quatre ans qui, depuis six ans, est atteint de narcolepsie-cataplexie la plus typique, associée d'ailleurs aux phénomènes nerveux auxquels nous faisions allusion. Or, chez ce sujet, l'analyse la plus minutieuse de tous les appareils ne laisse reconnaître aucune déviation fonctionnelle. L'on aurait pu porter ici le diagnostic de narcolepsie-cataplexie essentielle, idiopathique, de syndrome de Gelineau *sine materia*. Seul l'examen du sang révéla l'existence d'une érythrémie considérable puisque le nombre des globules rouges atteignait le taux de 8.800.000.

Les faits de ce genre sont à retenir parce qu'ils dénoncent une des modalités très spéciales de reten-

tissement de l'érythrémie sur les fonctions encéphaliques, et, d'autre part, parce qu'ils justifient le précepte sur lequel nous avons insisté, à savoir que le diagnostic de narcolepsie idiopathique ne doit être porté qu'en désespoir de cause et seulement après l'examen systématique de toutes les fonctions organiques complété par l'étude biologique des humeurs et du sang.

Lorsqu'au cours d'une maladie chronique survient un phénomène d'ordre assez banal, on est souvent embarrassé pour rattacher à l'affection chronique la perturbation qui vient en accidenter le cours; et la première interrogation que l'on est amené à se poser est tout élémentaire : doit-on rapporter à la maladie chronique en évolution la survenance d'un accident qui peut se montrer dans des circonstances tout à fait différentes? Aussi est-ce avec quelque appréhension que nous plaçons dans le cadre des complications nerveuses de la polyglobulie, les *myoclonies* et la *chorée*. Toutefois, plusieurs neurologistes, à commencer par Keschner, Doll et Rothschild, en ont rapporté quelques observations. Et nous notons dans l'observation qui figure en tête du mémoire de Naville et Brutsch la survenance, au début de l'affection érythrémique, de mouvements choréiques marqués, surtout dans la moitié droite du corps, et qui persistèrent pendant cinq mois.

A priori, il est impossible de refuser à l'érythrémie une influence nocive sur les centres opto-striés dont la perturbation fonctionnelle engendre si fréquemment le désordre musculaire choréique; mais avant d'affirmer la relation d'interdépendance entre la chorée et la polyglobulie primitive, il conviendrait cependant d'avoir des faits plus démonstratifs que ceux que nous possédons. Et cela d'autant plus que, comme Doll et Rothschild l'ont laissé voir, la chorée chronique d'Huntington, héréditaire et familiale, peut s'intriquer dans une même famille avec la polycythémie. De la famille à laquelle nous faisons allusion qui comprenait quatre membres, trois sujets étaient atteints de chorée d'Huntington et deux de ceux-ci étaient frappés de polyglobulie évidente. L'un de ces derniers était atteint de chorée et de polyglobulie, l'autre de polyglobulie seulement et en imminence de chorée.

De même que les phénomènes végétatifs qui accidentent le cours de l'érythrémie, tels que la sialorrhée, l'hyperhydrose, la soif, la narcolepsie peut-elle être tenue pour la conséquence directe de l'érythrémie? Doit-elle être envisagée comme un signe parallèle à la modification du sang? Ou encore ne peut-on pas supposer que la *même cause* qui agit dans l'encéphale sur les centres organo-végétatifs est capable de retentir également sur les organes formateurs des globules rouges et, en premier lieu, la moelle osseuse? En d'autres termes, les phénomènes organo-végétatifs sont-ils sous la dépendance immédiate d'une perturbation des centres mésodiencéphaliques liée à l'érythrémie, sont-ils simplement une juxtaposition due au hasard, ou encore ne peut-on pas considérer, tout à fait à l'opposé de la première hypothèse, l'altération organo-végétative cérébrale non pas comme la conséquence de l'érythrémie mais bien comme sa cause même?

Il s'agit là, on le voit, d'un problème du plus grand intérêt au point de vue biologique et pathologique puisque nous ignorons la cause fondamentale de l'érythrémie.

Dans un travail récent, M. H. Gunther rapporte une observation qui peut prêter à méditation.

Ce fait a trait à un homme de vingt-six ans qui présenta des accès de narcolepsie fréquents surtout lorsqu'il était inoccupé. En même temps, ce sujet se plaignait de céphalées diffuses et de polydipsie. Il faut remarquer aussi que l'accès de sommeil morbide était précédé par une période d'apnée d'une durée de dix secondes remplacée quelquefois par une respiration périodique. L'examen objectif permit de reconnaître certains caractères morphologiques en rapport avec une perturbation polyglandulaire. Parmi ceux-ci nous retiendrons : l'adiposité dont le début se fit en même temps que s'ébaucha la perturbation du sommeil et l'apparence eunuchoïde. En se basant sur cette donnée que le malade devait présenter des troubles glandulaires, vraisemblablement secondaires à une lésion cérébrale, Gunther soumit ce sujet à l'administration d'extraits thyroïdien et testiculaire.

Ce traitement eut une heureuse influence et après que le poids corporel fut descendu de 110 kilogs à 90 kilogs les accès de sommeil pathologique s'éteignirent, mais le chiffre des globules rouges ne fut pas influencé. Bien que, dans ce cas, il soit impossible de saisir, d'une manière certaine, une altération cérébrale organo-végétative, il est assez séduisant de rattacher l'ensemble du complexe symptomatique à une altération encéphalo-basilaire. En effet, il n'est aucun des symptômes présentés par le malade de M. Gunther qui n'ait pu être observé expérimentalement. Aussi bien la narcolepsie que l'atrophie testiculaire et l'obésité, les troubles respiratoires peuvent être déterminés par des altérations morbides ou provoquées des centres organo-végétatifs mésodiencéphaliques.

Mais il y a plus, dans des recherches très suggestives, Schulhof partant de cette donnée que l'encéphalite épidémique s'accompagne parfois de polyglobulie, chercha à démontrer la relation qui existe entre l'altération encéphalo-basilaire et la modification du taux des érythrocytes. Chez des lapins, Schulhof injecta, après trépanation, à la base du cerveau moyen, quelques gouttes de silice de manière à déterminer une inflammation aseptique. Chez douze animaux opérés, trois reçurent l'injection exactement dans le territoire des centres organo-végétatifs. Or, ces trois animaux réagirent et présentèrent une polyglobulie évidente, tandis que les autres lapins chez lesquels l'injection fut pratiquée en dehors des centres végétatifs ne présentèrent aucune modification du taux des globules rouges du sang. Nous sommes ici, on le voit, en présence d'un problème dont nous ne tenons pas encore la solution mais qui nous ouvre des perspectives nouvelles.

Pour en revenir au sujet de cette étude; à savoir les relations d'interdépendance qui unissent les accès de narcolepsie et, d'une manière plus générale, les modifications végétatives de l'organisme

avec l'augmentation morbide du taux des érythrocytes, deux hypothèses s'affrontent; selon la première, l'érythrémie provoquerait directement le dysfonctionnement des centres végétatifs cérébraux et serait la cause directe aussi bien des perturbations hypniques que des modifications organiques. Selon l'autre hypothèse, l'érythrémie n'est plus qu'un des symptômes, parmi bien d'autres, tels que la boulimie, la soif, l'impuissance sexuelle, l'obésité et que relie une commune origine : la lésion passagère ou définitive des appareils organo-végétatifs siégeant dans la région mésodiencéphalique. Mais, que l'on penche pour l'une ou l'autre de ces conceptions dont l'avenir nous dira la valeur, la réalité d'une relation d'interdépendance étroite entre les perturbations organo-végétatives et l'érythrémie, n'en reste pas moins indiscutable.

Pour notre part, il nous semble évident que l'hypothèse soulevée par Schulhof et par Gunther ne peut être valable que pour certains cas très exceptionnels, et ce qui, dans la règle, détermine les perturbations fonctionnelles du système nerveux est à rechercher surtout dans le bouleversement de la structure physique du sang. Et même à prendre comme démontré que certaines polyglobulies sont liées à l'atteinte *primitive* des centres organo-végétatifs encéphalo-basilaires, il n'en découlerait point que tous les symptômes nerveux de l'érythrémie fussent à rattacher, *ipso facto*, à la lésion mésodiencéphalique. Il serait, en effet, très légitime d'admettre que si l'altération nerveuse centrale que l'on suppose primitive, retentit sur les organes hématopoïétiques et détermine la polyglobulie, c'est celle-ci, qui, à son tour, entraîne dans le système nerveux les troubles que nous avons décrits.

*
* *

Ainsi que nous l'avons montré, nombre d'accidents nerveux dépendant de l'érythrémie semblent bien en rapport avec une modification de la circulation intracérébrale. Mais ce n'est pas à dire que tous les accidents d'ordre nerveux de la polyglobulie soient à rattacher à cette même cause, et l'on peut se poser le problème de l'influence des *perturbations du liquide céphalo-rachidien* que peut entraîner l'érythrémie. L'accumulation des globules rouges du sang, jointe à l'hyperviscosité et à l'augmentation de la masse sanguine, détermine, nous l'avons déjà dit, la réplétion à l'extrême non seulement des artères mais encore des sinus veineux duremériens. Or, cette stase veineuse duremérienne et cette congestion veineuse encéphalique ne pourraient-elle pas entraîner à leur suite une augmentation de la tension du liquide cérébro-spinal? On peut, croyons-nous, répondre ici par l'affirmative, bien que nous manquions de données manométriques suffisamment précises et nombreuses.

La meilleure étude qui fut faite sur le liquide cérébrospinal dans l'érythrémie est due à Boettner. Dans neuf cas, cet auteur constata, en effet, une augmentation très nette du liquide céphalo-rachidien et attribua à cette hypertension les accès de migraine, les vertiges, l'excitation, les scotomes, la lourdeur de tête. Cette pathogénie qui nous apparaît quelque peu exclusive, est basée néanmoins sur un fond de vérité. Et la preuve en est, que ces troubles s'améliorent nettement à la suite de la ponction lombaire. Ajoutons que lorsqu'on associe à la rachicentèse la saignée, l'atténuation et la disparition des symptômes s'affectuent avec une rapidité encore plus grande. On le sait, si ce n'est dans tous les cas, du moins dans un grand nombre d'entre eux, la pression du liquide céphalo-rachidien est en rapport direct avec la pression veineuse : lorsque la pression veineuse s'élève, la tension du liquide cérébro-spinal tend aussi à s'exagérer et inversement.

Mais ainsi que nous le disions, il ne s'agit pas là d'une loi absolument constante; et Harwich dans des cas d'érythrémie avec hypertension veineuse ne put relever d'hypertension céphalo-rachidienne. Il est donc possible que l'hypertension cérébro-spinale soit liée, dans certains cas tout au moins, non pas à l'hypertension veineuse, mais aux obstacles apportés à la résorption du liquide céphalo-rachidien au niveau des granulations pacchioniennes.

Hypertension veineuse et hypertension-céphalo-rachidienne sont deux faits des plus importants à retenir, car non seulement ils tiennent sous leur dépendance certaines manifestations nerveuses centrales, mais encore ils paraissent, autant qu'on peut en juger, fréquents dans la polyglobulie essentielle. Pour ce qui est, par exemple de l'hypertension veineuse, à l'époque où l'on ne prenait pas comme aujourd'hui, à l'aide d'un manomètre, la tension du sang dans les veines du bras, on avait le témoignage de cette augmentation tensionnelle par la distension énorme, la réplétion, la turgescence des veines de la rétine. En effet, bien souvent le diagnostic d'érythrémie a été fait non pas par le médecin mais par l'ophtalmologiste. Mais il y a plus. Non seulement, les veines papillaires sont tortueuses et dilatées, gorgées d'un sang noir, mais encore, et ceci est de la plus grande importance, la papille optique a perdu la netteté de ses contours, elle est saillante, imbibée d'œdème, la périphérie est floue et indistincte. En somme, le tableau réalisé ici se rapproche de celui de la stase papillaire consécutive au développement des tumeurs encéphaliques et peut même, dans certains cas, se confondre avec celle-ci.

Les faits rapportés par Böttner, Naville et Brütsch d'autre part, sont à cet égard, pleinement démonstratifs. Prenons, par exemple, la première observation publiée par Naville et Brütsch. Celle-ci a trait à une érythrémique de trente-trois ans qui, dix ans auparavant, fut frappée d'hémiplégie droite avec aphasie. Plusieurs années après, elle présenta des crises épileptiques, puis apparut une stase papillaire bilatérale et avec œdème et atrophie secondaire prédominant d'un côté. La céphalée s'étant accusée, on avait pensé à l'existence d'une tumeur intracranienne. Qu'il s'agisse ici, non pas d'une névrite mais d'une atrophie papillaire consécutive à une stase papillaire on n'en saurait douter puisque la malade fut examinée longuement par le professeur Gourfein.

Nous nous garderons d'insister sur la stase papillaire déterminée par l'érythmie, mais nous ne pouvons pas ne pas marquer l'intérêt qu'il y a à faire un

examen du sang chez tout sujet présentant une stase papillaire qui ne paraît pas nettement liée à l'existence d'une néoplasie cérébrale.

***

Les faits que nous venons de passer en revue sont le témoignage que l'érythrémie dite essentielle, compliquée ou non d'hypertension artérielle et accompagnée ou non de modifications spléno-hépatiques, a souvent pour conséquence d'entraîner des phénomènes nerveux assez disparates et affectant, tout ensemble, les fonctions purement neurologiques et la sphère psychique. Certes, aucun des phénomènes que nous avons signalés et dont nous attribuons le déterminisme à l'érythrémie n'est absolument spécial à cette maladie du sang, mais il nous paraît incontestable que c'est bien dans la modification sanguine qu'il faut en trouver le point de départ. Ainsi que nous l'avons vu, on peut très bien s'expliquer les désordres neuro-psychiatriques liés à la maladie de Vaquez si l'on se place bien en face de cette donnée essentielle en physiologie du système nerveux, que l'axe encéphalo-médullaire est le composant de l'organisme le plus sensible aux changements de la constitution du sang, en raison de sa faible résistance à l'anoxémie et de la nécessité où il se trouve de faire face sans trève aux adaptations rapides et sûres qu'exigent la vie organique et la vie de relation.

BIBLIOGRAPHIE

ASCHER. Polycythämie und Auge, *Berl. klin. Woch.*, 1915, s. 85.

BOTTNER. Ueber erhöhten Cerebrospinaldruck bei Polycythämie, *Münch. med. Woch.*, 1918, n° 47; — Zur Spinaldruckerhöhung und zur Einteilung der echten Polycythämieformen, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1920, vol. CXXXII, h. 12; — Zur Rontgentherapie der Polycythämie, *Deut. med. Woch.*, 1920, n° 3.

CASSIRER et BAMBERGER. Ein Fall von Polycythämie und Zwangsvorstellungsneurose, *Deut. med. Woch.*, 1907, n° 36.

CROSETTI. Policitemia vera ed affezioni degenerative del sistema nervoso, *Arch. sc. med.*, 1929, 53, 96.

DETRE. Beiträge zur Pathogenese der Polycythämie, *Orvoskepzès*, Sonderh, 1925, Jg. XV, s. 276.

DOLL et ROTSCHILD. Familiares Auftreten von Polycythaemia rubra in Verbindung mit Chorea progressiva hereditaria Hungington, *Klin. Woch.*, 1922, n° 52.

FREUND. Polycythämie, *Berl. klin. Woch.*, 1914, s. 1616.

GAISROCK. Die Polycythämie, *Ergeb. D. inn. Med. u. Kind.*, 1922, vol. XXI; — Diagnose und Therapie der primaren Polycythämie, *Klin. Woch.*, 1923, t. II, n° 15.

GOLDSTEIN. Polycythämie und Hirnerweichung, *Med. Klin.*, 1910, t. VI, n° 38.

GASTREIN et Richard SINGER. Polyglobulie mit dem Symtomenkomplex einer Erythromelalgie, *Centralbl. f. inn. Med.*, 1918, n° 27.

HECHT und P. WEIL. Polycythämie und Hirnerschütterung, *Arztl. Sachv.*, 1929, Ztg. XXXV.

HOLLAENDER. Symptomatologie und Therapie der Polycythämie, *Wien. Arch. f. inn. Med.*, 1925, Bd. X, h. 2, s. 283.

HUNTER (H.). Zerebrale polycythœmie, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 2 sept. 1929.

HVAL. Erythromelalgia cum polyglobulia magalosplenica Lues, *Norsk. magaz. f. laegevid.*, 1928, vol. LXXXIX, n° 1, s. 31.

JOHNSTON. Polycythemia vera, reports of two cases, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1925, Bd LXXXIV, Nr. XVII, s. 1253.

KESCHNER. Neuro-Psychiatric complications in diseases of the blood, *Intern. Clin.*, 1923, vol. I, n° 33, p. 91.

KRETSCHMER. Ueber familiäre, idiopathische polycythämie im Kindesalter, *Zeit. f. klin. Kind.*, 1925, vol. XL, n° 3, p. 225.

LEDOUX. Accidents thrombotiques cérébraux dans un cas d'érythrémie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, vol. XL, n° 18.

LHERMITTE (J.) et E. PEYRE. Narcolepsie en apparence essentielle, symptôme révélateur d'une érythrémie occulte, *Revue neurol.*, mars 1930.

NAVILLE und P. BRUTSCH. Les complications cérébrales et médullaires de la maladie de Vaquez, érythrémie, *Arch. suisses de neurol.*, 1918, vol. IV, n° 1.

NEUDA. Polycythämie, Erythromenalgie und Stauungspapille, *Klin. Woch.*, 1917, n° 43, p. 1134.

SCHURMANS. Syndromes thyroïdiens et polyglobulie, *Scalpel*, 1925, Jg. LXXVIII, n° 7, s. 149.

SCHULHOF et MABEL. Polyglobulia induced by cerebral lesions, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1927, n° 25, p. 2093.

TAROZZI. Sindrome di aprassia in un caso de malattia di Vaquez, *Riv. di psich.*, 1923, n° 2, p. 401.

WINTHER. Ueber Hirnkomplikationen bei Vaquezscher Krankheit (Polycythaemia megalosplenica), *Bibl. f. laeger*, mai 1925, Jg. CXVII, s. 183.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1930)

Glycogène du cœur et médicaments cardiaques. — MM. LOEPER, A. MOUGEOT, R. DEGOS et S. DE SÈZE. Vis-à-vis du glycogène les médicaments cardiaques se comportent très différemment et se classent en deux catégories :

Les médicaments d'épargne qui sont l'acétylcholine et la quinidine; et les médicaments de consommation auxquels appartient l'adrénaline.

Quant à la digitaline et à l'ouabaïne, elles sont tantôt l'une et tantôt l'autre suivant les doses auxquelles on les utilise.

Recherches histochimiques sur les particules minérales renfermées dans le poumon des mineurs. — MM. A. POLICARD et J. DEVUNS. La présence de particules de rocher, aussi bien chez des mineurs ayant succombé à une sclérose pulmonaire que chez des sujets anatomiquement anthracosiques mais n'ayant pas présenté sensiblement de troubles pulmonaires, montre que, dans le cas des mines de houille, la distinction d'une anthracose et d'une silicose pures ne correspond pas à la réalité histopathologique. Les poussières fixées dans le poumon sont constituées à la fois de houille et de rocher. Seule leur proportion varie. Ce fait se conçoit aisément si l'on envisage les conditions mêmes du travail dans la mine.

Ces faits qui expliquent la haute teneur en silice, constatée depuis longtemps, des poumons anthracosiques, justifient cette opinion, soutenue par quelques-uns, mais non toujours admise, que, dans les conditions de travail de la plupart des houillères, la distinction entre anthracose et silicose est purement théorique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1930)

Le devoir du médecin devant le suicide. — M. ACHARD. Revenant sur la question de savoir si le médecin peut user de contrainte pour empêcher la mort par suicide, M. Achard

maintient la distinction entre les opérations chirurgicales comportant des risques, immobilisant les malades pendant un certain temps, entraînant une convalescence, et les petites interventions médicales, sans dangers et rapidement efficaces. L'alimentation forcée agit à coup sûr et donne immédiatement au malade un regain de forces. Peut-on qualifier de barbare ce qui est couramment pratiqué, parfois par les malades eux-mêmes, pour le lavage de l'estomac ou le tubage duodénal? Et quant à la contrainte, elle est à peine plus désagréable que celle que des parents attentionnés autorisent le médecin à infliger à l'enfant peu docile qui ne veut pas montrer sa gorge.

Faut-il distinguer entre les cas, en particulier quand la grève de la faim est une manœuvre de chantage? A l'hôpital, le médecin ne connaît ni maîtres chanteurs, ni prévenus, ni condamnés. Il ne connaît que des malades et doit à tous des soins égaux.

Sans doute, le médecin sera toujours en butte à des attaques. S'abstient-il d'alimenter de force un jeûneur, on l'accuse de se faire son complice et de faciliter son chantage. Use-t-il de contrainte, c'est la défense qui l'accuse de complaisance envers la justice. Ce sont là jeux de procédure. Autre chose est de se trouver devant un moribond.

Les partisans de l'abstention systématique, quand ils verront venir la mort et qu'ils auront fait sans succès leur tentative de persuasion, se laveront-ils les mains, et, n'ayant enfreint aucun règlement, rejetteront-ils sur le mort tous les torts? Leur conscience sera-t-elle vraiment en repos? Ponce Pilate était fonctionnaire. Même s'il est fonctionnaire, le médecin a d'autres devoirs envers ses malades que d'appliquer des règlements.

La question n'est pas de chercher pour le médecin l'attitude la plus confortable mais de trouver pour le malade le secours le plus profitable à sa santé. Or, ce bilan de santé, plus facile à faire parfois qu'un bilan de finances, se soldera par la vie et par la mort selon que le médecin aura choisi les actes ou les paroles.

Ce qui est sûr, c'est que le public mal informé, qui traite de bourreau le médecin usant de contrainte, ne lui ménagerait pas ses invectives s'il rendait à la justice un cadavre, mort selon les règles de la pure doctrine du libre arbitre. Le respect de la liberté individuelle doit-il aller jusqu'à lui sacrifier l'individu?

Mais M. Achard est tout à fait d'accord avec ceux qui pensent que la solution la plus sûre pour le médecin serait que la justice renonçât à transférer ses malades et sa responsabilité à l'Assistance publique dont les aménagements matériels ne sont pas faits pour la détention et dont ni le personnel administratif, ni le personnel médical ne sont faits non plus pour être mêlés à des discussions juridiques.

Jusque-là, il ne peut se résoudre à laisser mourir quand il peut sauver.

Rôle de la toxi-infection colibacillaire dans certaines entéropathies chroniques. Action curative du sérum anticolibacillaire dans ces états morbides. — M. H. Vincent. « L'étude clinique des cas d'infection aiguë ou chronique due au *Bacillus coli* : septicémie, pyélonéphrite, colibacillurie, etc., montre parfois l'existence simultanée de symptômes nerveux (parésies, paralysies, délire, coma, soubresauts musculaires) ou bien névropathiques et voisins de ceux que l'on observe dans la neurasthénie. Souvent aussi des symptômes intestinaux ou hépatiques, flux diarrhéiques ou biliaires, coliques, épreintes, spasmes du côlon, etc., accompagnent la dépression nerveuse, la tristesse, l'irritabilité, l'insomnie, etc.

Ces symptômes traduisent la double imprégnation de l'organisme infecté par l'exotoxine neurotrope thermolabile et par l'endotoxine thermostabile, entérotrope et hépatotrope, dont j'ai donné l'étude. Il est possible de les réaliser expérimentalement par l'injection de ces toxines au lapin.

On était donc conduit à rechercher inversement si, dans les entéropathies chroniques rebelles (non tuberculeuses, non amibienne, etc.) accompagnées de constipation et de diarrhée alternantes, avec troubles nerveux si fréquents, le colibacille, qui est le plus abondant parmi les microbes de l'intestin et le mieux adapté à l'existence dans celui-ci, n'intervient pas comme facteur originel de ces divers symptômes si rebelles à la thérapeutique.

L'étude des réactions biologiques du sang (agglutination, réaction précipitante) ne m'a pas donné de réponse bien précise. C'est pourquoi je me suis proposé, en vue de déterminer la pathogénie de ces symptômes, de vérifier les effets de la sérothérapie spécifique, en particulier colibacillaire, dans ces affections chroniques du grêle et du côlon.

Deux groupes de malades ont été étudiés spécialement à ce point de vue. Le premier comprend ceux qui, atteints de pyélonéphrite chronique, ont présenté, à un degré excessif, l'ensemble des symptômes d'entérocolite simple, ou mucomembraneuse avec troubles névropathiques concomitants. Or, chez *cette catégorie de malades on a vu disparaître en quelques jours, en même temps que la pyélonéphrite, les symptômes névropathiques et entérocolitiques, parfois graves, qui accompagnaient l'infection rénale colibacillaire.*

Par exemple, une femme atteinte depuis cinq ans de pyélonéphrite avec entéro-colite muco-membraneuse, spasmes du côlon, ténesme rectal, flux diarrhéiques et constipation se succédant sans relâche, hypochondrie, dégoût de la vie, anxiété, etc., était arrivée au dernier degré du marasme. Or, quatre injections de 20 centimètres cubes de sérum l'ont définitivement guérie en quelques jours de tous ces symptômes si graves, gastro-intestinaux et névropathiques.

D'autres exemples analogues ont été observés qui établissent aussi d'une manière incontestable les relations immédiates unissant certaines formes de l'entéro-colite chronique à la toxi-infection colibacillaire.

Le deuxième groupe comprend les cas d'entérocolite chronique et rebelle, primitive ou dépendant d'une lésion du gros intestin.

En l'absence du *B. coli* dans l'urine, les symptômes de ces entéro-névroses (G. Lyon) ou entéro-névrites (Loeper) rappellent cependant beaucoup ceux des malades du groupe précédent.

L'observation ci-après, que m'a transmise M. le docteur A. Lippens, de Bruxelles, établit une fois de plus le rapport qui relie les troubles nerveux et névropathiques, ainsi que les désordres intestinaux, à la même cause toxi-infectieuse colibacillaire. Homme de soixante-douze ans, *atteint depuis l'âge de dix-huit ans*, d'entérocolite muco-membraneuse classique, aggravée à trente-quatre ans par une entérite suraiguë. Celle-ci fut le point de départ probable d'un rétrécissement sigmoïdien vérifié à l'écran.

Echec de tous les traitements, en particulier de la vaccination colibacillaire. En 1928, à la suite d'une atteinte grippale, le *B. Coli* apparaît pour la première fois dans l'urine; pyélonéphrite aiguë. L'état du malade devient critique.

C'est alors qu'on le soumet à la sérothérapie anticolibacillaire. Bien que le rétrécissement du rectum n'ait évidemment pas été modifié par le sérum, les symptômes si anciens et si graves d'entérocolite ainsi que les troubles nerveux disparurent aussitôt. Trois mois après, le malade signalait que cet effet « extraordinairement bienfaisant et rapide » de la sérothérapie se maintenait. L'alimentation devenait normale, « ce dont il avait perdu le souvenir depuis cinquante-quatre ans ».

J'ai observé d'autres cas d'entérocolite rebelle, mais beaucoup moins anciens, avec résultat thérapeutique identique.

Le critérium thérapeutique apporte, en conséquence, un éclaircissement à la pathogénie, jusqu'ici mal connue, des symptômes si disparates qui signalent certaines entéropathies chroniques. Il permet, sans qu'on puisse cependant généraliser cette interprétation, de rattacher à la toxi-infection colibacillaire les désordres intestinaux, les troubles vago-toniques et sympathicotoniques et les phénomènes névropathiques si habituels dans ces états morbides.

A l'état normal, la bile est, par ses savons (H. Vincent), le grand agent de neutralisation des toxines microbiennes fabriquées dans l'intestin; elle les transforme en *cryptotoxines* inoffensives. On conçoit, dès lors, le rôle si important de l'insuffisance hépato-biliaire à l'origine des troubles morbides qui accompagnent les entéropathies chroniques, et la relation de ces symptômes avec la résorption des toxines colibacillaires imparfaitement neutralisées. »

Terrain magnésien et cancer. — M. Delbet présente deux travaux, l'un de M. Robinet, l'autre de M. Carlo Marchi qui apportent de nouvelles preuves de l'action frénatrice exercée par les sels halogénés de magnésium sur la cancérisation.

M. Robinet a antérieurement établi qu'en France, la fréquence du cancer est inversement proportionnelle à la richesse du sol en magnésium. Il vient de faire le même travail pour les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Il a pu dresser deux cartes de France, l'une de la magnésie, l'autre du cancer; elles correspondent d'une façon impressionnante.

Poursuivant son intéressant travail, M. Robinet présente 2 cartes de la magnésie et du cancer et Alsace-Lorraine. Elles confirment d'une façon éclatante les résultats de la carte de France; le Haut-Rhin et le Bas-Rhin ont beaucoup de cancers (coefficient 9,2 et 9,6) et leur sol est presque sans magnésie; en Moselle, il y a moitié moins de cancer (coefficient 4), il y a partout des terrains triasiques magnésiens.

Dans le second travail, M. Carlo Marchi montre qu'en Italie, l'Etat délivre le sel à l'état brut, c'est-à-dire non débarrassé du chlorure de magnésium qu'il peut contenir. L'auteur a constaté que les régions les plus cancéreuses sont celles qui reçoivent le sel le moins chargé en magnésium.

Ces deux travaux conduisent à la conclusion pratique que M. Delbet soutient depuis longtemps. Si l'usage des sels halogénés de magnésium se généralisait, le nombre des cancers diminuerait.

Une méthode pour éviter les troubles quiniques de nature idiosympathique. — M. Manoussakis. La sensibilité particulière à la quinine constitue souvent un obstacle insurmontable au traitement des paludéens.

Certains sujets atteints de paludisme réagissent fortement après aborption ou injections de quinine de quelques milligrammes ou même dixièmes de milligramme de quinine, par de l'hémoglobinurie ou par des érythèmes hyperpyrétiques graves qui les impressionnent plus que le paludisme lui-même.

M. Manoussakis s'est adressé dans ces cas à l'autosérothérapie. Il réinjecte au malade son propre sérum après y avoir introduit 0g20 de sulfate de quinine.

A ce propos, il est bon de rappeler les recherches sur l'autosérothérapie de Paul Busquet qui furent, si nous ne nous trompons, publiés en 1898, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* et dans la *Tribune médicale.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Léon Bernard, Courtois-Suffit, Brouardel, Apert, Laignel-Lavastine, Gautier, Tinel, Cadenat, qui acceptent; Harvier, Chabrol, Michel, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — La date d'ouverture du concours du second degré des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section d'obstétrique), précédemment fixée au 12 mai 1930, est reportée au 16 mai 1930.

— *Section de médecine générale.* — Ordre de passage : MM. Delmas, Baumel, Sorel, Sendrail, Courbin, Janbon, Chardonneau, Leuret, Abel, de Grailly, Doubrow, Drouet, Mathieu, Michon.

— MONTPELLIER. — M. Turchini (Jean), agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé à compter du 1er mai 1930, professeur d'histologie à ladite Faculté (chaire vacante. M. Vialleton, dernier titulaire).

— TOULOUSE. — M. Cestan, professeur de neurologie et psychiâtrie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Morel, admis à la retraite.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ALGÉRIE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Marbot (de Mondovi) et Larmande (de Sidi bel Abbès).

Au grade d'officier. — M. le docteur Morsly Taïeb, professeur d'hygiène à la Medersa de Constantine.

LA PROMULGATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES. — Le *Journal officiel* du 1er mai a publié le texte de la loi modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales. Un fascicule contenant le texte de la loi est en vente au *Journal officiel*, 31, quai Voltaire, à Paris, au prix de 60 centimes.

CONSEILLERS TECHNIQUES SANITAIRES. — Par arrêtés du ministre de la Santé publique en date du 23 avril 1930, MM. les docteurs Ravaut (Paul) et Roussy (Gustave), médecins des hôpitaux, membres de l'Académie de médecine, sont nommés conseillers techniques sanitaires, emplois créés.

MARINE. — Le médecin en chef de 1re classe Liffran est promu au grade de médecin général de 2e classe.

GUERRE (armée active). — Les officiers du Service de santé militaire de l'armée française du Rhin, ci-après désignés, reçoivent les affectations suivantes :

Médecins colonels. — M. Spire, adjoint au médecin général inspecteur, inspecteur permanent des écoles du Service de santé, Paris; M. Drevet, hôpital militaire de Grenoble, désigné comme président de commission de réforme.

Médecins lieutenants colonels. — M. Pichon, salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, désigné comme président de Commission de réforme; M. Pourcines, salles militaires de l'hospice mixte de Reims. Médecin-chef. Désigné comme président de Commission de réforme; M. Martin, troupes du Levant (volontaire); M. Cenet, salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes; M. Coudayras, hôpital militaire Broussais à Nantes; M. Mandoul, salles militaires de l'hospice mixte d'Angers.

Ve CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE. — A la suite du IVe Congrès qui vient de se tenir à Madrid avec un grand succès il a été décidé que le Ve Congrès se tiendrait à Londres sous la présidence de Sir Thompson Walkes en 1933.

Questions à l'ordre du jour :

1° La maladie du col vésical (hypertrophie prostatique exceptée;

2° Les tumeurs du bassinet et de l'uretère;

3° La pyélographie par voie descendante.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE RECHERCHES MÉDICALES. — On annonce la fondation de « l'Association internationale de recherches médicales » dont le but est d'encourager en France et à l'étranger les travaux médicaux.

Le siège de l'Association est à Paris, 28, rue Biscornet.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — La Société d'électro-radiologie de Bordeaux et du Sud-Ouest se réunira à Toulouse le dimanche 25 mai prochain, à 10 h., dans l'amphithéâtre de physiologie de la Faculté de médecine, allées Saint-Michel. Un dîner intime réunira les membres de la Société, à 13 h., au « Grand-Hôtel et Tivolier ». Prix du déjeuner : 70 fr. Pour l'adhésion au banquet, écrire à M. le docteur de Coste, 16, rue des Fleurs, à Toulouse. Pour l'inscription des communications, envoyer les titres et si possible un court résumé au secrétaire général, docteur Roger Labeau, 50, rue Judaïque, à Bordeaux.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. — Le cours annuel sur la tuberculose, dirigé par M. le professeur Sergent, sera donné du lundi 16 juin au samedi 12 juillet.

Le programme détaillé des conférences et des démonstrations pratiques sera publié prochainement.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Crouzon fera, dans son service, au pavillon du perron, le samedi 10 mai 1930 et les samedis suivants, jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur « Les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines ».

Chaque conférence comprendra la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques.

En outre, les mardis, à 11 h., au pavillon du perron : consultation psychiatrique avec M. le docteur Vurpas.

Les mercredis, à 10 h., consultation à la porte de l'hospice : examen des nouveaux malades externes.

Les vendredis, à 10 h., au pavillon du perron : examen des anciens malades externes.

HÔPITAL BROCA. (Services des docteurs TOURAINE et WEISSENBACH.) — *Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie*, du 15 mai au 13 juin 1930.

Chaque leçon a lieu le matin, à 9 h., et permet d'assister, à partir de 10 h., aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 60 fr.

S'inscrire auprès du docteur Renault, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons. — Le même cours aura lieu du 3 novembre au 2 décembre 1930.

CLINIQUE UROLOGIQUE. (Hôpital Necker. Professeur : M. LEGUEU.) — Le mardi 13 mai, à 11 h., le professeur Lichtenberg (de Berlin) fera une conférence sur « La pyélographie par injection intraveineuse d'uroselectan ».

CONFÉRENCES SUR L'EMPLOI DE L'INSULINE DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE. — Le professeur F. Rathery fera le dimanche matin, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 30, une série de cinq conférences sur l'emploi de l'insuline dans le traitement du diabète aux dates suivantes :

18 mai : Indications du traitement insulinique dans les formes du diabète. Technique de la cure insulinique.

25 mai : Résultats immédiats et éloignés du traitement insulinique dans les diverses formes du diabète.

1er juin : L'insuline dans le coma diabétique.

15 juin : L'insuline dans les complications du diabète (coma excepté).

22 juin : Accidents de la cure insulinique. Le coma insulinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P. Gay et de Laprade (de Lyon); Laurent Amodru, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien député, ancien président du Conseil général de Seine-et-Oise, décédé à l'âge de 81 ans; Paul Gruet, médecin principal de la marine en retraite, à Marseille; Gustave Taillard (de Herve, Belgique).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

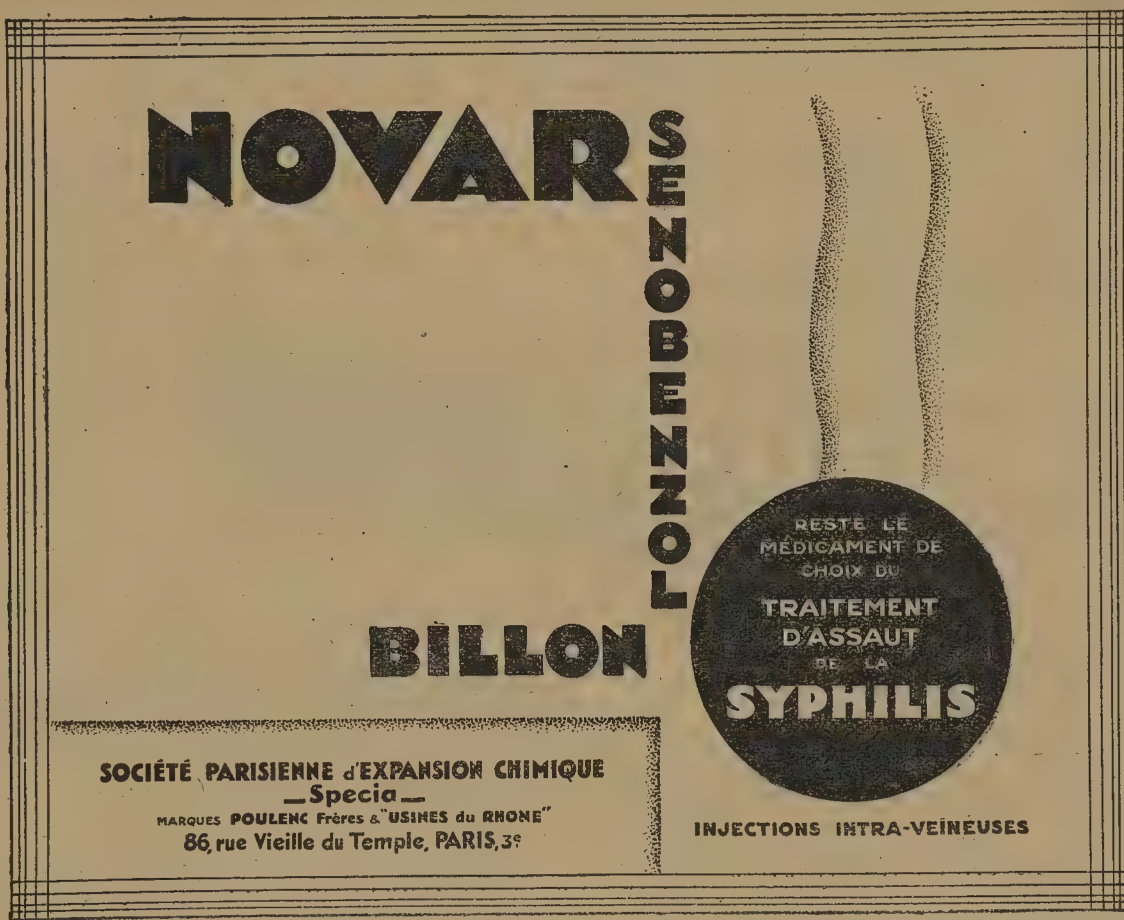
THÈSES

Mercredi 7 mai. — Jury : MM. M. Labbé, président; Fiessinger, Hutinel et Léri. — Mme FELS. La médication iodée dans la maladie de Basedow.

Vendredi 9 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Lesbouyries et Panisset. — M. GASSE. De la diarrhée blanche des poussins.

RENSEIGNEMENTS

REMPLACEMENTS. — L'Office des remplacements de l'Association générale des étudiants, section de médecine, 23, place du Capitole, à Toulouse, prie MM. les médecins qui désirent se faire remplacer pendant leurs congés de vouloir bien lui en faire part. Indiquer les conditions requises. Permis de conduire, accouchements, spécialités, etc. Cet intermédiaire est absolument gratuit et n'a d'autre but que de rendre service aux médecins et aux étudiants en médecine. Lui indiquer aussi toutes les offres d'emplois pouvant les intéresser : piqûres, massages, pansements, etc. Ecrire à l'Office des remplacements de la section de médecine, 23, place du Capitole, Toulouse.


NOVAR
SENOBENZOL
BILLON
RESTE LE MÉDICAMENT DE CHOIX DU
TRAITEMENT D'ASSAUT DE LA
SYPHILIS
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
INJECTIONS INTRA-VEINEUSES


UROFORMINE
GOBEY
COMPRIMÉS SIMPLES
0gr,50
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
0gr,25
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Laboratoires GOBEY
89, rue du Cherche-Midi, PARIS.
R.C SEINE 244.329
LÉON ULLMANN. GR

TUMEUR MALIGNE DE LA BASE DU CRANE

CHEZ UNE FILLE DE DOUZE ANS

LE SYNDROME DE LA FENTE SPHÉNOIDALE [1]

Par le Professeur P. NOBÉCOURT.

Voici une malade que vous avez déjà vue plusieurs fois dans la salle Parrot. Elle est atteinte d'une affection heureusement fort rare, qui mérite de retenir votre attention.

Ses parents sont bien portants; ils ne sont ni syphilitiques ni tuberculeux.

Elle est née le 5 septembre 1917, à terme.

Dans son histoire on ne note rien d'important.

Les premiers symptômes de la maladie actuelle apparaissent en novembre dernier. Elle souffre d'insomnie et de céphalées matinales; à l'école, son travail est moins assidu.

En décembre, l'enfant remarque un érythème siégeant au niveau de la pommette et de la paupière inférieure du côté droit, ainsi que de l'hypoesthésie de la moitié droite du visage. Elle éprouve des élancements douloureux dans la région de l'oreille droite. Un médecin consulté à ce moment parle de zona.

Le 16 décembre, l'érythème disparaît, mais les douleurs de l'oreille droite persistent. L'examen de l'oreille externe ne découvre rien de particulier. Mais, le 19, on trouve le tympan bombé et on l'incise. Nous ignorons les constatations faites; il ne semble pas y avoir eu de suppuration. La température reste normale.

Le 23 décembre, apparaît un symptôme nouveau, le ptosis de la paupière droite. L'enfant présente d'autre part de la somnolence diurne et de l'insomnie nocturne; elle cherche à s'isoler, pleure facilement.

Elle entre dans le service le 30 décembre. Nous l'examinons avec M. Kaplan, puis avec M. Haguenau.

Elle est alors âgée de douze ans et quatre mois. Sa taille de 146cm5 dépasse la moyenne de 3cm5. Elle est maigre; son poids de 30kg400 est inférieur de 4kg500 à la moyenne.

La température est normale, le pouls bat à 72 pulsations à la minute; par moments on remarque de l'arythmie respiratoire.

La chute de la paupière droite retient immédiatement l'attention. C'est un ptosis paralytique. Quand on soulève la paupière, on remarque une ophtalmoplégie externe complète; l'œil reste immobile, figé. Il existe, en outre, une mydriase paralytique avec immobilité complète de la pupille, qui ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation. Mon collègue Monthus, constate les mêmes phénomènes et, de plus, de l'anesthésie de la cornée, une acuité visuelle sensiblement normale, de 9/10, quelques troubles légers de la réfraction, un fond de l'œil normal, un champ visuel normal.

L'œil gauche est tout à fait normal.

L'étude de la sensibilité révèle une légère hypoesthésie de la peau de la moitié droite de la face; une hypoesthésie très marquée de la moitié droite de la muqueuse linguale, de la face interne de la joue droite et des gencives à droite, de la moitié droite de la voûte palatine, tandis que la sensibilité du voile du palais est conservée, une hypoesthésie marquée de la muqueuse nasale du côté droit.

Le goût et l'odorat sont normaux.

L'oreille droite ne présente plus rien de particulier; le tympan est en voie de cicatrisation.

Le pharynx est anormal; les amygdales et la luette ont été enlevées.

Somme toute, cette symptomatologie témoigne d'une atteinte des nerfs craniens du côté droit, portant sur les IIIe, IVe, Ve et VIe paires, c'est-à-dire sur le nerf moteur oculaire commun, le nerf pathétique, le nerf moteur oculaire externe, les trois branches sensitives du nerf trijumeau, respectent les fonctions motrices du nerf maxillaire inférieur.

En dehors de ces symptômes, l'examen du système nerveux et des viscères ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La ponction lombaire, faite le 31 décembre, donne du liquide clair, normal, dans lequel on trouve un lymphocyte par millimètre cube, 0g18 d'albumine et 0g38 de sucre.

Dans le sang, on compte 7.200 globules blancs par millimètre cube et, pour 100 leucocytes, 65 polynucléaires neutrophiles, 22 lymphocytes, 2 moyens mononucléaires, 5 éosinophiles.

La cutiréaction à la tuberculine est négative; elle l'est à six reprises du 2 janvier au 11 février.

Le Bordet-Wassermann est négatif (H^8).

Quelque temps après l'entrée, du 14 au 19 janvier l'enfant à une petite fièvre, à 38 degrés. On note en même temps quelques symptômes nouveaux au niveau de l'œil droit : de l'œdème de la paupière et un peu d'exophtalmie, avec léger décalage du globe oculaire vers le bas, qui sont dus à de la conjonctivite et à de l'inflammation du tissu cellulaire rétro-bulbaire. On remarque aussi une ulcération trophique de la cornée.

Les jours suivants l'ulcération de la cornée s'étend en raquette. Puis, le 20 janvier, l'ulcération est stationnaire et la réaction inflammatoire rétro-bulbaire semble diminuer.

L'examen du nez, pratiqué le 18 janvier, révèle du côté droit, la même hypoesthésie de la muqueuse, une muqueuse légèrement atrophiée, un peu de sécrétion au niveau du méat moyen.

Le sinus maxillaire droit est très légèrement opaque à l'éclairage.

Le 27 janvier, l'enfant fait remarquer qu'elle ne voit plus de son œil droit. M. Monthus pratique l'examen de l'œil : l'ulcération de la cornée est en voie de guérison, l'exophtalmie a diminué mais persiste, l'œil est figé, la pupille en mydriase et insensible, la vision complètement abolie, le fond de l'œil normal. Il s'est produit une atteinte du nerf optique au-dessus du point où pénètrent les vaisseaux, puisque le fond de l'œil est normal.

---

(1) *Clinique médicale des enfants* (Hôpital des Enfants malades), leçon du 15 février 1930, recueillie par Mme le docteur TRIFONOFF et revue par le Professeur.

En même temps, dans la région temporale droite, apparaît une tuméfaction, qui correspond à une masse empâtée, mal limitée, assez dure, indolente et rend le visage asymétrique.

Plusieurs radiographies sont faites par M. Contremoulins.

Celles qui sont exécutées en vue latérale droite et gauche, en vue antéro-postérieure et postéro-antérieure, en position de Stevens n'apprennent rien. Par contre, la radiographie en position de Hirtz, c'est-à-dire en direction menton-vertex, donne un renseignement précieux : tandis que la moitié gauche présente les zones normales relativement claires au niveau de la fosse nasale, des cellules ethmoïdales, du sinus sphénoïdal, du trou ovale et du trou grand rond, la moitié droite est uniformément grise, opaque, dans tout le territoire circonscrit par le maxillaire inférieur et le rocher, la grisaille s'étendant sur la pointe de ce dernier.

La radiographie en position de Hirtz complète les données de la clinique et confirme le diagnostic de *tumeur maligne de l'étage moyen de la base du crâne.*

Avant d'avoir élucidé le diagnostic nous avons tout d'abord fait, pensant à une encéphalite, du 6 au 13 janvier, six injections intraveineuses de 1 gramme de salicylate de soude, puis, dans l'hypothèse d'une affection syphilitique, prescrit, du 16 au 28 janvier, treize frictions avec 1g50 d'onguent napolitain. Ces traitements sont restés sans aucun effet.

A partir du 3 février, le docteur Galli a institué la radiothérapie profonde. L'enfant a eu cinq séances (les 3, 5, 7, 10 et 12 février). Ce traitement est bien toléré. Il est encore trop tôt pour pouvoir juger de ses effets. D'ailleurs, malgré le traitement, la tumeur progresse.

Depuis le 1er février, on constate un petit écoulement sanguinolent par la narine droite.

A l'examen du pharynx, on constate le refoulement de la moitié droite du voile du palais par une masse dure située derrière le cavum.

La saillie de la fosse temporale augmente et la tuméfaction est plus molle.

L'enfant n'a toujours pas de fièvre. Son état général est assez bon. Son poids a même augmenté; le 9 février elle pèse 31kg700, 1.300 grammes de plus que le 30 décembre; sa taille a augmenté et est de 147 centimètres.

* * *

Les NERFS CRANIENS traversent la base du crâne par des orifices ou des conduits percés dans chacun des trois étages.

Au niveau du *premier étage, étage ethmoïdo-frontal*, les trous de la lame criblée de l'ethmoïde sont traversés par les filets du nerf olfactif (Ire paire).

Au niveau du *deuxième étage, étage sphéno-temporal*, on trouve : en avant et en dedans, le canal optique avec le nerf optique (IIe paire) : plus en dehors, la fente sphénoïdale, dans laquelle passent de dedans en dehors le nerf nasal, branche du nerf ophtalmique, qui provient du trijumeau (Ve paire), les branches interne et supérieure du moteur oculaire commun (IIIe paire), le moteur oculaire externe (VIe paire), le pathétique (IVe paire), les nerfs frontal et lacrymal, branches du nerf ophtalmique; en arrière, le trou grand rond avec le nerf maxillaire supérieur et le trou ovale avec le nerf maxillaire inférieur, tous deux nés avec le nerf ophtalmique du ganglion de Gasser du trijumeau, couché sur la base du crâne.

Au niveau du *troisième étage, étage temporo-occipital*, on trouve : le conduit auditif interne avec le nerf facial (VIIe paire) et le nerf auditif (VIIIe paire); le trou déchiré postérieur avec le nerf glosso-pharyngien (IXe paire), le nerf pneumogastrique (Xe paire), le nerf spinal (XIe paire) et enfin le canal condilien antérieur avec le nerf grand hypoglosse (XIIe paire).

Ces nerfs forment plusieurs groupes répartis en différents endroits de la base du crâne. Il en résulte que les lésions de la base du crâne endo ou sous-craniennes entraînent des *syndromes cliniques* bien définis, parce qu'ils sont des *syndromes topographiques*. Ces syndromes peuvent être *purs* ou *intriqués* de façon plus ou moins complexe. Quelquefois tous les nerfs craniens d'un même côté sont intéressés.

Ce type de paralysie totale a été étudié par M. Raymond Garcin, en 1927, dans une thèse de Paris, sur le *Syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens. Contribution à l'étude des tumeurs de la base du crâne.*

Je ne veux pas entreprendre l'étude complète de tous ces syndromes, je me bornerai à l'étude du *syndrome de la fente sphénoïdale*, syndrome que présente notre malade.

* * *

Le SYNDROME DE LA FENTE SPHÉNOÏDALE a été décrit par M. Rochon-Duvigneaud, en 1896; il en a précisé les éléments caractéristiques : ophtalmoplégie totale avec amaurose et anesthésie dans le domaine de l'ophtalmique, causées par une lésion atteignant la région de la fente sphénoïdale.

En 1926, M. Casteran a consacré sa thèse de Paris au *syndrome de la fente sphénoïdale*.

C'est un *syndrome moteur et sensitif unilatéral*, réalisé par la paralysie des IIIe, IVe et VIe nerfs et une anesthésie sur le territoire du nerf ophtalmique de la Ve paire.

La *paralysie des nerfs moteurs de l'œil* débute généralement par le IIIe.

Le premier symptôme en est le ptosis. Il s'installe plus ou moins rapidement. Bientôt l'œil est recouvert par la paupière. Par suite, le malade ne se rend pas compte des troubles oculaires.

Plus ou moins vite, la paralysie gagne les IVe et VIe paires.

Alors l'ophtalmoplégie est totale ; elle porte sur la musculature extrinsèque et intrinsèque de l'œil. Le globe oculaire reste immobile, comme figé. La pupille est en mydriase ; elle ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation.

Un seul œil est atteint; l'autre reste normal.

Les *troubles sensitifs doivent être recherchés*, car l'affection reste indolente : le malade ne ressent

pas de douleurs; l'indolence est attribuée à la destruction rapide des nerfs du fait de la compression au niveau de la fente sphénoïdale.

L'anesthésie est découverte soit par le malade, soit par le médecin au cours d'un examen méthodique des territoires innervés par le nerf ophtalmique; elle est unilatérale.

Sa topographie est la suivante : sur le territoire du nerf nasal, peau du nez, muqueuse nasale, dans son tiers antérieur; sur le territoire du nerf frontal, peau du front, de la paupière supérieure; sur le territoire du nerf lacrymal, peau de la paupière supérieure. Les lésions des trois nerfs entraînent l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée.

Le *nerf optique* qui est très voisin de la fente sphénoïdale est intéressé à son tour. Sa lésion entraîne la cécité unilatérale. Elle est découverte au cours d'un examen. Il n'y a pas de lésions du fond de l'œil.

Notons l'absence de troubles circulatoires appréciables du côté de l'œil et de l'orbite, bien que l'artère ophtalmique traverse le canal optique et la veine ophtalmique la fente sphénoïdale. Ce fait, d'après le professeur Terrien, dépendrait soit de l'existence des anastomoses, soit d'une compression incomplète des vaisseaux.

La cécité complète le syndrome sensorio-sensitivo-moteur, qui est caractéristique.

Le syndrome de la fente sphénoïdale, tantôt est et reste *pur*, tantôt *s'intrique* avec des symptômes dus à des lésions des nerfs craniens voisins, qui peuvent ou bien précéder le syndrome de la fente sphénoïdale ou bien s'installer après lui, tantôt encore *s'intrique* avec d'autres symptômes oculaires.

Les nerfs craniens immédiatement voisins de la fente sphénoïdale sont le nerf maxillaire supérieur et le nerf maxillaire inférieur.

Les lésions du *nerf maxillaire supérieur*, nerf sensitif, peuvent entraîner des névralgies, qui ne sont pas constantes, et de l'anesthésie sur le territoire innervé par lui, qui est la règle. L'anesthésie siège sur la peau de la région temporale, de la pommette, des paupières, du lobule du nez, sur la muqueuse nasale, au niveau des cornets supérieur et moyen, sur la muqueuse de la voûte palatine, du voile du palais, de la gencive supérieure d'un seul côté.

Les lésions du *nerf maxillaire inférieur* entraînent quelquefois des névralgies, constamment l'anesthésie de la peau du menton, de la joue, de la partie latérale du crâne, du conduit auditif externe, des muqueuses de la joue, de la langue en avant du V lingual, de la gencive inférieure.

Comme le nerf maxillaire inférieur est également moteur, il peut y avoir de la paralysie du muscle temporal, du masséter, du muscle ptérygodien interne, c'est-à-dire des muscles masticateurs.

Il est exceptionnel que les paralysies s'étendent aux nerfs de l'étage postérieur du crâne, au facial, à l'acoustique, au glosso-pharyngien, au spinal, au glosso-pharyngien.

Comme symptômes surajoutés ne dépendant pas d'une lésion nerveuse, on peut observer l'*exophtalmie.*

Celle-ci peut être précoce quand il s'agit d'une tumeur développée au fond de l'orbite.

Le professeur Félix Terrien, dans *Le Progrès médical* du 8 février dernier, étudie cette intrication de l'*Exophtalmie* et du *syndrome de la fente sphénoïdale.* Il rapporte l'observation d'un homme de cinquante ans. Le malade présente une exophtalmie unilatérale gauche, exophtalmie légère, directe, peu réductible, sans douleur à la pression de l'œil; six mois après le début, l'examen révèle de l'hypoesthésie de la cornée, de la paupière, de la région frontale (territoire de l'ophtalmique), une paralysie du moteur oculaire externe, de la parésie du moteur oculaire commun. Il existe donc un syndrome fruste de la fente sphénoïdale.

Dans d'autres cas, l'exophtalmie est tardive, quand l'orbite est envahie secondairement par une tumeur.

En résumé, on constate un *syndrome de paralysie unilatérale complète*, des IIe, IIIe, IVe et VIe nerfs craniens, se traduisant par du ptosis, une ophtalmoplégie totale externe et interne, une cécité complète, des troubles sensitifs sur le territoire cutané et muqueux de la branche ophtalmique de la Ve paire.

Avec ce syndrome contraste, ainsi que le remarque M. Garcin, l'absence de tout signe d'hypertension cranienne, de tout symptôme moteur ou sensitif au niveau des membres, et enfin un liquide céphalo-rachidien normal.

L'absence de l'hypertension intra-cranienne s'explique mal quand il existe une tumeur intra-cranienne étendue. M. Garcin émet l'hypothèse suivante : « C'est à l'altération précoce du massif osseux de la base, affaibli dans sa résistance, qu'il convient peut-être de rapporter, dans une certaine mesure, cette absence si particulière de toute séméiologie hypertensive. L'usure progressive du plancher osseux aboutit même parfois à une véritable *trépanation spontanée* et à l'issue sous-cranienne de la néoplasie qui effondre précocement la paroi fragile des sinus. »

La *radiographie* donne des renseignements très précieux pour le diagnostic. Elle nécessite une technique précise, il faut faire des prises de profil, de face et en position de Hirtz.

Dans la région de la base où siège une tumeur, on constate une opacité anormale à aspect uniforme ou pommelé, avec des taches de décalcification, des lacunes, des contours irréguliers. Quelquefois, il existe une transparence anormale des massifs érodés.

Les lésions prédominent au niveau des os où la tumeur a pris naissance et rayonnent à distance.

***

Les CAUSES du syndrome de la fente sphénoïdale sont de trois ordres.

Parfois intervient un *traumatisme* de la région frontale qui a entraîné la production d'un hématome ou une fracture. Le professeur Terrien, en 1922, a

rencontré le traumatisme chez un homme de vingt-trois ans, qui a guéri au bout de quelques mois.

Plus souvent intervient la *syphilis* et c'est généralement à elle qu'on pense tout d'abord. Elle réalise une périostite de la fente sphénoïdale. Il faut y penser, surtout chez un sujet jeune, si l'évolution est lente, s'il existe des signes cliniques et sérologiques de syphilis. Le diagnostic est confirmé par les bons effets du traitement spécifique, ce dernier améliore les paralysies oculaires et les troubles de la sensibilité, mais n'a, en général, que peu ou pas d'influence sur la vision.

Les *néoplasmes* sont la cause la plus fréquente.

Tantôt ils ont un point de départ sous-cranien, au fond de l'orbite, dans le rhino-pharynx, dans un sinus cranien. Ils s'étalent au-dessous de la base du crâne ou pénètrent dans le crâne et s'étalent sur la base.

Tantôt ils ont un point de départ endocranien. Ce sont les néoplasmes basilaires proprement dits.

Il s'agit généralement de fibro-sarcomes, d'après Fritz-Hartmann, Plummer et New, E.-C. Royce et M. Garcin.

Pour ces auteurs, pratiquement, les tumeurs de la base du crâne sont des fibro-sarcomes d'origine osseuse ou méningée et ceux-ci ont comme caractéristique d'entraîner une grande extension des paralysies craniennes.

Ces tumeurs sont encapsulées et ont des prolongements bien limités. Elles ne détruisent pas, elles dissocient, elles tassent les tissus nerveux, respectant la substance nerveuse de l'encéphale.

Par contre, elles usent l'os, peuvent traverser le crâne, pénétrer dans le rhino-pharynx, l'orbite, les sinus de la face, l'oreille. Leur extension est rapide et elles englobent graduellement plusieurs nerfs craniens. « Le caractère évolutif d'extension progressive est, écrit M. Garcin, le seul à garder à l'appui du diagnostic de néoplasme basilaire ».

En présence d'une tumeur de ce genre le PRONOSTIC est très grave, on peut même dire fatal.

Le seul TRAITEMENT à conseiller est la *radiothérapie profonde,* dont l'action est d'ailleurs bien restreinte.

*
* *

L'exposé que je viens de faire permet de comprendre l'histoire de notre petite malade.

Elle présente le *syndrome de la fente sphénoïdale* du côté droit.

Ce syndrome *n'est pas pur*, il est intriqué avec des troubles de la sensibilité sur le territoire du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur, sans paralysie des muscles masticateurs.

Le début a été marqué par des troubles de la sensibilité sur le territoire des nerfs maxillaires, accompagnés d'une éruption qui a été considérée comme un zona. La localisation première semble donc être à l'étage sphénoïdal au niveau des trous grand rond et ovale.

Le processus s'est étendu rapidement d'arrière en avant à la fente sphénoïdale, qui est toute voisine. Un mois après les premiers symptômes, le syndrome de la fente sphénoïdale était constitué.

La radiographie en position de Hirtz montre que la tumeur couvre toute la portion de la base du crâne comprise en avant du rocher.

A l'heure actuelle la tumeur progresse, en dehors du crâne, dans le cavum, dans l'orbite, dans la région temporale.

Le diagnostic de tumeur maligne s'impose et celle-ci, d'après ce que nous savons de ces tumeurs, est probablement un fibro-sarcome.

Le pronostic semble fatal à brève échéance, à moins que la radiothérapie profonde ne parvienne à enrayer le processus.

QUELQUES NOTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

CONCERNANT LES

PHLEGMONS MAXILLAIRES ET SOUS-MAXILLAIRES

Par le docteur JEAN BAILLIS,
Chef de clinique à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les phlegmons maxillaires et sous-maxillaires d'origine dentaire appartiennent au domaine de la chirurgie générale, ce sont des affections intéressantes à connaître, car la conception classique en a été considérablement modifiée par les travaux de Sebileau et de ses élèves parmi lesquels nous citerons Truffert (*Ann. des. mal. de l'or. et du larynx*, 1922, t. XLI, p. 52).

Ces phlegmons surviennent dans la règle à la suite d'une carie pénétrante, ou d'une mono-arthrite apicale. Le plus souvent, c'est la première molaire ou dent de six ans qui est en cause.

I. **Conception classique.** — C'est celle de Chassagnac et Gosselin. Après un stade de mono-arthrite et de fluxion dentaire, le phlegmon se constitue et se présente avec des caractères propres. Il faut en distinguer deux variétés : l'un lié à l'ostéopériostite du maxillaire inférieur ou *ostéopériostite phlegmoneuse* ; l'autre lié à la suppuration des ganglions sous-maxillaires ou *adénophlegmon*.

a. OSTÉOPÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE. — On se trouve en présence d'un malade fébrile, courbaturé, qui accuse une douleur très vive, pulsatile, que les analgésiques habituels n'arrivent pas à calmer.

La joue, d'un côté, est rouge, tuméfiée, surtout en bas et en regard de la partie moyenne du maxillaire inférieur.

On note de l'œdème et une masse résistante plaquée à la face externe de l'os.

Par suite du *trismus,* le malade ouvre difficilement la bouche. Le toucher buccal mettra en évidence à la face externe du corps du maxillaire inférieur une tuméfaction (maxima au niveau de la dent causale), *qui efface le cul-de-sac gingivo-jugal.*

La face interne du corps du maxillaire est libre et le *plancher buccal* également.

Laissé à lui-même, cet abcès peut s'ouvrir soit

dans la bouche, au niveau du vestibule, soit à la peau et se fistuliser.

b. ADÉNOPHLEGMON SOUS-MAXILLAIRE. — Dans certains cas, au milieu de signes fonctionnels, généraux et locaux comparables, on voit apparaître, au-dessous du bord inférieur du maxillaire, dont elle est *séparée par un sillon*, une masse douloureuse, mobile, transversalement. Il s'agit d'un adénophlegmon sous-maxillaire.

Il n'existe pas de trismus et le toucher buccal montre un plancher empâté et œdémateux, *tandis que le sillon gingivo-jugal est parfaitement libre.*

L'évolution naturelle se fait vers l'ouverture à la peau.

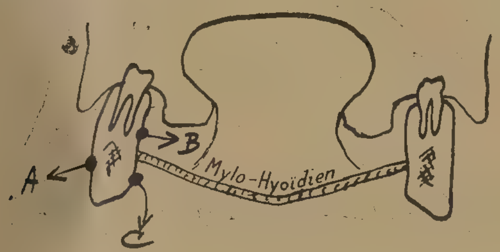


Schéma montrant l'évolution des abcès suivant leur siège.

A. Abcès ostéopériostique externe évoluant vers la peau de la région maxillaire.
B. Abcès ostéopériostique interne (variété haute au-dessus du mylo-hyoïdien) évoluant vers le plancher buccal.
C. Abcès ostéopériostique interne (variété basse au-dessous du mylo-hyoïdien) évoluant vers la région sous-maxillaire.

II. **Conception actuelle** (Sebileau et Truffert). — On admet actuellement qu'il n'y a rien à modifier à la description de l'ostéopériostite de la table externe des classiques. Mais il n'en est pas de même en ce qui concerne l'adénophlegmon.

On a même voulu en nier la possibilité disant que la pulpe ne contenait pas de lymphatiques. C'est une erreur, car l'existence de lymphatiques au niveau de la pulpe a été démontrée (Schweitze).

En réalité, l'adénophlegmon d'origine dentaire existe, mais il reconnaît, le plus souvent pour cause une inflammation des parties molles, une abcédation de la gencive. De plus « les infections buccales dentaires, comme celles du tube digestif d'ailleurs, sont toujours le fait de microbes nombreux et variés, parmi lesquels toujours se trouvent en abondance les anaérobies micro-organismes peu lymphophiles » (*Bull. offic. synd. gén. med. stom. franç.*, déc. 1926). Ainsi comprend-on la rareté de l'adénophlegmon.

Mais alors à quelle lésion anatomique répond la description de l'adénophlegmon donnée par les classiques?

Elle répond *à l'ostéopériostite suppurée de la face interne du maxillaire.*

Dans ces cas, la collection peut évoluer soit au-dessus du mylo-hyoïdien, soit au-dessous, d'où deux variétés : *haute* ou *buccale*, *basse* ou *cervicale.*

a. VARIÉTÉ HAUTE OU BUCCALE. — Le plancher de la bouche est envahi. La langue a perdu sa mobilité. La dysphagie peut être très accusée,

« Rapidement en vingt-quatre, quarante-huit heures, la masse inflammatoire s'étend, envahit largement la face interne du corps du maxillaire et vient alors apparaître dans la région cervicale en refoulant devant elle les organes de ces régions : glande sous-maxillaire, ganglions, qui peuvent être perçus à sa surface.

« En trois à quatre jours, la collection s'abcède, l'ouverture se fait dans le plancher à peu de distance du maxillaire, le malade crache et déglutit du pus, la suppuration est tenace, persistante, le tableau de la cachexie buccale de Chassagnac fréquent ».

b. VARIÉTÉ BASSE OU CERVICALE. — Cette variété répond en tous points à la description que nous avons donnée de l'adénophlegmon.

Telle est, dans son ensemble, l'interprétation des phlegmons maxillaires et sous-maxillaires d'origine dentaire.

Maintenant, quel en est le parasite ? « La virulence de ces infections d'origine dentaire est extrêmement variable suivant les cas; le plus souvent bénigne (bien que provoquant de très vives douleurs), il ne faut cependant pas oublier qu'elle est toujours due à *des anaérobies et à des pyogènes associés*; par conséquent, chez les sujets fatigués ou tarés, les infections pourront parfois revêtir un caractère de haute malignité; elles pourront donner naissance à des phlegmons diffus gangréneux du plancher buccal, ou même à des septicémies mortelles avec phlébite du sinus caverneux; Mathieu et Gamaleia en ont publié récemment trois observations (1924). » (Lecène.)

III. **Conclusions pratiques et traitement.** — D'après ces complications, on voit qu'il s'agit d'une affection qui peut devenir sérieuse, et on comprend d'autant mieux la nécessité d'un traitement logique et bien conduit.

a. LA CONCEPTION CLASSIQUE comportait une conséquence thérapeutique : ouvrir l'*ostéophlegmon* en incisant dans le sillon vestibulaire inférieur et l'adénophlegmon par une incision cutanée sous-maxillaire.

Il serait sans doute injuste de mettre sur le compte des classiques le préjugé qui s'oppose à l'avulsion de la dent avant complète maturité de l'abcès et avant son ouverture.

b. ACTUELLEMENT, s'inspirant de conceptions de Sebileau, le traitement en est assez différent.

Cet auteur a mis en évidence une notion capitale, c'est qu'en présence d'accidents infectieux graves, d'origine dentaire, il faut tout d'abord pratiquer sous anesthésie générale, l'*avulsion de la dent malade.*

Aussitôt après l'avulsion, trois cas peuvent se présenter :

1. *Le pus sort immédiatement par l'alvéole.* — On exprime par la face cutanée l'abcès que l'on vide. On recommence les jours suivants la même manœuvre et en même temps, il sera bon de faire des vaccins.

2. *Le pus ne sort pas immédiatement.* — Mais l'exploration de l'alvéole au moyen d'un crochet suffit à le faire apparaître. On se trouve alors ramené au cas précédent.

3. *Le pus ne sort pas.* — Alors, il faut recourir à l'incision cutanée qui devra être assez basse afin d'être moins visible. Il est inutile de faire de larges incisions. Une *courte incision* assurera le drainage du foyer qui se stérilisera rapidement.

Les lavages de bouche chauds et légèrement antiseptiques seront répétés plusieurs fois par jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 MARS 1930)

Dyshépatome kystique. — M. MATHIEU a opéré un enfant de sept ans qui présentait un gros foie bosselé, les bosselures présentant une résistance variable à la palpation. Extirpation des kystes. Suture possible du foie grâce à son élasticité chez l'enfant. Guérison rapide. L'examen histologique fait par M. Lecène montre qu'il s'agissait d'un dysembryome kystique.

Deux cas de péritonite généralisée après manœuvres abortives. Intervention. Guérison. — M. GOSSET rapporte ces deux observations de M. Loewy : dans les deux cas l'origine de la péritonite était une perforation de la corne utérine droite. Dans le premier cas, hystérectomie sus-vaginale d'emblée; dans le second cas un paquet d'épiploon bouchait la brèche utérine, et dans le premier temps on ne fit qu'un drainage suivi secondairement d'hystérectomie sus-vaginale. Les deux malades guérirent. M. Gosset estime qu'une thérapeutique active est souvent indiquée dans les graves infections postabortum.

Rôle de la structure de l'os iliaque dans les fractures du bassin. — M. MATHIEU expose ce travail de M. Cobau (de Padoue) qui a montré que, outre la grande ligne de résistance classique de Farabeuf, il en existait une autre accessoire. Les fractures du bassin présentent un trait perpendiculaire à ces lignes de force.

Arthrodèse extra-articulaire de la hanche et ostéotomie sous-trochantérienne pour coxalgie ancienne. — M. MATHIEU rapporte cette observation de M. Daniel Ferey. Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans. Le résultat fut bon au bout d'un an.

Formation d'os vrai dans une cicatrice de cystostomie. — M. Edouard MICHON rapporte cette observation de MM. Rolland et Stagnaro. Ces auteurs avaient pratiqué une cystostomie à la locale pour enlever des calculs chez un vieil urinaire. Lors d'une réintervention ils enlevèrent un ostéome (os vrai entouré de tissu conjonctif). Ces ostéomes des cicatrices sont surtout fréquents au niveau de la ligne blanche. Au niveau des tailles sus-pubiennes ces productions empêchent la fermeture de l'ouverture vésicale. Il faut donc intervenir.

Injections de sérum salé hypertonique. — M. CHEVASSU rapporte de très intéressantes observations personnelles.

Il s'agissait d'un malade qui présentait un calcul de l'uretère gauche et un rein droit ptosé dans la fosse iliaque, siège d'hydronéphrose calculeux, pour lequel on avait fait auparavant une réimplantation de l'uretère. A la suite d'une crise d'anurie on se décide à enlever le calcul de l'uretère gauche. Suites graves. On dose l'urée et les chlorures. Injection de sérum chloruré hypertonique qui fut suivie d'une émission d'urine abondante. La disparition des accidents n'est pas liée à la chute de l'azotémie; peut-être relève-t-elle de l'augmentation du taux des chlorures. Mais quelque temps plus tard la chlorurémie descend bien au-dessous du chiffre des chlorures au moment des accidents. M. Chevassu pense que ce n'est pas la dose des chlorures injectés qui agit, mais leur injection augmente le péristaltisme des muscles lisses. Le malade soumis au régime déchloruré présente une crise d'occlusion intestinale dès qu'on essaie la rechloruration. Injections intraveineuses de sérum hypertonique. Lavement purgatif du Codex. Mort le lendemain. Des adhérences et un volvulus partiel de la fin du grêle étaient cause de l'occlusion.

Chez une seconde malade, intervention pour fibromyome utérin. Suites opératoires graves. Injection de sérum salé hypertonique. Bon résultat. Guérison.

Syndromes péritonéaux au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu. — M. WORMS rapporte trois observations de syndrome péritonéal aigu. Rien de net à l'intervention. Reprise ou apparition du rhumatisme articulaire aigu. Le traitement salicylé amène la guérison. M. Grenet a signalé des cas analogues.

M. SAUVÉ a pu une fois se douter du diagnostic réel et a évité ainsi l'intervention.

M. LENORMANT pense qu'il faut des signes abdominaux nets et suffisamment précis pour porter le diagnostic d'appendicite et se déterminer à intervenir.

Présentation de malades :

M. GERNEZ présente un malade pour lequel il a employé sa voie d'accès interne avec décollement du vaste interne et luxation en dehors de l'appareil ligamenteux du genou. Bon résultat.

M. SAUVÉ présente une malade guérie de septicémie grâce à l'emploi du bactériophage en injection intraveineuse.

M. HEITZ-BOYER tient à faire des réserves car les septicémies à colibacilles cèdent brusquement.

M. SAUVÉ précise que la température de sa malade restait très élevée depuis trois semaines. L'injection a provoqué un choc formidable.

Présentation de radiographie :

M. SORREL. Mal de Pott méconnu jusqu'à injection de lipiodol dans la fistule.

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1930)

Ostéomyélite à pneumobacilles de Friedlander. — M. GOSSET rapporte ce travail de M. Soupault. Le pneumobacille donne des lésions rappelant celles dues au bacille d'Eberth. Il s'agissait de collections tibiale et fémorale sous-périostées avec lésions osseuses montrées radiologiquement. Simple incision des collections. Guérison.

M. MATHIEU a observé quinze à dix-huit cas d'arthrite à pneumobacilles de Friedlander dont beaucoup s'accompagnent de lésions osseuses.

Occlusion postopératoire. Injection de sérum salé hypertonique. — M. GOSSET fait un rapport sur une observation de M. Soupault : appendicectomie à chaud suivie d'occlusion le quinzième jour. Injection de sérum salé hypertonique. Amélioration en moins d'une heure et guérison sans intervention.

Adénome solitaire du foie à pédicule tordu. Extirpation. Guérison. — M. GOSSET rapporte cette intéressante observation de MM. Petit-Dutaillis et Jacques Longuet. Chez une malade chez laquelle on avait d'abord pensé à une ptose rénale, survint une série de crises douloureuses rappelant une torsion d'organe. M. Petit-Dutaillis constata l'existence d'une tumeur sous-hépatique et porte le diagnostic de tumeur intraabdominale tordue. Intervention. Il s'agit d'un

adénome du foie à pédicule tordu. Ligature du pédicule. Guérison.

Valeur des biopsies extemporanées. — M. Ivan BERTRAND, invité de la Société, montre les progrès de technique de coloration et de congélation des coupes qui permettent d'obtenir d'intéressants résultats, en particulier dans les néoplasmes du sein.

M. Jean-Louis FAURE utilise cette méthode avec la collaboration de M. Champy, et la considère comme utile dans certains cas.

M. Louis BAZY rappelle que cette méthode est très employée aux Etats-Unis.

M. DE MARTEL juge que cette méthode intéressante nécessite un histologiste très compétent.

M. PROUST rappelle les premiers résultats qu'il a obtenus avec Champy et utilise souvent cette méthode.

M. THIÉRY rappelle qu'en 1889 il existait déjà des appareils permettant d'obtenir de suite des coupes de congélation.

M. SCHWARTZ insiste sur les dangers des interventions en deux temps.

M. GOSSET approuve l'utilité de la méthode.

Avantages de l'hémicraniectomie. — M. DE MARTEL estime que la localisation clinique des tumeurs n'indique qu'un point de la lésion et qu'une exploration large est indiquée. Les larges volets ou hémicraniectomies permettent ces larges explorations, et M. de Martel fait projeter les figures d'un cas intéressant.

CONGRÈS

LE VOYAGE DE PAQUES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Le voyage de Pâques, organisé par la Société médicale du Littoral et par son actif président le docteur Maurice Faure, vient de se dérouler avec son succès habituel.

Quatre-vingt-dix médecins, appartenant à douze nations, se sont groupés autour du directeur scientifique, le professeur Paul Delmas (de Montpellier) qui fut pendant ces quelques jours le guide le plus érudit et le plus aimable, tandis que notre ami J.-P. Faure conduisait la caravane avec sa maîtrise et sa bonne humeur habituelles.

Les voyageurs avaient déjà parcouru la plus grande partie de leur itinéraire quand nous sommes allés les rejoindre à Monaco.

Au cours de la promenade si instructive dans laquelle ils avaient goûté le charme et le confort du Littoral, ils ont pu, grâce à l'initiative de Maurice Faure, constater, à Monaco comme à Cannes, à Nice et à Menton, les progrès énormes réalisés sur la Riviera depuis quelques années au point de vue de l'hygiène urbaine. Ce n'était pas inutile au moment où la Riviera est si dénigrée par la propagande étrangère. L'exemple de Monte-Carlo est particulièrement remarquable.

C'est l'*envers* d'une cité d'élégance et de luxe entre toutes que nous y avons visité.

Grâce à l'amabilité de la Société des Bains de mer nous nous sommes rendus d'abord à l'usine des eaux qui alimentent la Principauté.

Là, M. Peytral, l'éminent directeur de la Société des bains de mer, exposa les travaux entrepris, et notre ami le docteur Orticoni, conseiller technique, fit une lumineuse conférence sur la *verdunisation* des eaux. Après la visite détaillée de l'usine et des appareils si remarquables de M. Philippe Bunau-Varilla, M. Peytral fit les honneurs de la nouvelle plage de Monte-Carlo, de la piscine d'eau de mer, et du Country Club si merveilleusement organisé.

Une autre visite intéressa vivement nos confrères, ce fut celle des « dessous » du Casino. Le vaste palais construit jadis par l'architecte Charles Garnier est maintenant doublé d'une véritable ville souterraine où sont installés des appareils de chauffage et de ventilation qui permettent aux heures d'affluence de maintenir dans le palais une température toujours égale et une aération parfaite. Ceux qui se souviennent de l'atmosphère surchauffée et souvent empestée des salles il y a quelques années, ont eu la plus heureuse surprise. Ils ont vivement félicité les ingénieurs de la maison Laurent Bouillet qui ont su réaliser cette remarquable installation d'hygiène sans porter atteinte à l'œuvre artistique du grand architecte Garnier.

Une réception très cordiale fut ensuite organisée par la Société médicale de Monaco. Ce fut une nouvelle occasion pour notre ami le professeur Delmas de se faire le porte-parole charmant et disert des participants du voyage.

Mais le temps pressait et nous avons dû dire adieu à nos excellents confrères sans les accompagner dans les Alpes et en Corse comme ils nous y conviaient si aimablement.

F. L. S.

— Nous rappelons à nos lecteurs que le prochain voyage organisé par le docteur Maurice Faure, à la demande de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, aura lieu du 20 juin au 2 juillet. L'itinéraire comprend une réception par la Faculté de Montpellier, la visite d'Aigues-Mortes, de Nîmes, de l'Aigoual et des Gorges du Tarn, de La Malou, Carcassonne, Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Luchon et Superbagnères.

Ce beau voyage, dans une saison idéale, est assuré d'un vif succès.

Nous engageons nos confrères à se renseigner sans retard auprès du docteur Maurice Faure, à La Malou, sur les conditions du voyage.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CHOIX D'UNE CARRIÈRE

La *Confédération des syndicats médicaux français* nous communique la lettre suivante adressée :

AUX PARENTS,
AUX PROFESSEURS,
AUX ÉLÈVES DE PHILOSOPHIE,

Voici que s'avance l'année scolaire. C'est au cours de cette dernière année de leurs études secondaires que les « philosophes », aidés de leurs parents et parfois de leurs maîtres, choisissent la carrière qu'ils veulent embrasser.

Ce moment du choix d'une carrière est grave — il engage complètement l'avenir; du choix judicieux réalisé à cette date dépend souvent le bonheur d'une vie.

Nous n'avons certes pas la prétention de développer ici les raisons morales et matérielles dont l'examen approfondi doit présider au choix d'une profession. Par contre, représentant la Confédération des syndicats médicaux français, association groupant tous les médecins syndiqués français, association qui a pour mission de défendre les intérêts moraux et matériels des médecins de France, nous avons, dans les circonstances actuelles, le devoir d'éclairer les parents, les maîtres et les élèves, sur les particularités qu'ils peuvent ne pas bien connaître, de l'exercice de la médecine, actuellement, et surtout dans les années qui viennent.

Notre but n'est pas d'attirer des jeunes gens vers les facultés de médecine — il n'est pas non plus de les dissuader, en principe, de s'orienter vers notre profession — mais nous voudrions que, seuls, ceux qui auront l'âme bien trempée, qui seront patients, bons et courageux, qui seront décidés à faire passer les satisfactions d'ordre moral avant les bénéfices d'ordre matériel, en un mot que ceux-là seuls qui ont vrai-

ment la « vocation » se dirigent, toutes questions connexes bien étudiées, vers la Faculté de médecine.

*
* *

Nous voulons tout d'abord signaler aux jeunes philosophes la pléthore médicale. Le nombre des médecins a déjà augmenté; si nous nous en rapportons aux statistiques des facultés, il a plus que doublé depuis huit ans et la Faculté de médecine de Paris, qui recevait moins de 500 étudiants par an, va en recevoir un millier.

Pour la France entière, le nombre des médecins est passé de 16.815 en 1900 à 27.500 en 1928, alors que la population s'est seulement accrue de deux millions d'habitants, passant de 38.442.600 à 40.743.000. On peut estimer que dans cinq ans le nombre des médecins aura augmenté dans des proportions élevées.

Or, la pléthore médicale présente de graves dangers d'ordre moral autant que matériel pour la profession elle-même et qu'il est inutile de développer au public éclairé que nous voulons atteindre.

Il faut aussi que parents et futurs étudiants sachent bien que se dessine actuellement la campagne nécessaire pour relever le niveau des études, non en créant de nouveaux examens mais en rendant ceux-ci, les premiers surtout, beaucoup plus sévères et devant servir, pratiquement, d'épreuves éliminatoires. Ce sera sans doute le seul moyen d'enrayer la pléthore, moyen déjà employé avec succès dans les facultés de droit et que nous souhaitons voir entrer dans les habitudes de la Faculté de médecine.

*
* *

Devons-nous signaler les frais d'études? Un journal documentaire les chiffrait récemment, après calculs sérieux, à 111.000 francs, pour la durée totale, à la condition encore que le futur médecin n'entrât pas dans la voie des concours. Pratiquement, le médecin arrive à gagner sa vie, s'il a quelque chance, à trente ans, pas avant. Encore devra-t-il « amortir » en plusieurs années ses frais d'installation, d'achats de livres et d'instruments, toutes choses dont le coefficient d'augmentation a suivi une progression plus rapide que celle des honoraires médicaux.

*
* *

Nous ne ferons qu'une allusion discrète aux lois sociales et spécialement à la loi d'assurances sociales, dont l'application est maintenant imminente. Mais ce serait un tort de croire que le médecin y « gagnera ». Ce qui est bien certain, au contraire, et quoi qu'il advienne des projets actuels, c'est que la médecine y perdra en valeur scientifique et morale et en considération.

Pour que la médecine garde son caractère élevé, pour que le médecin reste l'homme qui doit avoir la confiance, toute la confiance de ceux qui viennent à lui, il faut donc éviter la pléthore démoralisatrice. Il faut aussi que les jeunes gens qui veulent embrasser la carrière médicale, prévenus à l'avance, sachent bien les difficultés, les peines et les déboires de la profession. La fortune ne vient pas au médecin et nos associations de bienfaisance professionnelle pourraient donner, sur ce point, d'éloquentes et pénibles précisions.

Voilà pourquoi nous avons cru devoir, par cette courte lettre, appeler l'attention des intéressés de demain : parents, maîtres et élèves.

Le secrétaire général : Docteur P. Cibrie. *Le président :* Professeur V. Balthazard.

NOTES POUR L'INTERNAT

VOMIQUES

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

L'examen radiologique permet parfois un diagnostic certain. Typiquement, c'est la vaste poche hydro-aérique, à double contour, avec un niveau horizontal surmonté de la clarté aérique. Parfois, les lésions du voisinage entourent l'abcès d'une opacité diffuse, donnent des opacités floues, en « volutes de fumée » moins caractéristiques.

Le pronostic fatal à bref délai, dans certains cas, est moins sombre qu'on ne le pensait classiquement.

a. Tantôt, la *guérison spontanée* survient assez rapidement, même dans les abcès à streptocoques avec septicémie. Elle est même relativement fréquente dans l'abcès aigu du poumon, devant rendre très prudent dans l'application d'une thérapeutique et l'interprétation des résultats.

b. Tantôt, c'est le passage à la *chronicité*. L'abcès qui semblait devoir guérir se draine mal, suppure, devient passagèrement fétide, et si l'on voit le malade à ce moment c'est très difficile de savoir si l'on a affaire à la forme que nous décrivons ou à la forme suivante dont il emprunte toute la désespérante chronicité.

2° Abcès putride du poumon. — Ici, il s'agit d'une suppuration, soit primitive, soit consécutive à une infection buccopharyngée, *dentaire,* amygdalienne, parfois à une intervention abdominale.

Le début en est souvent insidieux, et ce qui domine le tableau clinique c'est la *fétidité de l'haleine et de l'expectoration* qui, pour certains auteurs, justifient la classification de cette infection dans le chapitre de la gangrène pulmonaire chronique, subaiguë, ou à rechutes.

Dans les crachats, outre les anaérobies, l'on trouve des spirochètes sur la nature desquels on discute, et qui seraient les agents d'extension du foyer gangréneux, spirochète Vincenti pour les uns, spirochète de Castellani pour d'autres.

A l'écran, ces abcès donnent des images cavitaires, rappelant celles de la tuberculose ou des condensations plus ou moins étendues.

L'évolution est extrêmement chronique, par poussées successives. L'affection rebelle à la thérapeutique médicale, aux arsenobenzols, peu influencée par l'aspiration de pus par trachéo-bronchoscopie, devient justiciable de la chirurgie, souvent meurtrière, rarement efficace.

3° Abcès amibien. — *Dans tous les cas d'abcès pulmonaire, il faut penser à la nature amibienne possible.* Elle ne fait aucun doute si la vomique survient chez un ancien dysentérique atteint d'hépatite amibienne, qu'il s'agisse d'un abcès du foie ouvert dans le poumon ou d'un abcès du poumon. Dans le pus chocolat de la vomique, on trouve alors des amibes, et le traitement émétino-arsenical est très efficace.

Bien souvent, il n'existe aucun antécédent dysentérique, mais l'extraordinaire rapidité d'action curatrice de l'émétine fait penser à certains auteurs qu'il s'agit tout de même d'amibiase méconnue.

4° Pleurésie interlobaire. — Donnant les mêmes signes cliniques de suppuration pleuro-pulmonaire chronique que les abcès du poumon, l'on ne peut se baser pour la diagnostiquer que sur deux éléments :

1. *La radiographie*. — Elle est typique en cas d'image allongée *en fuseau*, oblique en bas et en dedans, suivant le trajet de l'interlobe. Mais bien souvent les lésions pleuro-pulmonaires de voisinage donnent une opacité diffuse et l'on peut tout au plus parler de suppuration de la région scissurale.

2. *L'intervention chirurgicale*. — Pratiquée après protection soigneuse de la grande cavité pleurale, elle seule permet d'affirmer que la suppuration est interlobaire, cela après écartement des lobes pulmonaires et constatation de la pleurésie enkystée.

5° Pyopneumothorax de la grande cavité pleurale. — La vomique est un symptôme fréquent au cours des pleurésies purulentes, surtout à *pneumocoques*, de la grande cavité. Elle survient lorsque celles-ci n'ont été ni évacuées ni opérées à temps. L'antécédent récent d'un épisode pneumonique aigu, les signes cliniques et radiologiques du pneumothorax permettent un diagnostic facile.

La vomique peut également se voir dans les pleurésies enkystées à pneumocoques de la grande cavité pleurale. Elle est au contraire très rare dans les pleurésies à streptocoques ou tuberculeuses.

A côté de ces causes les plus fréquentes de vomique, il en est de beaucoup plus rares, parmi lesquelles il faut citer :

6° Kyste hydatique du poumon. — Il ne s'ouvre guère dans les bronches que lorsqu'il est suppuré. La vomique est alors caractéristique, contenant des fragments d'hydatides. Les réactions de Weinberg ou de Casoni sont positives, et le diagnostic étiologique assez facile.

***B*. Il existe des signes en foyer à la base du poumon.** — Il est souvent difficile de dire si la collection ouverte par vomique est sus ou sous-diaphragmatique, et c'est l'examen radiologique et l'étude des antécédents, tantôt nettement pleuro-pulmonaires, tantôt nettement digestifs ou abdominaux, qui pourront renseigner.

1° Causes thoraciques. — Les abcès du poumon, abcès amibiens en particulier, sont ici encore une étiologie de premier plan. Nous n'y reviendrons pas.

Il faut aussi penser au kyste hydatique, ainsi qu'à la *pleurésie diaphragmatique* caractérisée par sa douleur à type de névralgie phrénique, sa dyspnée douloureuse.

2° Causes abdominales. — *a*. L'abcès dysentérique du foie, consécutif à une dysenterie intestinale plus ou moins nette, peut également être observé au cours d'amibiases autochtones sans signes intestinaux. Il faut y penser, explorer systématiquement le foie en présence d'une vomique sans signes thoraciques francs, rechercher par examen des selles les kystes amibiens, faire une rectoscopie et tenter le traitement émétinique qui, si souvent efficace, a une valeur diagnostique considérable.

b. *Le kyste hydatique suppuré* du foie peut aussi s'ouvrir dans les bronches, quand il se développe vers le haut. C'est ici encore la radiographie, la présence de fragments hydatiques dans le pus expectoré, la positivité des réactions biologiques qui feront le diagnostic.

c. *Les abcès sous-phréniques* sont d'un diagnostic souvent difficile et provoquent souvent une réaction pleurale de voisinage, gênante pour le diagnostic de localisation. C'est en se basant sur les antécédents de cholécystite, d'ulcère gastrique ou duodénal que l'on rattachera la vomique à sa vraie cause.

d. *Les phlegmons périnéphrétiques*, fusant vers le haut, peuvent également, mais très rarement, être cause de vomiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 35, p. 654.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Pour visiter l'Avallonnais et le Morvan. — Le grand centre d'excursions de la région est Avallon, ville aimable, à quatre heures de Paris par chemin de fer. En été, de nombreux services d'autocars P.-L.-M. y ont leur point d'attache, 44, rue de Paris (Téléphone 0-55).

Ils effectuent 7 circuits : 1° celui du Morvan, par Carré-les-Tombes, le lac des Settons, Chateau-Chinon; 2° celui de l'Avallonnais, par la Pierre-qui-Vire, Saint-Père, Vézelay, Arcy-sur-Cure; 3° celui d'Avallonnais-Morvan qui réunit les deux itinéraires précédents; 4° celui du Chablis, par l'Isle-sur-Serein à l'aller et par Mailly-le-Château au retour; 5° celui de Semur, par Savigny et Rouvray; 6° celui de Vézelay par Pontaubert et Givry; 7° celui de la Pierre-qui-Vire, par Beauvilliers et Marrault.

Ces circuits fonctionnent de juillet à septembre, sauf celui de l'Avallonnais-Morvan qui n'a lieu qu'en juin. Les deux premiers services sont, en outre, mis en marche pendant les fêtes de Pâques et de la Pentecôte.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Léon Bernard, Courtois-Suffit, Brouardel, Apert, Laignel-Lavastine, Gautier, Tinel, Cadenat, Harvier, Chabrol, Michel.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Couvelaire, Lemeland, qui acceptent; Jeannin, Vignes, Chirié, Robineau, Donzelot, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire de chimie biologique et médicale de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. (*J. O.*, 6 mai 1930.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Gueguen, professeur suppléant à l'Ecole de Nantes, est chargé provisoirement du cours de pharmacie à ladite Ecole.

M. le docteur Bureau (Robert) est nommé pour un an, à dater du 1er avril 1930, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le docteur Brétéché dont les fonctions sont expirées.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue française contre le cancer a eu lieu mardi à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

On entendit d'abord les rapports de M. Le Bret, secrétaire général, de Mme Henri Hartmann, présidente de la section d'assistance, et de M. Max Hermant, trésorier.

Puis M. Henry Bordeaux, de l'Académie française, dans une allocution très applaudie, apporta l'appui de sa parole généreuse à la croisade contre le mal qui fait encore annuellement 40.000 victimes en France.

INSTITUT DES HAUTES ÉTUDES CHINOISES. — CONFÉRENCES SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET L'HYGIÈNE EN PAYS CHINOIS. — Ces conférences seront faites à l'*Institut Pasteur*, à 17 h. 30, les vendredis :

16 mai : L'épidémiologie de la peste bubonique, par M. le docteur Marcel Léger.

23 mai : L'épidémiologie de la peste pulmonaire dans la Chine du Nord, par M. le docteur Ch. Broquet.

30 mai : Sur l'hygiène des Chinois, par M. le docteur A. Gauducheau.

NORD-SUD. — Le VIIe voyage d'études pour médecins aux villes d'eaux, stations climatiques et plages marines d'Italie aura lieu du 10 au 26 septembre 1930, sous la direction du professeur Guido Ruata.

Le programme comprend la visite du Lido de Venise, puis des stations climatiques des Dolomites : San Martino di Castrozza à 1.444 mètres d'altitude, Cortina d'Ampezzo à 1.224 mètres d'altitude, Misurina à 1.756 mètres.

Les voyageurs visiteront ensuite les stations de l'Istrie : Grado, Portorose, Brioni, Abbazia, Laurana.

Enfin les visites d'Abano Terme et de la célèbre station de Salsomaggiore aux eaux chlorurées sodiques fortes, bromoiodurées termineront le voyage.

Le prix du voyage, tous frais compris, du Lido à Salsomaggiore est fixé à 1.600 lires. Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer italiens permettra de se rendre de la frontière au Lido, et de Salsomaggiore à la frontière.

Le parcours a lieu par train spécial de 1re classe, par auto et par un bateau spécial pour le parcours maritime.

Les médecins seuls et leur famille sont admis. Le nombre des places est limité à 150.

Comme les précédents, ce voyage sera dirigé par M. le professeur Guido Ruata auprès duquel les médecins français trouveront, comme l'an dernier, le plus aimable accueil.

S'inscrire avant le 13 juillet à l'Ente nazionale per le industrie turistiche, 6 via Marghera, Roma (Italie).

CONGRÈS DE VENISE. — Le prochain Congrès de stomatologie se tiendra à Venise du 15 au 21 septembre 1930. Nos confrères italiens invitent cordialement tous les médecins étrangers, s'intéressant aux questions de stomatologie, à participer à ses travaux et ils n'auront ainsi aucune cotisation à verser. D'importantes réductions sont prévues pour le transport et le logement. Ce Congrès est sous la présidence d'honneur du docteur Chompret (de Paris). Pour tous renseignements et pour l'inscription, s'adresser au docteur Herpin, 5, rue Anatole de la Forge, Paris (XVIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gabriel Lemerle (de Nantes).

NEURO-CHIRURGIE. — Le docteur Clovis Vincent examinera les mercredis et samedis matin, à 10 h. 30, dans son service à l'hôpital de la Pitié les malades atteints de tumeurs cérébrales ou médullaires. Il les opérera les mardis et vendredis, 12, rue Boileau.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE L'INTERNAT DE BICÊTRE

Grâce à l'heureuse initiative des internes de Bicêtre et d'un certain nombre d'anciens collègues bicestrois, le centenaire de la salle de garde de Bicêtre a été joyeusement célébré dimanche dernier sous les lilas en fleurs du vieil hospice.

Comment ne pas remercier d'abord les organisateurs : notre maître M. Babinski, interne en 1879, et nos amis Couvelaire (1899), Guillain (1902), Crouzon (1902), Roussy (1905), Clovis Vincent (1907), Barré (1910), Pasteur Vallery-Radot (1912), Truffert (1912), Alajouanine (1913), P. Wiart (1919). Une mention toute spéciale doit être réservée aux animateurs de la charmante réunion : P. Meignant (1922), les internes en exercice de Bicêtre, et en particulier l'économe de la salle de garde G. Mauric. Ils se sont multipliés et ont reçu leurs anciens avec une bonne grâce sans égale.

Réunion charmante, ai-je dit; réunion aussi un peu émouvante. Il est toujours mélancolique, après tant d'années, de revoir les lieux où l'on fut jeune, où se lièrent tant de bonnes et solides amitiés, et de songer aussi à ceux qui manquent.

L'entrain de nos jeunes collègues dissipa vite toute trace de mélancolie. Quel plaisir, d'ailleurs, de retrouver la vieille salle de garde fréquentée jadis par Georges Clemenceau, et illustrée par tant d'exploits légendaires! De la salle de garde on se rendit dans la salle du banquet, salle pimpante et fraîchement peinte dans laquelle les anciens eurent quelque peine à reconnaître un pavillon de l'ancien service de Bourneville.

Le déjeuner aurait dû être présidé par M. G. Hayem qui était à Bicêtre en 1864. Malheureusement absent, M. Hayem a été remplacé par notre ancien collègue Yan Kerguistel (de Guérande), interne en 1868. Ce fut le plus aimable, le plus gai et le plus spirituel des présidents.

Autour de lui avaient pris place et nous les citons par ordre d'ancienneté :

1877. Netter; — 1879. Verchère; — 1880. Huë (de Rouen); — 1882. Jeanselme; — 1883. Achard; — 1887. J.-L. Faure; — 1888. Brodier, Camescasse (P.); — 1889. Sorel (Roger-Louis); — 1890. Floersheim, de La Nièce, Malherbe, V. Morax; — 1891. Banzet, Sottas; — 1893. André-Thomas, Didsbury; — 1894. Comte, Delamare, Poix; — 1895. Chaillou; — 1896. Audistère, Pelisse, Weil-Hallé; — 1898. Moret (de Saint-Germain), Quiserne, Saint-Cène; — 1899. Aubertin, Belgrand, Couvelaire, Crouzon, F. Le Sourd; — 1900. Denis, Jean Ferrand; — 1901. Georges Guillain, Henri-Petit, Rollin; — 1902. Chastenet de Géry, Rousseau-Decelle; — 1903. Chevassu, Chevé, Deniker; — 1904. Barbé, Faure-Beaulieu, Lutaud, Cl. Vincent, Nathan; — 1905. Deroide, Doury, Garban, Lévy-Valensi, Moutier, Roussy, Senlecq, Tournay; — 1907. Bachy, Barré, Gendron, Haller, L.-Kindberg, Perdoux, Ch. Richet fils, Saint-Girons, Tissier (P.); — 1908. Mondor; — 1909. Bloch (André), Carrié, Joltrain; — 1910. Bloch (René), Monbrun, Mossé, Porak; — 1911. Delort, Garcin, Legrain, Moreau; — 1912. Ecot, Gardin, Tartois, Truffert, Wiart; — 1913. Alajouanine, Ceillier, Duponchel, Gerber, Humbert, Pichon; — 1914. Baudoin, Lantuéjoul, Routier, Ollier; — 1920. Codet, Plichet, Potez, Turpin; — 1921. Baruk, Cathala, Hutinel, Meignant; — 1923. De Brun (Roger), Bascourret, Decourt (Jacques), Huet, Lagrange; — 1924. Benda, Blondel, Bureau (Yves), Castéran (Robert), Delafontaine, Gouvenot, Lieutaud, Morlaas, Renard (Pierre), Schmite; — 1927. Delbove, Lafitte; — 1928. Gilbrin, Jehiel; — 1929. Avril, Fiehrer, Koang, Loisel, Martin (Jean), Meyer (André); — 1930. Albeaux, Delamare, Dérot, Falaise, Mauric, Mérigot, Patte, Sterne, Terrasse.

On remarquait aussi un certain nombre de patrons ayant été internes à Bicêtre : Barbé, L. Kindberg, Ch. Richet (déjà nommés) et parmi ceux n'ayant pas été internes à Bicêtre : Lian, Riche, Vurpas, Souques.

(Les dates ne sont pas garanties tout à fait exactes; les collègues qui ont passé plusieurs années à Bicêtre ne sont nommés qu'une fois, correspondant autant que possible à la première année passée par eux à Bicêtre [ainsi Wiart est porté en 1912; il était à Bicêtre en 1912; il y était encore en 1922.])

En dehors des bicestrois, deux invités assistaient au déjeuner : M. Rousseau Decelle, frère du collègue, qui, en 1902 a peint les personnages de l'escalier de la salle de garde, et M. Leudet, avocat, qui montra sa belle voix et son talent d'interprétation dans les chansons de la salle de garde.

D'autres auraient dû assister au banquet. Regrettons particulièrement l'absence de notre maître Babinski (1879) et de notre ami Pasteur Vallery-Radot (1912), qui n'ont pu être des nôtres après avoir été parmi les premiers organisateurs de cette réunion.

Dès les hors-d'œuvres, l'assistance attaqua joyeusement les airs familiers de notre jeunesse, et ce fut tout au long de l'excellent repas un concert ininterrompu dans lequel les jeunes, mais aussi les anciens (n'est-ce pas Pelisse?) montrèrent qu'ils n'avaient rien perdu des bonnes traditions.

Après les extraordinaires imitations de notre ami Deniker, l'assemblée demanda à M. Achard et à J.-L. Faure de se faire entendre dans leurs œuvres classiques... Mais l'un et l'autre, se sentant peu en voix, demandèrent à l'auditoire de leur faire crédit... jusqu'à la prochaine fois.

A l'heure des toasts, salués par des bans enthousiastes, on fit, et ce fut justice, une formidable ovation au collègue Meignant, incomparable organisateur, et à tous les collègues en exercice qui ont su donner aux anciens bicestrois la réconfortante illusion d'une jeunesse retrouvée.

F. L. S.

Les collègues qui n'auraient pu s'inscrire pour les photos peuvent s'adresser directement au photographe, M. Paulus fils, 82, rue d'Amsterdam, Paris (IXe).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

TUBERCULOSE OSSEUSE

Le mécanisme de la destruction tuberculeuse ostéo-articulaire. (Marcel GALLAND et Herman DE LAS CASAS. *Ann. d'anat. pathol.*, avril 1929, t. VI, n° 4, p. 375-390, 6 fig., 2 tabl.; — Id. *Bull. et mém. de la Soc. méd. de Paris*, 27 avril 1929, n° 8.) — De l'étude de vingt pièces de résection du genou faites à l'hôpital franco-américain de Berck, les auteurs concluent que la tuberculose ostéo-articulaire peut se présenter selon deux types qui, anatomiquement et cliniquement, sont très différents :

1° Type à évolution synoviale dans lequel les destructions cartilagineuses évoluent d'abord périphériquement, hors des points de pression, puis centralement dans un deuxième stade. C'est seulement quand tout le cartilage est détruit que se fait l'ulcération compressive osseuse.

Ce cercle évolutif est très variable quant à sa durée.

2° Type à évolution osseuse, dans lequel il existe des cavernes osseuses sous-cartilagineuses et qui évoluent avec des rechutes.

Dans un premier stade on voit, en effet, des cavités dans lesquelles le cartilage s'invagine. Ces cavités ne sont pas visibles à la radiographie.

Dans un deuxième stade le cartilage se perfore au niveau d'une cavité et il se constitue une ulcération.

La description de ce type anatomique spécial explique la forme à rechutes si fréquente dans la tumeur blanche du genou.

Les ostéites juxta-articulaires. (Rapport M. ANDRIEU et discussion. *XIe Réunion annuelle de la Soc. franç. d'orthop.*, in *Gaz. des hôpit.*, 14 oct. 1929, n° 84, p. 1484-1491.)

Les cuti-réactions locales à la tuberculine. Leur valeur diagnostique et pronostique. (G. HUC, FITTE et DE WILLIENCOURT. *Soc. de pédiatrie*, 9 juillet 1929, *Bull.*, n° 7, p. 409-420.) — Sur un sujet porteur d'une lésion tuberculeuse d'un membre, si l'on fait une cuti-réaction à proximité du foyer et une autre au point absolument symétrique du membre sain les deux cuti-réactions sont positives, mais celle du côté malade est bien plus marquée, hyperpositive.

Dans leur mémoire et dans la thèse de René Leroy (Paris 1929) les auteurs exposent la technique de cette recherche qui est assez délicate, le siège d'élection pour l'exécuter, la lecture des résultats.

Ceux-ci sont fort intéressants.

Pour le diagnostic cette méthode permet parfois d'infirmer la nature d'une affection supposée tuberculeuse jusque-là.

L'évolution de la réaction des cuti-réactions permet de suivre l'évolution de la lésion et d'affirmer la guérison ou non-guérison du foyer. Elle permet de dépister les rechutes.

Elle constitue donc une méthode très intéressante d'examen dans les lésions tuberculeuses des membres.

L'opération de Robertson-Lavalle.

Résultats de l'opération de Robertson-Lavalle. (J. LASCOMBE. *Revue de chir.*, 1928, n° 4, t. LXVI, p. 253-287, 7 fig.)

L'opération de Robertson-Lavalle : résultats de 15 cas. (J. M. VILARDELL. *Arch. de med. cir. y espec.*, an IX, 16 juin 1928, t. XXVIII, n° 24, p. 765-770, 10 fig.)

L'opération de Robertson-Lavalle dans la tuberculose articulaire. (ALESSANDRI. *XIXe Congrès de la Soc. ital. d'orthop.*, Rome, 10 oct. 1928; — UFREDUZZI. *Id.*)

Tumeur blanche du genou traitée par la technique de Robertson-Lavalle. (P. LOMBARD [d'Alger]. *Soc. de chir.*, 14 nov. 1928.)

A propos de l'opération de Robertson-Lavalle. (H. GANDIER. *Réunion méd.-chir. des hôpit. de Lille*, 19 nov. 1928, in *Presse méd.*, 9 janv. 1929, n° 3, p. 41.)

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses de la hanche et du genou par les greffes à la manière de Robertson-Lavalle. (C. DE NICOLA. *Semana med.*, an XXXVI, fév. 1929, n° 8, p. 428-450, 18 fig.)

Résultat de trois cas de greffes osseuses pour tuberculose ostéo-articulaire. (M. BRESSOT [Constantine]. *Soc. des chir. de Paris*, 15 fév. 1929, in *Presse méd.*, 27 fév., n° 17, p. 272.)

Tumeur blanche du genou à forme fongueuse. Opération suivant la technique de Robertson-Lavalle. (P. LOMBARD [Alger]. *Soc. de chir.*, 5 juin 1929.)

Trois cas d'arthrite tuberculeuse du genou traités par la méthode de Robertson-Lavalle. (L. LAMY. *Soc. des chir. de Paris*, 10 juin 1929, in *Presse méd.*, 6 juillet, n° 54, p. 882.)

A propos du traitement des tuberculoses osseuses et articulaires : traitement de la tuberculose ostéo-articulaire du genou par l'incrustation de greffons. (DUPUY DE FRENELLE. *Soc. des chir. de Paris*, 15 nov. 1929, in *Presse méd.*, 30 nov., n° 96, p. 1560.)

Nous avons déjà exposé ici (voir *Gaz. des hôpit.*, 8 juin 1927, n° 46, p. 761 et 762) la méthode du professeur de Buenos-Aires. Partant de cette conception que dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse il y a étranglement du tissu osseux par l'engorgement de la circulation, Robertson-Lavalle perfore les épiphyses, introduit dans ces tunnels de minces greffons osseux qu'il réunit entre eux par d'autres greffons extraarticulaires. Il compte ainsi dégorger de sang les extrémités articulaires et créer une nouvelle circulation qui détruit le bacille de Koch. Il prétend guérir ainsi en vingt-cinq jours, avec conservation des mouvements, les ostéo-arthrites tuberculeuses de sièges les plus divers et de formes anatomiques et cliniques variées.

Les premiers essais de cette méthode en France ont été loin de répondre à de tels résultats. Mais M. Robertson-Lavalle a expliqué depuis que ces échecs provenaient de ce que les greffons n'étaient pas bien placés. Il a exposé qu'ils ne devaient pas être placés dans les zones de destruction, cavernes, zones décalcifiées ou fongueuses, mais dans les

points de l'os où le processus tuberculeux est en activité, zones congestionnées se traduisant par des taches sombres sur les bons clichés négatifs. C'est dans ces seules conditions que le succès pourrait être obtenu. La lecture des publications les plus récentes que nous avons réunies ici nous montre qu'on a obtenu des résultats très variables.

Si M. Bressot a eu dans ses 3 cas 3 désastres (2 amputations et 1 résection consécutive) il est le seul. Lamy, sur 3 enfants traités pour tumeur blanche, n'a pas vu de modification dans l'évolution des lésions et suppose qu'il a dû passer en dehors de la zone hyperémiée.

Alessandri, sur 5 cas, a eu un poignet qui a fini par s'ankyloser, un pied qui a continué à évoluer, et sur 3 genoux un mauvais résultat et 2 bons.

Ufreduzzi a opéré plusieurs genoux avec bons résultats dont un fistulisé, et, fait impressionnant, 2 coxalgies avec très bon résultat au bout de trois mois.

Lombard a opéré 2 genoux à forme fongueuse, l'un a guéri par ankylose, l'autre avec des mouvements.

Gaudier a rapporté 2 résultats favorables. Deux séries plus importantes sont celles de Vilardell et celle de Lascombes. Vilardell rapporte 15 cas. Les 6 premiers pas très heureux : 2 améliorations, 2 sans aucune modification, 2 qui exigèrent l'amputation. L'auteur, pour les autres malades, fit une sélection plus soignée, et dans les cas suivants observa des résultats beaucoup plus encourageants.

J. Lascombe fait état de 23 observations du service du professeur Delbet : 13 tumeurs blanches du genou (7 guérisons, 3 améliorations, 3 échecs), 3 coxalgies (3 échecs), 4 ostéoarthrites du pied (3 échecs dont 1 amputation, 1 amélioration), 2 sacrocoxalgies (1 guérison, 1 échec), 1 tumeur blanche du coude (1 échec).

La méthode a paru efficace surtout dans les formes synoviales, hydarthrosiques, et chez les sujets jeunes.

Mais la statistique la plus importante est celle de de Nicola qui pratique la méthode depuis cinq ans et qui a opéré 51 malades.

Sur 23 hanches opérées, il compte 11 guérisons, 2 améliorations et 10 échecs.

Sur 28 genoux, 15 guérisons, 6 améliorations. Les cas avec lésions fermées ont fourni 61,10 p. 100 de guérisons, et les cas fistuleux seulement 27,27 p. 100. S'il y a infection secondaire la contre-indication est formelle.

Beaucoup de cas ont été améliorés, certains pas modifiés, quelques-uns aggravés.

Les guérisons s'observent surtout sur les cas en voie de régression. Aussi l'auteur pense que les malades doivent subir un traitement orthopédique préalable et n'être opérés qu'après arrêt de l'évolution des lésions.

Contrairement à ce qu'a observé M. Delbet c'est surtout dans les formes synoviales qu'il a observé les échecs. La réaction synoviale consécutive à l'opération a pu conduire à l'amputation. Aussi conseille t-il d'associer dans ces formes la synovectomie à l'opération de Robertson-Lavalle.

De Nicola mobilise ses opérés vers le quinzième jour, mais en cas de réaction articulaire met en plâtre pendant deux à trois mois.

On voit qu'au total les résultats sont donc loin d'approcher ceux qu'annonçait Robertson-Lavalle. Mais ils ne sont pas absolument négligeables. Tout d'abord tous les auteurs ont été frappés par la cessation immédiate des douleurs après l'opération (application possible aux formes très douloureuses).

Dans certains cas il y a eu un effet très net sur l'état général (Vilardell). On a pu noter dans des cas anciens la fermeture des fistules (Vilardell). Enfin il n'est pas douteux que l'implantation des greffons ne favorise la recalcification des extrémités osseuses (Dupuy de Frenelle).

La méthode reste à l'étude, et ses indications s'établiront peu à peu.

Mal de Pott. Ostéosynthèse dans le mal de Pott.

Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. (Rapports M. Rocher et E. Sorrel et discussion. *XXVIIIe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, compte rendu *Gaz. des hôpit.*, 26 oct. 1929, n° 86.)

Ostéosynthèse et héliothérapie comparées dans le traitement du mal de Pott. (M. Vignard. *L'Avenir médical*, 26e année, déc. 1929, n° 10, p. 316-320.)

Dans cet article, M. Vignard montre les résultats très beaux obtenus dans le traitement du mal de Pott par la cure d'héliothérapie à Cannes. Il montre comment l'immobilisation en traction combinée avec la cure solaire est capable d'assurer dans des délais « d'une brièveté parfois impressionnante », non seulement la consolidation du rachis, mais la stérilisation des lésions tuberculeuses, ce qui est le point capital.

L'ostéosynthèse qui n'assure que l'immobilisation du rachis est donc une méthode inférieure et qui doit être réservée « aux malades que leur condition sociale met dans l'impossibilité de faire mieux ».

Paraplégies pottiques.

Paraplégie pottique brusque et complète à l'évolution rapidement mortelle par compression osseuse et pachyméningite. (Fiolle, Poinso et Jaur. *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, déc. 1928, in *Gaz. des hôp.*, n° 16, 23 fév. 1929, p. 302.)

Traitement des paraplégies pottiques par la laminectomie et la greffe. (Leriche. *Soc. de chir.*, 20 mars 1929, *Bull. et mém.*, n° 11, p. 461. Discussion : E. Sorrel — *idem.* n° 16, p. 658; Pierre Delbet — *idem.* n° 18, p. 723.)

Contribution à l'étude des paralysies pottiques. (René Fontaine. *Gaz. des hôp.*, 29 mai 1929, n° 43, p. 793.)

Traitement des paraplégies pottiques. (J. Calvé. *Notes prat. d'act. méd.*, mai-juin 1929, n° 86, p. 997.)

Le traitement des paraplégies du mal de Pott dorsal. (Raphaël Massart et R. Ducroquet. *Presse méd.*, 31 août 1929, n° 70, p. 1134.)

Dans un travail considérable sur la paraplégie pottique (thèse de Paris 1926), Mme Sorrel-Déjerine a cherché à établir qu'il existe deux variétés principales de paraplégies pottiques : 1° celles qui sont la conséquence d'une compression médullaire par un abcès intra-rachidien, toujours anté-médullaire, forme habituelle et curable par le seul traitement orthopédique; 2° celles, heureusement plus rares, dues à des lésions de pachyméningite, et qui sont incurables.

Les premières s'installent rapidement et de manière précoce. Les secondes sont, au contraire, tardives et se produisent très lentement. Cette manière de voir conduit à l'abstention chirurgicale dans tous les cas, puisque dans la première forme, toute intervention est inutile et dans la seconde, impuissante. C'est contre l'absolutisme de ces conclusions que les travaux ci-dessus tendent de protester.

Si, dans leur ensemble, les constatations de Mme Sorrel-Déjerine sont acceptables et justes, il y a cependant des exceptions. C'est ce que montrent l'observation de MM. Fiolle, Poinso et Jaur celle que M. Leriche présente à la Société de chirurgie et les trois autres que publie son élève Fontaine.

Tout d'abord, l'abcès qui comprime la moelle n'est pas toujours antémédullaire, il peut siéger en arrière et être accessible par la laminectomie.

Si beaucoup d'abcès intra-rachidiens régressent spontanément, certains persistent et finissent par entraîner la mort.

La notion d'évolution ne suffit pas toujours à distinguer la compression par abcès de la pachyméningite. Dans l'incertitude la laminectomie exploratrice, suivie d'application de greffes osseuses, semble justifiée à M. Leriche. On pourra

ainsi sauver certains malades. C'est ce que prouve aussi M. Delbet. Sur les trois laminectomies qu'il a faites pour paraplégie pottique, deux n'ont rien donné, mais dans le troisième cas, bien qu'on ait trouvé une pachyméningite, le malade a complètement guéri.

M. Delbet montre la difficulté d'établir l'origine anatomique de la paraplégie par l'étude des signes cliniques.

Dans les formes graves et paraissant incurables (contractures en flexion), il vaut mieux intervenir.

Si la paraplégie est due à la compression par un abcès, elle guérit très vite par l'évacuation de l'abcès, mais si l'abcès se reproduit, la paraplégie réapparaît. Le pronostic éloigné reste donc médiocre.

Dans son travail, Calvé reprenant la théorie de la constance de la compression médullaire par un abcès intra-rachidien, déclare que si le traitement orthopédique n'a pas guéri la paraplégie, le traitement chirurgical doit intervenir : la laminectomie décompressive est illogique, inefficace et dangereuse.

La costo-transversectomie de Ménard, en permettant l'évacuation de l'abcès, amenait la guérison, mais le drainage installé entraînait l'infection secondaire du foyer et des fistules intarissables. En modifiant la technique de Ménard et en faisant après évacuation de l'abcès latéro-vertébral une fermeture primitive, Massart et Ducroquet ont eu un beau succès. Mais cette technique suppose la présence d'un abcès latéro-vertébral et sa large communication avec l'abcès intra-rachidien, ce qui n'est pas toujours le cas.

Calvé pratique, selon une technique personnelle, l'évacuation de l'abcès intra-rachidien par ponction au trocart à travers le trou de conjugaison.

Il a traité ainsi 27 malades : 7 n'avaient pas de mal de Pott (sarcome vertébral, tumeur de la moelle, kyste hydatique, etc.), 20 étaient bien des pottiques, 7 malades étaient dans un état extrêmement grave et sont éliminés de la statistique, 2 n'ont pu être suivis. Restent 11 cas favorables qui ont été suivis. Ils ont fourni 7 guérisons et 4 échecs.

La dynamique lombo-sacrée. (Marcel Galland et Hermann Las Casas. *Journ. de radiol. et d'élect.*, oct. 1929, t. XIII, n° 10, pp. 529-547, 19 fig.).

Le mal de Pott lombo-sacré. Son premier signe clinique chez l'adulte. (Marcel Galland. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 8 nov., n° 15, pp. 355-358.)

Dans ces publications, les auteurs étudient la manière d'obtenir de bonnes épreuves radiographiques de la région lombo-sacrée.

Etudiant ensuite la dynamique lombo-sacrée, ils montrent qu'en raison de l'orientation inverse des courbures, la disparition du disque intervétébral élastique (nucleus pulposus) dans le mal de Pott n'aura pas les mêmes conséquences à la région dorsale et à la région sacro-lombaire. A la région dorsale, il y a pincement du disque en avant avec bascule du corps vertébral. A la région lombo-sacrée, au début le disque se pince.

Au début, à sa partie postérieure du moins chez l'adulte et dans sa totalité chez l'enfant.

La conservation du disque, à sa partie antérieure, ne suffit donc pas à faire éliminer le diagnostic de mal de Pott au début.

Arthrodèse extra-articulaire de l'articulation sacro-iliaque. (Winthrop M. Phelps et Merrill K. Lindsong, *Surgery gyn. and obstetrics*, oct. 1929, vol. XLIX, n° 4, p. 555.) — Les auteurs, après avoir rappelé les travaux antérieurs sur ce sujet, décrivent une méthode personnelle qui, avec un seul greffon tibial passé à travers les deux épines iliaques postérieures et supérieures et l'arc postérieur de la Ire sacrée, permet la fixation des sacro-iliaques dans les cas d'arthrites (3 observations).

L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.

Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour tuberculose. (Fred H. Albee. *Ann. of surg.*, mars 1929, n° 3, vol. LXXXIX, 16 fig., p. 404-426.)

L'arthrodèse de la hanche. (R. Massart. *Paris chir.*, juin 1929, 11 fig.)

Arthrodèse intra-articulaire de la hanche dans la coxalgie. Résultats éloignés. (Nové-Josserand, Tavernier et F. Bérard. *Soc. chir. de Lyon*, 27 juin 1929.)

Enchevillement osseux transarticulaire dans la coxalgie. Résultat éloigné. (Santy et Félix Bérard. *Soc. de chir. de Lyon*, 27 juin 1929.)

Chirurgie réparatrice de la hanche. (*VIIIe Congrès de la Soc. internat. de chir.*, Varsovie, juillet 1929. Voir Résumé des rapports et discussion, *Gaz. des hôpit.*, 21 août 1929, n° 67, p. 1203.)

L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie. (Félix Bérard. *Th. de Lyon*, 1929, 276 p., 23 fig. ou pl. Travail du service du professeur Nové-Josserand.)

L'arthrodèse extra-articulaire de la hanche dans la coxalgie. (R. Ch. Chaperon. *Th. de Paris*, 1930, 82 p., 84 fig. ou pl. Travail du service de M. Paul Mathieu.)

Arthrodèse extra-articulaire pour coxalgie en évolution chez un adulte. (E. Sorrel. *Soc. de chir.*, 22 janv. 1930. *Bull.*, n° 3, p. 101, 102.)

1° Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour coxalgie en évolution : M. Wilmoth; — **2° Coxalgie arthrodèse extra-articulaire** : M. d'Allaines; — **3° Présentation de pièces anatomiques d'arthrodèse de la hanche pour coxalgie ancienne** : M. Delahaye. — (Rapport : M. E. Sorrel. Discussion : MM. Ombrédanne, Lenormant. *Soc. de chir.* 5 fév. 1930. *Bull.*, n° 5, 10 fig., p. 153-174.)

Coxalgie ancienne en mauvaise position et non ankylosée. Ostéotomie et arthrodèse dans la même opération. (P. Moulonguet. Rapport : M. P. Mathieu. — *idem*, p. 174-176.)

Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour coxalgie grave en évolution chez un adulte. (H. Truchaud et J. Audureau. Rapport : M. Lance; — *idem*, 3 fig., p. 176-182.)

A propos du traitement des coxalgies en évolution. (M. Leriche; — *idem*. Séance du 26 fév. 1930.)

Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles est en train de subir des modifications très importantes du fait de l'application des méthodes opératoires ankylosantes. On trouvera un exposé très complet de l'état de la question dans les travaux cités ci-dessus surtout les deux importantes thèses indiquées.

L'arthrodèse de la hanche peut être pratiquée de trois manières : 1° intra-articulaire par avivement et affrontement des surfaces articulaires; 2° extra-articulaire par la constitution d'un pont osseux entre l'aile iliaque et le grand trochanter soit par un volet iliaque rabattu sur la section du trochanter qui est réimplanté ensuite; 3° par simple avivement iliaque et glissement du trochanter sectionné seul ou avec une portion de diaphyse humérale de manière à assurer le contact des deux os (verrouillage). Ces opérations ne sont pas applicables chez l'enfant avant l'âge de douze ou treize ans.

Le choix du procédé est réglé selon les conditions anatomiques, le pont osseux ayant besoin d'être d'autant plus court que les destructions du col et de la tête fémorale ont été étendues, et le trochanter plus rapproché de l'aile iliaque.

L'arthrodèse a principalement été appliquée dans les séquelles de la coxalgie guérie pour remédier à l'insuffisance du processus ankylosant cause de troubles multiples : attitude vicieuse progressive en adduction-flexion, rotation externe, crises douloureuses, instabilité dans l'appui.

Les diverses variétés d'arthrodèse sont applicables à ces cas, selon l'étendue des destructions. Parfois une ostéotomie


ERANOL
IODE COLLOÏDAL LIBRE
EN SUSPENSION AQUEUSE
LYMPHATISME
TUBERCULOSES
EMPHYSÈME
HYPERTENSION
RHUMATISMES
MYCOSES
Enfants : III à V gouttes pro die par année
Adultes : XI à C gouttes pro die en deux fois
ABORATOIRE DE L'ERANOL, 45, RUE DE L'ECHIQUIER, PARIS

de correction peut être indispensable à assurer le redressement du membre.

Mais l'arthrodèse n'a pas été employée seulement après guérison complète du foyer pour remédier à une insuffisance d'ankylose. Elle a été souvent mise à profit pour remédier à l'insuffisance de guérison du foyer tuberculeux et mettre fin à l'évolution de coxalgies traînantes ou de coxalgies à rechutes.

Dans ces cas on est tenté de pratiquer l'ouverture du foyer, son extirpation, et par avivement des surfaces de rechercher l'ankylose. Cette arthrodèse intra-articulaire peut conduire à une ankylose osseuse, la pièce de Delahaye le prouve — mais elle est infidèle — aussi on a cherché à la perfectionner par enchevillement des surfaces avivées par un greffon péronier ou une vis. L'enchevillement par greffon ne donne des ankyloses solides que très tardivement et les déviations ont eu le temps de se reproduire. La vis donne une soudure bien plus rapide, on peut aussi associer à l'avivement des surfaces articulaires, l'abaissement d'un volet iliaque, au-dessous du trochanter détaché : arthrodèse mixte. Enfin négligeant toute intervention directe sur le foyer, l'arthrodèse juxta-articulaire seule, par création d'une immobilation absolue de l'articulation suffit à amener la guérison de ces coxalgies anciennes, mal éteintes.

Mais ce n'est pas tout le problème. Les méthodes d'ankylose de la hanche sont-elles applicables au début et à la période d'état de la coxalgie? Peuvent-elles enrayer la marche des lésions? Ces interventions ont été déjà tentées. Bérard dans sa thèse en réunit 30 observations, Sorrel en cite 15 observations personnelles, nous en avons rapporté la belle observation de MM. Fruchaud et Audureau. Dans ces cas on a employé des techniques très variées; alors que certains comme Farell, Leriche, Kappis, cherchaient à effectuer l'évidement des lésions, puis l'affrontement des surfaces avivées, et leur ankylose avec ou sans greffons. Les autres, évitant au contraire autant que possible d'aborder le foyer recherchent simplement par voie juxta ou para-articulaire à créer une ankylose osseuse espérant ainsi provoquer la guérison plus rapide du foyer.

Les résultats obtenus sont encore trop récents, les observations pas assez nombreuses pour se faire une opinion ferme. Mais on peut dire cependant que ce que l'on a obtenu offre de grandes espérances surtout si l'on considère comme l'a fait remarquer Lenormant le pronostic sévère de la coxalgie de l'adulte en milieu hospitalier, et le résultat fonctionnel médiocre de la résection à laquelle beaucoup de ces malades sont conduits par le traitement orthopédique.

Six observations d'enchevillement du genou pour tumeur blanche chez l'adulte. (LANCE. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 mai 1929, t. LV, n° 15, p. 626-636, 6 fig.).

Essai sur l'enchevillement articulaire dans les ostéo-arthrites. (TUFFIER. *Presse méd.*, 31 juil. 1929, n° 61, p. 989-990, 8 fig.).

L'arthrodèse par enchevillement dans la tumeur blanche du genou chez l'adulte. (LANCE. *Gaz. des hôp.*, 27 nov. 1929, n° 45, p. 1707-1710.)

De ces observations, il ressort que dans les tumeurs blanches du genou de l'adulte anciennes, traînantes ou à répétitions douloureuses du fait de l'insuffisance de l'ankylose, l'enchevillement procurera à peu de frais, sans augmenter le raccourcissement une ankylose osseuse solide.

Dans les tumeurs blanches, encore en évolution, l'action ankylosante de l'enchevillement est aléatoire. Mais l'intervention amène une sédation de la douleur, du gonflement articulaire, et la récalcification des extrémités osseuses. Dans les cas qui évoluent vers l'ankylose fibreuse, elle ne peut que hâter la guérison et la reprise de la marche.

Arthrodèse extra-articulaire de l'épaule pour arthrite tuberculeuse (DÉGA; rapport de NOVÉ-JOSSERAND. *Soc. de chir. de Lyon*, 16 mai 1929.)

Arthrodèse extra-articulaire de l'épaule pour tumeur blanche. (LANCE. *Soc. de chir.*, 27 nov. 1929; *Bull. et mém.*, n° 32, p. 1302-1304, 2 fig. Discussion : SORREL. *Ibid.*, 4 déc. 1929, n° 33, p. 1308; — LANCE, *Ibid.*, 11 déc. 1929, n° 34, p. 1362.)

Un cas d'arthrodèse scapulo-humérale supra-articulaire par greffon ostéo-périostique. (R. MASSARD. Rapporteur : SAUVÉ. *Soc. de chir.*, 29 janv. 1930; discussion : SORREL, MATHIEU, *Bull. et mém.*, n° 4, p. 118-121.)

Ces trois observations montrent que chez l'adulte, dans les cas de tumeur blanche grave de l'épaule, on peut obtenir par des techniques variées mais simples la guérison rapide et durable par une ankylose osseuse obtenue par l'implantation de greffes osseuses à la fois dans l'humérus et le scapulum.

Que cette ankylose soit un résultat inférieur à celui que l'on peut obtenir par une bonne résection de l'épaule, faite correctement et en temps utile, comme l'ont fait remarquer MM. Nové-Josserand, Sorrel, Mathieu — nul n'y contredira — car on obtiendra alors la conservation des mouvements. Mais les conditions nécessaires pour que la résection donne un bon résultat (lésions pas trop étendues, conservation de la musculature, absence de fistulisation) n'existent plus parfois quand le malade parvient au chirurgien. C'est dans ces cas que l'arthrodèse extra-articulaire pourra rendre des services.

AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES

L'action des rayons de Rœntgen sur le développement du cerveau, d'après les expériences sur l'animal. (R. DEMEL. *Zeit. für chir.*, 11 mai 1929, t. LVI, n° 19, p. 1176-1178, 1 fig.).

Troubles de croissance produits par les rayons de Rœntgen. (K. FÖRSTERLING. *Idem.*, p. 1178-1179, 1 fig.)

Sur les troubles de croissance consécutifs à la radiothérapie des tuberculoses osseuses et articulaires chez les jeunes sujets. (ANSCHÜTZ et BECK. *Idem.*, p. 1180-1181.)

Le radium peut-il ralentir ou diminuer l'activité du cartilage de conjugaison? (L. OMBRÉDANNE et Mlle M. I. COMBY. *Archiv. de méd. des enfants*, sept. 1929, an. XXXII, n° 9.)

Les deux premiers travaux sont des recherches purement expérimentales, qui tendent à prouver que l'irradiation aux rayons de tous les tissus en voie de développement (cerveau, cervelet, œil, testicule, rate, muscle, os, etc.) par les rayons Rœntgen, amène un arrêt de développement de ces tissus avec une seule application et des doses inférieures à celles qui sont employées couramment en radiothérapie. Forsterling conclut que chez les jeunes enfants la radiothérapie doit être réservée au traitement des cas très graves (leucémie, tumeurs malignes).

Auschütz et Beck rapportent 6 observations d'ostéo-arthrites tuberculeuses du membre inférieur (3 genoux, 3 cous-de-pied), ayant été traitées dans la petite enfance (trois à neuf ans) par des irradiations de rayons X, et qui présentaient :

Pour les genoux, des raccourcissements marqués du membre inférieur (16 centimètres à vingt ans, 6 centimètres à douze ans, huit centimères à onze ans).

Et, pour les cous-de-pied, un raccourcissement du membre 3cm5 à seize ans) ou un pied plus petit que le pied sain.

Mais ces faits ne peuvent entraîner la conviction que l'arrêt d'accroissement du membre est dû à l'action de la radiothérapie seule.

M. Ménard a longuement décrit les troubles de croissance observés au cours des ostéo-arthrites des membres par perturbation du fonctionnement de l'ossification des régions bulbaires : au début, l'allongement trophique, plus tard l'arrêt de croissance progressif

Ceci est surtout net sur les tumeurs blanches du genou, les deux cartilages de conjugaison les plus fertiles du membre se trouvant près du genou et M. Ménard a rapporté des arrêts de croissance de 5 à 8 centimètres à douze ou treize ans, de 10 centimètres à vingt ans (voir thèse Rolland, Paris, 1904-1905).

Dans presque toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre inférieur, le pied est plus petit, ceci est constant dans la coxalgie (Ménard). Aussi, comme le fait remarquer M. Ombrédanne et Mlle Comby, on ne peut dans le cas de tuberculose discriminer ce qui revient au traitement et ce qui revient à la tuberculose. Beaucoup plus net est le cas rapporté par les auteurs : un enfant de huit ans atteint de lymphangiome du tiers inférieur de la cuisse a été traité par le radium avec succès, mais il en est résulté un raccourcissement acquis et progressif du membre. Ici, l'arrêt de développement semble nettement en rapport avec l'action du radium.

Traitement des retards de consolidation des fractures (ARNAUD et CIANDO. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1929, t. C, p. 889.)

Un nouveau traitement des retards de consolidation de fracture. (P. MOULONGUET et P. DELINOTTE. *Gaz. méd. de Paris*, 15 déc. 1929, n° 72.)

Arnaud et Ciando ont proposé de traiter le retard de consolidation des fractures par les injections intrafocales de chaux et silice en suspension colloïdale.

P. Moulonguet et Delinotte ont utilisé ce principe en injectant successivement des ampoules contenant : 66 milligrammes de chlorure de calcium officinal pour 1 centimètre cube; 0cmc02 de la solution du codex de silicate de potassium par centimètre cube.

Il s'agissait d'une fracture oblique de jambe non consolidée au bout de trois mois. Ils pratiquent dix injections dans le foyer en seize jours, pas d'appareillage. Réaction assez marquée et douloureuse. Au bout de ce temps appareil de marche enlevé, au bout de quinze jours consolidation absolue, avec un cal assez volumineux.

L'abcès ossifluent hydatique d'origine vertébrale. Le mal de Pott hydatique. (P. GRISEL et F. DÉVÉ. *Revue de chir.*, 1929, 7 fig., n° 6, p. 375-453.)

L'échinococcose intrarachidienne. (Ed. BENHAMON et F. GOINARD. *Revue de neurol.*, déc. 1929, 1 pl., n° 6, p. 657-697.)

Ces deux travaux sont trop importants pour pouvoir être analysés en détail.

De leur lecture on doit retenir quelques points.

Ces kystes sont rares, mais moins rares qu'on ne pourrait croire puisque Benhamon et Goinard en relèvent 177 cas, et Grisel et Dévé, 190, dont 8 inédits.

Le point le plus discuté de leur histoire est celui-ci : L'ecchinococcose vertébrale est-elle primitivement osseuse, où est-elle secondaire à l'envahissement de kystes des parties molles voisines?

L'opinion classique est que dans la règle le kyste débute dans le voisinage de la colonne et n'envahit celle-ci que secondairement, pénétrant dans la cavité médullaire par les trous de conjugaisons élargis.

Dévé s'est efforcé de démontrer que, loin d'être l'exception, l'origine osseuse était la règle. L'envahissement du rachis par un kyste des parties molles semble l'exception et l'expérimentation n'a pu reproduire cette disposition.

Cette question de la localisation primitive du kyste n'a pas qu'un intérêt de curiosité, car c'est elle qui réglera dans l'avenir les progrès possibles de la thérapeutique chirurgicale.

Il est certain que si des études cliniques de la valeur de ces deux travaux, jointes à de bonnes radiographies comme celles du travail de M. Rocher (*Revue d'orthop.*, mars 1929) arriveront à permettre de faire un diagnostic précoce. Si le rachis n'était atteint que secondairement et assez tardivement, l'espoir d'une exérèse totale précoce peut être envisagée. Si au contraire d'emblée la lésion est osseuse, et infiltre largement la colonne avant de s'extérioriser et de se manifester par des signes de compression radiculaire et médullaire, l'intervention ne peut être que palliative.

C'est ce qui rend assez désespérant le beau travail de Grisel et Dévé. Aussi les voit-on faire les plus grandes réserves sur les cas étiquetés « guéris » après intervention quand de nombreux mois ne sont pas écoulés, car les rechutes sont d'une fréquence désespérante, les exérèses restant forcément presque toujours incomplètes.

Cf. — Kyste hydatique du rachis. (H. L. ROCHER. *Revue d'orthop.*, mars 1929, 5 fig., p. 138-155.

Echinococcose vertébrale. (MOURGUE-MOLINES et LAPEYRIE. *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, déc. 1928, in *Presse méd.*, 26 janv. 1929, p. 130.)

Le volumineux encéphale de l'homme, la largeur de sa ceinture pelvienne et les nombreuses anomalies de la hanche qui en résultent : coxa vara, coxa fracta, coxa plana, coxa valga, épiphysiolyse, malum coxæ. (Murk JANSEN [Leyde]. *The J. of bone and joint surg.*, juillet 1929, vol. XI, 62 fig., n° 3, p. 461-531.) — Dans cette volumineuse monographie l'orthopédiste hollandais fait le synthèse de nombreux travaux antérieurs sur la question. Nous ne pouvons ici que donner les grandes lignes de ce travail qui mérite d'être lu.

L'auteur s'efforce de prouver que les déformations de la hanche de l'enfance, de l'adolescence, et même de l'âge adulte ont pour facteur étiologique commun un vice de développement du cotyle.

Ce vice de développement revêt plusieurs variétés : 1° cotyle aplati avec toit fuyant et fond épaissi; 2° cotyle trop large vers le bas par rejettement de l'ischiose en dedans (ischium varum), fond d'épaisseur normal; 3° cotyle élargi par le bas sans ischium varum mais avec fond aminci, l'U radiographique devient un V (cotyle piriforme).

Ces déformations sont congénitales, d'origine fœtale. Pour les expliquer l'auteur adopte la théorie de Le Damany. « Chaque être doit non seulement se conserver, mais encore se reproduire. Un gros cerveau nécessite un large bassin pour laisser passer l'enfant de la génération suivante ». Le développement considérable du cerveau chez l'homme entraîne la largeur du bassin dans l'espèce humaine. « Pour une bonne stabilité sur les membres inférieurs, un bassin large nécessite un fémur long ». Aussi, dans l'utérus maternel, le fœtus humain est-il obligé de se pelotonner à l'extrême. Si, dans l'attitude fœtale il se produit in utero des pressions exagérées sur le genou, le fémur tend à sortir du cotyle et aplatir son plafond (première variété). Si la pression s'exerce sur la région trochantérienne on obtient le cotyle élargi ou piriforme (deuxième et troisième variété).

A l'appui de l'origine congénitale de ces malformations de la hanche observées aux divers âges de la vie, l'auteur donne d'abord des preuves cliniques : fréquence de leur coexistence chez un même sujet, dans une famille, de leur présence dans les ascendants, de leur production fréquente chez les anciens luxés traités, etc... Plusieurs des affirmations émises ici sont d'ailleurs discutables.

Entrant ensuite dans le domaine de la mécanique, l'auteur montre comment les différentes variétés de cotyles malformés peuvent donner naissance par le jeu des forces anormales à des déformations soit en valgus, soit en varus du col fémoral.

Mais l'auteur rencontre une objection sur son chemin. Les déformations qu'il veut rattacher à une cause unique se produisent à des âges différents. La coxa vara s'observe avant

trois ans, la coxa plana entre trois et dix ans, la coxa valga entre sept et treize ans et le malum coxæ après quatorze ans et surtout à l'âge adulte.

Aussi faut-il faire intervenir deux facteurs nouveaux : la croissance avec ses irrégularités, les efforts supportés par l'articulation du fait du travail, etc...

L'auteur a exposé ailleurs (affaiblissement de la croissance et nanisme congénital, 1921), l'affaiblissement que peut subir le pouvoir de croissance du squelette.

A cet affaiblissement du pouvoir de croissance il reconnaît trois degrés différents : l'affaiblissement grave qu'on observe chez les rachitiques, le degré modéré qui se traduit surtout par le genu valgum, enfin le degré léger qui entraîne l'hypercroissance (irritabilité plus grande du processus et rapide fatigabilité).

Lorsque ces états coïncident avec un cotyle malformé, on observe chez le rachitique la coxa vara, chez l'enfant porteur de genuvalgum la coxa plana, chez l'enfant trop grand la coxa valga, et enfin chez le sujet normal on voit apparaître à un âge variable avec l'intensité du travail articulaire le malum coxæ.

L'auteur expose ensuite l'action des forces anormales dans le cotyle malformé sur l'épiphyse fémorale. Il montre comment la coxa vara peut conduire au détachement de l'épiphyse vers le bas (coxa fracta). A son aplatissement (coxa plana), à son glissement en arrière et en bas (épiphysiolyse) par autoversion du col et pression sur le bord postérieur du cotyle, à l'aplatissement et déformations (du morbus coxæ).

Dans le chapitre suivant nous voyons la confirmation de cet exposé théorique par des observations personnelles ou prises dans la littérature médicale.

Enfin l'auteur expose les objections qui lui ont été faites — et les refute — et pour terminer, à son tour il fait la critique des théories émises par les autres auteurs.

Travail considérable sur la question. Beaucoup de points en restent discutables et seront certainement discutés.

Hanche.

Chirurgie réparatrice de la hanche. (*VIIIe Congrès de la Soc. intern. de chir.* [Varsovie]. Rapporteurs : P. MATHIEU [Paris], S. HYBBINETTE [Stockolm], Astley P. C. ROHHURST [Philadelphie], PUTTI [Bologne]; discussion : SORREL et DELAHAYE, ROCHER, MAFFEI, DELITALA, CALVÉ, ZAHRADNICEK, FINIKOFF, WIERZEJIWKI, ROSSI, GRUCA.

Cette importante question aborde les problèmes suivants : traitement des pseudarthroses du col fémoral, stabilisation de la tête fémorale dans les subluxations et luxations congénitales, arthroplasties de la hanche, opérations reconstructives dans les hanches ballantes, arthrodèses de la hanche (voir compte rendu *Gaz. des hôpit.* du 21 août 1929, n° 67, p. 1203).

Opérations ostéoplastiques (butées osseuses dans les subluxations et luxations congénitales de la hanche).

Ostéoplastie cotyloïdienne et ostéotomie sous-trochantérienne. (Edouard PAPIN. *Soc. de méd, et chir. de Bordeaux*, 4 janv. 1929, in *Presse méd.*, 23 fev. 1929, n° 16, p. 258.)

Luxations congénitales de la hanche douloureuses. (L. LAMY. *Presse méd. de la Franche-Comté*, 15 janv. 1929, n° 1, p. 5.)

Réfection par greffe osseuse du toit d'un néocotyle dans un cas de luxation congénitale douloureuse chez un adulte. (JUDET. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 19 avril 1929, in *Presse méd.*, 27 avril 1929, n° 34, p. 562.)

Butée ostéoplastique pour luxation congénitale de la hanche. Résultat éloigné. (A. DELAHAYE [Berck]. Rapporteur : P. MATHIEU. *Soc. chir.*, 8 juin 1929, p. 772; discussion : LANCE. *Soc. chir.*, 19 juin, p. 803.)

Luxation congénitale de la hanche et butée osseuse. Deux observations. (R. MASSART. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 10 juin 1929, in *Gaz. des hôpit.*, 21 août 1929, n° 67, p. 1206.)

Luxation congénitale de la hanche. Une opération pour cotyle défectueux. (R. SOUTTER [Boston]. Rapporteur : R. MASSART. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 21 juin 1929, in *Gaz. des hôp.*, 28 août 1929, n° 69, p. 1236.)

Sur 19 cas de luxations et de subluxations congénitales invétérées de la hanche traitées par la méthode des « butées extra-articulaires ». (H.-L. ROCHER et R. MAILLE [Bordeaux], *Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 11 août 1929, n° 32, p. 497-501.)

Subluxation congénitale de la hanche douloureuse. Réfection du toit. Résultat immédiat. (L. LAMY. *Soc. des chirurgiens de Paris*, 18 oct. 1929, in *Gaz. des hôp.*, 14 déc. 1929, n° 100, p. 1807.)

L'énumération ci-dessus et la discussion du Congrès de Varsovie montrent que la méthode que nous avons exposée il y a déjà cinq ans a fait son chemin.

En rapprochant ces divers travaux de notre expérience personnelle qui porte sur 125 opérations, nous pouvons nous rendre compte de l'état actuel de la question.

Pour la subluxation douloureuse de l'adolescent et de l'adulte, il n'y a pas de discussion. La reconstitution d'un bon appui cotyloïdien à la tête fémorale par un volet iliaque et des greffons, ou un volet iliaque seul comme le veulent quelques-uns, constitue le traitement de choix. Pour les cas très déformés avec modification de l'axe du col, une ostéotomie complémentaire peut être indispensable, et être pratiquée dans la même intervention comme l'a fait Papin.

Pour la luxation congénitale deux cas très différents peuvent se présenter; ou l'on peut réduire dans le cotyle, mais cela ne tient pas ou tient mal, ou l'on ne peut pas réduire.

Dans le premier cas, la reconstitution d'un appui cotyloïdien, le fémur étant maintenu en position de réduction, le résultat peut être excellent chez les adolescents et chez les adultes. C'est ce que prouvent les deux opérées de Massart qui marchent sans boiterie, sans fatigue, sans douleur dix mois après leur opération. Chez les enfants jeunes (quatre à six ans) les résultats sont moins bons. En raison de la présence d'un épais bourrelet fibro-cartilagineux, on a tendance à faire l'appui trop haut si on ne suit pas la technique indiquée par M. Nové-Josserand à la Société de chirurgie de Lyon, séance du 26 janvier 1928 (abaissement préalable du bourrelet). De plus, les petits ont de la tendance à faire de la contracture en flexion et il est indispensable de maintenir l'appareillage plus longtemps que chez l'adulte.

Si la luxation ne peut être réduite dans le cotyle, faut-il la stabiliser dans la fosse iliaque par la constitution d'un appui osseux? Dans les formes antérieures, dans les formes intermédiaires qui par hyperextension peuvent être amenées en avant, cette fixation donne de bons résultats. On n'est autorisé à faire cet appui que lorsque la tête fémorale a pu être amenée au-dessus du cotyle de manière à conserver les axes de sustentation du corps, sans quoi la bascule du bassin est inévitable. C'est dans ces conditions que Judet, Delahaye ont obtenu de très bons résultats. C'est l'opinion que nous avons toujours défendue ainsi que la majorité des chirurgiens, réservant l'ostéotomie sous-trochantérienne aux formes postérieures non transposables.

Putti (de Bologne) seul étend l'ostéotomie en γ de Lorenz à toutes les luxations congénitales irréductibles, les antérieures comme les postérieures.

Hanche douloureuse avec os acétabulum supérieur. (MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, 5 déc. 1928, *Bull. et mém.*, 15 déc. 1928, t. LIV, n° 33, p. 1394-1396, 2 fig.)

L'os supra-cotyloïdien. (Albert MOUCHET et Carle ROEDERER. *Id.*, 12 déc., *Bull. et mém.*, 22 déc., p. 1403-1406.)

Deux cas d'os cotyloïdien. (A. DELAHAYE [Berck].) Os

cotyloïdien et os supra-cotyloïdien. (Raphaël MASSART.) Os cotyloïdien. ARRIVAT [Béziers]. Rapporteur : M. Albert MOUCHET. *Soc. clin.*, 6 mars 1929, *Bull. et mém.*, 16 mars 1929, p. 405-410.)

Il s'agit dans ces observations de deux choses différentes au point de vue anatomique. Dans certaines (une de Mauclaire, 2 de Delahaye, celle de Massart et d'Arrivat) il s'agit d'un point d'ossification normal du cotyle. La cavité cotyloïde présente trois points osseux complémentaires au niveau du cartilage en γ. Celui dont il s'agit ici, l'os acétabuli des anatomistes, se développe vers douze ou treize ans dans l'extrémité antérieure du rayon ilio-pubien. Il se présente sous la forme d'une ombre allongée qui suit le tracé du rebord cotyloïdien sur le quart supérieur de son trajet.

Dans les autres cas (1 de Mauclaire, 4 de Mouchet-Roederer, 1 de Massart), il s'agit d'un os surnuméraire, l'os supracotyloïdien siégeant juste au-dessus de l'extrémité du bord supérieur du sourcil sous forme d'une tache isolée de ce bord par une ligne claire. Il se développe à l'adolescence.

Ces formations peuvent parfois au moment de leur développement anormal et parfois retardé donner lieu à des phénomènes douloureux des contractures, simulant une arthrite, une ostéochondrite, une coxalgie au début. Dans ces cas ils peuvent présenter l'aspect flou, irrégulier des points complémentaires atteints d'épiphysite.

Enfin ils peuvent être pris (Arrivat) pour des fractures parcellaire du sourcil cotyloïdien.

Les fractures de la diaphyse du fémur chez l'enfant. (H. Earle CONWEL *The of bone and Joint Surgery*, juil. 1929, vol. XI, n° 3, p. 593-657.)

Les fractures du fémur sont extrêmement fréquentes chez l'enfant et leur nombre semble avoir été augmenté par les accidents d'automobile.

L'auteur base son étude sur 86 fractures. 24 ont été traitées par l'appareil plâtré, 20 par le plâtre et l'extension continue, 42 par la sustension et traction verticale.

Dans le premier groupe, on a eu de mauvaises réductions dans 6 cas (25 p. 100), dans le deuxième 2 fois (8,33 p. 100), et dans le troisième dans aucun cas.

Cette statistique est donc tout à fait en faveur de la traction verticale.

Celle-ci offre en outre de grands avantages pour la propreté de l'enfant, la facilité de la surveillance du foyer, du pansement des plaies, etc. La convalescence est plus courte et les résultats fonctionnels meilleurs.

L'auteur donne ensuite un résumé des résultats obtenus par les différents auteurs, par les travaux publiés dans les dernières années. Ces résultats sont favorables, et l'auteur conclut que le traitement sanglant n'est pas ordinairement indiqué chez les enfants. Il ne serait de mise que dans les cas où un déplacement important n'aurait pu être réduit (interposition musculaire). Même si une correction parfaite n'a pu être obtenue chez l'enfant jusqu'à huit ans, il se produit une correction spontanée par la croissance : redressement de la déviation, allongement compensateur du raccourcissement.

L'extirpation du péroné chez les amputés. (HENDRIX. [Bruxelles]. *Arch. franco-belges de chir.*, XXXIe année, n° 8, p. 660-665, 11 fig.) — Dans l'amputation haute de jambe, l'appareillage est souvent difficile.

D'abord l'emboitement est douloureux par appui sur la tête du péroné, parfois sur l'extrémité de la section du péroné.

De plus, le bout de péroné n'est pas dans l'axe du membre, il est en déviation et dirigé en bas et en dehors. L'ensemble du moignon donne un emboîtement désaxé, oblique.

Il en est tout autrement si, dans le moignon, on a enlevé systématiquement tout le péroné. Ainsi que le montrent les reproductions de 5 cas, on a un moignon conique bien axé, à pressions indolores, bien plus facile à appareiller.

Luxation du semi-lunaire en avant et du scaphoïde en arrière. Réduction sanglante par voie postérieure. (F. CADENAT. *Soc. de chir.*, 26 juin 1929, *Bull.*, n° 23, p. 987.)

La réduction sanglante des luxations du semi-lunaire. (A. LAPOINTE. *Soc. de chirur.*, 10 juillet 1929, *Bull.*, n° 25, p. 1034.)

Sur le traitement de la luxation subtotale du carpe rétro-lunaire. (R. BUREAU. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 30 nov. 1929, n° 96, p. 1729.).

Luxation du semi-lunaire réduit de façon non sanglante. (G. AIGROT. *Soc. de chir. de Lyon*, 14 nov. 1929, in *Lyon chir.*, nov.-déc. 1929, n° 6, p. 874.)

Jusqu'à ces dernières années, sous l'influence des travaux du professeur Delbet, le traitement habituel des luxations rétro-lunaires du carpe consistait dans l'exérèse du semi-lunaire énuclé. La réduction était considérée comme devant échouer le plus souvent.

Déjà MM. Jeanne et Mouchet avaient soutenu que dans le cours du premier mois la réduction par manœuvres externes est presque toujours possible.

Bœhler vient de montrer qu'il a toujours pu réduire par manœuvres externes sous anesthésie locale.

Il en est de même pour Aigrot (de Lyon) qui en suivant la technique indiquée par son maître Destot a réussi dans 4 cas.

Dans les cas anciens la reposition sanglante serait aussi possible. M. Lapointe, depuis 1920, n'a plus enlevé un semi-lunaire. Quand il ne réussit pas la reposition par manœuvres externes, il pratique la reposition sanglante qu'il a effectuée dans 7 cas.

Pour M. Lapointe, comme pour MM. Delbet, Mouchet, la voie palmaire serait la seule voie d'abord, soit pour enlever soit pour réduire le semi-lunaire.

Depuis 1926, Cadenat, Gernez, en France ; Bœhler, Beck, à l'étranger, ont défendu pour la reposition du semi-lunaire, la voie dorsale qui jointe à une hyperextension forcée du poignet permet une réduction facile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1930)

Nouvelles recherches sur l'étiologie du trachome. Etude d'un germe, rencontré en Tunisie, dans ses rapports avec le Bacterium granulosum de Noguchi. — M. Ugo LUMBROSO a trouvé, chez des trachomateux tunisiens, un microbe identique à celui isolé par Noguchi au Nouveau-Mexique, ou tout au moins très voisin.

Les cultures de ce microbe, inoculées à un magot reconnu auparavant indemne de toute granulation naturelle, ont donné lieu, chez lui, à la production d'une éruption granuleuse généralisée. Etant donnée la sensibilité spéciale de cet animal au trachome, prouvée par Ch. Nicolle et Cuénod, ce résultat est favorable au rôle attribué par Noguchi au *B. granulosum* dans l'étiologie du trachome. Il paraît cependant prudent d'attendre la suite de l'observation du magot et de plus nombreuses expériences sur la même espèce avant de conclure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 MAI 1930)

Une méthode de mise en état de résistance de l'organisme. Base de la thérapeutique antituberculeuse. — M. BARBARY communique à l'Académie les résultats qu'il a obtenus par une méthode de mise en état de résistance de l'organisme tuber-

culeux. Parmi les observations de malades suivis longuement, ayant des formes pulmonaires, osseuses, cutanées ou ganglionnaires, M. Barbary cite, en particulier, les heureux résultats obtenus chez des femmes bacillaires en état de grossesse.

L'auteur a associé les propriétés antihémolytiques, antitoxiques de la cholestérine, étudiées par lui depuis longtemps, aux propriétés du cinnamate de benzyle qu'il a introduit dans la thérapeutique et à celle du camphre (solution huileuse) pour obtenir par étapes une réaction de défense par la mise en action de diastases cellulaires et, en particulier, des coagulines et des lysines.

La méthode est simple, Elle peut marcher de pair, le cas échéant, avec la collapsothérapie, les sels d'or, l'antigénothérapie (cures intercalées à rôles qui se complètent). Elle offre le grand avantage d'être d'une innocuité absolue même chez les enfants.

Le surmenage. Causes et remèdes. — M. Bertier prend comme exemple de son exposé l'Ecole des Roches où le surmenage est presque inconnu.

On accuse généralement les programmes de produire le surmenage; la question est beaucoup plus large. Les programmes sont trop vastes. Ils sont surtout trop dispersés. Il n'y a pas d'harmonie dans les disciplines, pas de cohésion, on se dispute l'esprit de l'enfant au lieu de se concerter pour l'orner.

Ce qui manque, en somme, c'est l'unité de direction. Les professeurs, trop nombreux, travaillent, si on peut dire, en tirailleurs.

M. Bertier voit le remède dans l'initiation des enfants aux meilleurs méthodes de travail. « Apprendre à apprendre » est bien le résumé de l'éducation intellectuelle.

En résumé, s'en tenir à l'horaire logique : les classes le matin; l'après-midi consacrée à l'éducation physique, aux travaux pratiques ou manuels. Il est nécessaire de rétablir la notion et le fait de l'autorité, il faut notamment favoriser le scoutisme « chevalerie nouvelle » qui trempe l'âme en même temps que le corps.

Les états de précarence. — MM. Mouriquand, Rollet et Mme Chaix montrent l'utilité pour le clinicien de diagnostiquer précocement l'apparition des troubles nutritifs. Ils rappellent les manifestations de la précarence C qui sont celles des états préscorbutiques. Ils montrent que l'avitaminose A se manifeste essentiellement tant au point de vue clinique qu'expérimental par des troubles de croissance et par des troubles oculaires : xérophtalmie. Ce signe est pathognomonique pour la plupart des auteurs qui distinguent le trouble conjonctival (xérosis) du trouble cornéen (capital); la keratomalacie.

« Il importe donc dit M. Mouriquand de considérer désormais l'œil comme un miroir fidèle du trouble dystrophique général, relevant de l'avitaminose A non encore cliniquement installée.

C'est à son niveau que le microscope oculaire permettra de saisir « l'aube » de la dystrophie. Ce diagnostic de précarence permettra une thérapeutique « préventive » extrêmement précoce, qui écartera avec une quasi certitude les dangers parfois graves de la carence manifestée. »

Mort prématurée du cobaye inoculé avec des produits tuberculeux. — MM. Brindeau, Pierre Cartier et Pougin montrent que, dans certains cas, la mort prématurée du cobaye, inoculé avec des tissus ou des humeurs provenant de tuberculeux, est due à la septicémie aiguë du cobaye décrite par André Jousset.

Le sang du cœur de ces animaux contient, en effet, du bacille tuberculeux, qu'il est facile de mettre en évidence à l'examen direct. L'inoculation de ce sang produit une tuberculose généralisée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1930)

Sur la dispersion des bacilles paratuberculeux de la fléole inoculés au cobaye par la voie trachéale. — MM. Boquet, L. Nègre et J. Valtis concluent de leurs expériences sur l'infection par la voie trachéale que la dispersion des bacilles de la fléole dans l'organisme du cobaye ne diffère pas sensiblement de la dispersion initiale des bacilles tuberculeux virulents. Mais alors que les bacilles acido-résistants saprophites se déposent dans les ganglions régionaux et, éventuellement, dans les organes éloignés comme des particules inertes, les bacilles virulents, au contraire, prolifèrent activement dans tous les points où ils se fixent et y créent des lésions perméables d'où ils ne cessent d'essaimer. Sauf en ce qui concerne la vitesse de leur destruction ou de leur élimination, la dispersion des bacilles de la fléole ne peut donc être comparée qu'à la dispersion des bacilles tuberculeux morts.

Sur la dispersion des bacilles tuberculeux inoculés au cobaye par la voie trachéale. — Il résulte des expériences de MM. A. Boquet, L. Nègre et J. Valtis que chez le cobaye infecté à dose massive par inoculation intra-trachéale, les bacilles tuberculeux se divisent à bref délai en trois fractions d'inégale importance : les uns se fixent sur place où ils provoquent la formation de lésions qui prédominent sous la plèvre; d'autres, entraînés par la lymphe pulmonaire, sont retenus par les ganglions trachéo-bronchiques, qui se tuberculisent à leur tour; d'autres enfin pénètrent directement dans la circulation sanguine et se répandent dans les organes éloignés.

Lorsque les doses inoculées ne dépassent pas 0mm0001, la dispersion initiale des bacilles paraît s'effectuer uniquement par les voies lymphatiques, et l'infection des ganglions trachéo-bronchiques se manifeste vingt-quatre heures après l'infection pulmonaire. La virulence de la rate, dès la vingt-quatrième heure, atteste cependant qu'un petit nombre de germes gagnent en même temps la grande circulation.

Sur la dispersion des bacilles tuberculeux inoculés au lapin et au cobaye par la voie sous-cutanée. — MM. A. Boquet, L. Nègre et J. Valtis démontrent que la tuberculose du cobaye et du lapin procède à la fois du développement des lésions viscérales primaires, produites par la bacillémie initiale et de la formation incessante de foyers nouveaux, engendrés par des apports bacillaires continus. D'où la coexistence des lésions d'âges différents dans les divers organes ou dans le même organe.

Les surinfections endogènes locales, par la voie lymphatique, ou éloignées, par la voie sanguine, ne cessent d'intervenir et d'aggraver le processus tuberculeux, bien que les animaux soient devenus réfractaires aux surinfections exogènes quelques semaines après l'inoculation.

Action de l'histamine et de l'yohimbine sur la pression rachidienne. — MM. Lœper, A. Lemaire et J. Patel montrent que l'histamine et l'yohimbine provoquent l'une et l'autre une hypotension rachidienne et veineuse simultanée. Ces deux drogues n'ont aucune action sur les artères rétiniennes. D'autre part, l'histamine ne dilate pas les capillaires cérébraux, ainsi qu'il ressort des recherches de F. C. Lee. Les auteurs en concluent que l'effet rachidien de ces deux substances dépend essentiellement de leur action sur les plexus rachidiens et encéphaliques.

Action du nitrite d'amyle sur la pression rachidienne. — MM. Lœper, A. Lemaire et J. Patel prouvent par leurs tracés que le nitrite d'amyle en inhalation et en injection intraveineuse provoque chez le chien une augmentation de la pression rachidienne. Ce phénomène dépend de la dilatation

des vaisseaux encéphaliques. En effet, l'examen du fond d'œil montre une dilatation vasculaire nette, et les tracés une augmentation de la pression veineuse. L'acétylcholine a les mêmes effets. Ces deux drogues ont donc, à ce point de vue, une action identique.

Virus vaccinal et cataphorèse. — M. P. Lépine a cherché à vérifier l'action de la cataphorèse sur le virus vaccinal. Employant le dispositif expérimental d'Olitsky et Long, qui a permis à ces auteurs de déceler le virus vaccinal dans les tissus d'animaux immuns, il a soumis à la cataphorèse des émulsions d'organes de lapins vaccinés et des émulsions virulentes en dilutions étendues. Il n'a pu réussir à mettre en évidence une action nette de la cataphorèse sur le virus vaccinal. Au cours de ces expériences l'épreuve de l'injection intratesticulaire s'est montrée un test plus sensible que l'épreuve de l'inoculation intradermique pour déceler des quantités très faibles de virus.

Sur l'immunisation antitétanique et sur la production de l'antitoxine tétanique. — MM. Ramon et Descombey ont établi, il y a plusieurs années déjà que l'adjonction à l'antigène tétanique (toxine ou anatoxine) d'une substance non spécifique telle que la poudre de tapioca permet d'augmenter considérablement chez le cheval la production de l'antitoxine tétanique. Ils ont en outre montré que deux doses d'antigène, même faibles, injectées à intervalle de temps très long valent mieux que plusieurs doses répétées à intervalles rapprochés.

Ramon et Descombey confirment les données précédentes. Les résultats obtenus mettent en évidence l'intérêt pratique de la méthode dans la production des sérums antidiphtérique et antitétanique.

Transmission du typhus exanthématique expérimental au cobaye par voie cutanée. — M. Harry Plotz. Il est possible de transmettre le typhus exanthématique au cobaye par inoculation intra-cutanée; la maladie est caractérisée dans ce cas par une période d'incubation qui est plus longue — douze jours — que dans le cas d'inoculation intrapéritonéale — sept jours — et qui se rapproche, par conséquent, de celle que l'on observe chez l'homme.

Les arthrites du rhumatisme poly-articulaire spontané de la souris provoqué par le Streptobacillus moniliformis. — MM. C. Levaditi, F. R. Selbie et R. Schoen exposent les résultats concernant la pathogénie et les particularités histologiques des arthrites provoquées chez la souris par le Streptobacillus moniliformis.

Leur fréquence est plus marquée lorsqu'on se sert de cultures de Streptobacillus moniliformis comme matériel d'inoculation, que si l'on s'adresse à du sang, ou à des émulsions d'organes de souris infectées. Les arthrites généralisées surviennent quelle que soit la voie choisie pour l'inoculation du virus, à la condition que cette inoculation ait été suivie d'infection.

Il y a lieu de distinguer deux phases dans l'évolution des arthrites.

Phase aiguë. — La synovie est le siège d'une inflammation intense. Cette synovite aiguë se propage fréquemment aux tissus environnants : gaines tendineuses, petits faisceaux musculaires et même certains nerfs périphériques, dans leur trajet péri-articulaire. L'imprégnation argentique permet de déceler, au milieu des foyers inflammatoires et dans les vaisseaux thrombosés, le Streptobacillus moniliformis.

Phase chronique. — Au delà du treizième-vingtième jour, l'arthrite est devenue chronique et déformante. Le tissu cartilagineux prolifère et il en est de même du périoste.

En résumé, les altérations microscopiques constatées ne diffèrent guère de celles que l'on observe chez l'homme atteint d'arthrites infectieuses aiguës ou chroniques.

Essai de transfert à l'homme des anticorps de l'animal sensibilisé. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Paul Giroud et Mme Andrée Hugo montrent que la méthode de Prausnitz-Küstner, qui révèle les anticorps contenus dans le sérum d'un homme sensibilisé en employant comme réactif le derme humain, ne peut pas mettre en évidence les anticorps circulant dans le sérum d'un animal sensibilisé. Les anticorps des animaux ne peuvent donc être transmis comme les anticorps humains au derme de l'homme.

Mise en évidence des qualités antigéniques d'un extrait par la méthode de Prausnitz-Kustner. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Paul Giroud et Mme Andrée Hugo montrent que la méthode de Prausnitz-Küstner est applicable à la mise en évidence des qualités antigéniques d'un extrait. Lorsqu'on veut savoir si un extrait antigénique est actif, il suffit de l'injecter dans le derme humain à l'endroit même où vingt-quatre heures auparavant on a injecté du sérum d'un sujet dont on connaît indiscutablement la sensibilisation spécifique à cet antigène : la preuve de l'activité de l'extrait est démontrée par une forte réaction locale. Cette épreuve est la meilleure façon de s'assurer qu'un extrait antigénique a les qualités requises pour des recherches expérimentales sur l'anaphylaxie.

Les dosages de polypeptides dans les solutions protidiques à concentrations variables. — MM. Noël Fiessinger et M. Herbain, après avoir montré que les filtrats azotés sont d'autant plus abondants que les solutions protidiques sont plus diluées, concluent que ces constatations renforcent les conclusions qu'ils ont rapportées sur la polypeptidorachie en raison de la faible concentration protidique du liquide céphalo-rachidien. La cause d'erreur joue en sens inverse des faits observés.

Hyperglycémie insulinique immédiate et variations du glycogène. Nature du phénomène. — F. Rathery, R. Kourilsky et Mlle S. Gibert. Le phénomène de l'hyperglycémie insulinique immédiate, est absolument indépendant de la sécrétion d'adrénaline par les surrénales. Il se produit chez les chiens dont on a enlevé les deux surrénales.

La quantité de glycogène du foie peut peut-être influer sur le phénomène, comme le pensent Burger et Kramer, Ionesco, Cosmulesco et Tomesco, mais on ne saurait voir dans une simple glycogénolyse de courte durée comme le veulent ces derniers auteurs, l'explication de l'hyperglycémie immédiate. Celle-ci peut se produire alors qu'il existe un effondrement presque total du glycogène hépatique. Si chez le chien dépancréaté le phénomène est beaucoup plus rare que chez le chien normal, cela ne tient pas à la baisse du glycogène; celle-ci est beaucoup plus intense chez le chien à la fois inanitié et phloriziné et cependant le phénomène de l'hyperglycémie se retrouve chez lui d'une façon presque constante. Il n'y a pas de parallélisme absolu entre le taux du glycogène hépatique et la production de l'hyperglycémie post-insulinique.

Le foie entre très probablement en jeu dans le déterminisme du phénomène mais les variations du glycogène hépatique n'y jouent qu'un rôle accessoire.

Chute du métabolisme basal par action des courants de haute fréquence chez les déséquilibrés endocrino-sympathiques. — MM. E. Joltrain et D. Morat ont observé une action manifeste des courants de haute fréquence sur le métabolisme basal et probablement donc sur les sécrétions des glandes endocrines chez un certain nombre de malades déséquilibrés du système nerveux. Tandis que chez 8 individus normaux le métabolisme basal reste le même après d'Arsonvalisation, chez 35 sujets pathologiques, le métabolisme basal baisse dans de notables proportions. Il s'agit de malades intoxiqués, surmenés, mélancoliques, déprimés, anxieux ou cyclothymiques la plupart, colloïdoclasiques, sympathicotoniques et déséquilibrés endocriniens. Les auteurs concluent

à une sensibilisation particulière de certains sujets à l'action d'un certain nombre d'agents physiques.

Le rapport chlore sodium du sérum sanguin chez les brightiques azotémiques. — MM. M. LAUDAT et A. GRANDSIRE, poursuivant leur étude du rapport chlore-sodium dans le sérum sanguin, examinent sa valeur chez les brightiques lorsque l'azotémie dépasse 1 gramme.

Le rapport est extrêmement variable chez ces malades.

Lorsque les sujets présentent une diminution des protides et une hyperchlorémie en relation avec une rétention aqueuse importante et durable, une azotémie relativement élevée ne paraît pas influencer ce rapport qui reste sensiblement supérieur à la normale. Parfois, cependant, lorsque le syndrome de rétention aqueuse a été moins important et lorsque l'azotémie a pu atteindre un taux considérable, le rapport fléchit et devient normal.

On ne retrouve pas pourtant cette évolution pathologique dans tous les cas et une rétention urique considérable peut exister sans qu'apparaisse une modification du rapport.

Enfin, dans les nombreux cas où le rapport est abaissé, les malades présentent un taux de protides normal ou augmenté, une hypochlorémie souvent très importante et une rétention azotée presque toujours considérable.

Les vomissements, en appauvrissant plus fortement en chlore qu'en sodium l'organisme, peuvent, dans une certaine mesure, expliquer la baisse du rapport chez certains sujets. Dans les autres cas, on ignore le facteur qui la détermine.

Les auteurs concluent que l'élévation de l'urée sanguine ne semble pas intervenir directement sur le rapport et que les variations dépendent de facteurs associés.

Les relations quantitatives réciproques de la sécrétion du suc pancréatique et du débit sanguin. — M. R. GAYET et Mlle GUILLAUMIE ont, au moyen d'un hémorrhéomètre, étudié avec précision ces relations, dans les sécrétions déterminées par excitation directe de la glande, par excitation du vague et par action de la sécrétine, excitant humoral. Le débit sanguin s'élève dans les trois cas. Par rapport à l'augmentation de ce débit, la sécrétion du suc est beaucoup plus abondante dans le troisième cas que dans les autres. Il est permis de penser que, dans ce dernier cas, la vasodilation est provoquée par un processus local, sous l'influence des modifications chimiques inhérentes au travail sécrétoire que la sécrétion provoquerait directement.

L'hyperglycémie des centres encéphaliques influence-t-elle la sécrétion externe du pancréas? — M. R. GAYET et Mlle GUILLAUMIE ont été conduits par leurs expériences à conclure que l'action du sang hyperglycémique sur les centres nerveux supérieurs n'a pas pour effet d'augmenter la sécrétion pancréatique déterminée par une injection continue de son excitant physiologique humoral, la sécrétine.

Le temps de latence des caractères sexuels secondaires chez le chapon traité par le sérum de taureau; persistance du comportement psycho-sexuel après cessation du traitement. — M. H. BUSQUET. Le sérum de taureau doit être administré pendant six mois aux chapons tout jeunes, deux mois aux chapons adultes et une ou deux semaines aux chapons ayant subi la castration subtotale pour que les caractères sexuels secondaires apparaissent sous l'influence des hormones testiculaires contenues dans le sérum.

Si on cesse le traitement sérique chez les chapons masculinisés, la crête s'affaisse rapidement; mais le chant, la combativité et l'ardeur sexuelle persistent très longtemps. Ce résultat diffère de celui qu'on observe chez le coq après la castration qui, non seulement fait atrophier la crête, mais supprime immédiatement le comportement psycho-sexuel. La différence observée dans les deux cas s'explique par le traumatisme opératoire qui existe dans un cas et pas dans l'autre. En effet, si on soumet à une opération simulée les chapons masculinisés, ils perdent immédiatement le chant et l'ardeur sexuelle. Mais en l'absence de traumatisme, ces caractères survivent à la privation d'hormones testiculaires.

M. CHAMPY demande quelle est la dose de sérum nécessaire pour faire réapparaître les caractères sexuels.

M. BUSQUET. 5 à 6 centimètres cubes par jour pendant deux mois environ.

M. CHAMPY. Il ne faut jamais tirer des conclusions de ces expériences sans vérifier par l'autopsie s'il ne reste pas des reliquats glandulaires capables de provoquer, même longtemps après, la réapparition des phénomènes sexuels. Il souligne l'importance de ces nodules résiduels.

Sur un aspect des éléments spécifiques de l'anaphylaxie et de l'immunité. — MM. M. MARTINY et PRETET. Frappés en thérapeutique par l'analogie d'action entre l'hématoéthyroïdine et la thyroïdine diluée émirent l'hypothèse que l'hématoéthyroïdine était une préparation naturelle de thyroïdine dépolymérisée. Ils se demandèrent ensuite si le cheval donneur immum sérum ne réalisait pas une fonction physique identique par dilution *in vivo* de l'antigène, l'antitoxine étant une toxine dépolymérisée fixée sur une globuline.

Après de nombreuses expérimentations ils arrivèrent à réaliser sur les cobayes une sorte d'immunité, une anergie locale par retard d'apparition de l'escarre à la toxine diphtérique. En augmentant le taux de la dilution, ils eurent la surprise de constater une aggravation des phénomènes locaux et généraux, c'est-à-dire une réaction allergique.

Pour Martiny et Pretet, l'anaphylaxie tient à la présence d'un antigène excessivement dilué dans les humeurs, sans véritables anticorps. La méthode de désensibilisation de Besredka agit en abaissant le taux de la dilution. Le caractère allergique des antigènes dilués se retrouve dans les toxines secondaires comme celles du bacille de Koch. A l'opposé de l'anaphylaxie, l'immunité leur apparaît liée à une dilution moins élevée de la toxine et stabilisée sur une globuline par sécrétion secondaire du système réticulo-endothélial. Le seul anticorps existant est l'antitoxine, dérivé de la toxine.

Le bactériophage qui apparaît à la convalescence d'une maladie immunisante achève le vaste cycle physico-chimique comprenant microbe, virus filtrant, toxine, antitoxine, bactériophage.

Ce cycle est brisé dans l'anaphylaxie et fermé dans l'immunité.

Anastomose cholédocho-urétérale. — M. Georges LŒVY rapporte un procédé original de dérivation de la bile hors du tube digestif par une anastomose réalisée aseptiquement entre le cholédoque et l'uretère. La perte de la bile est totale, ainsi que le montrent les recherches négatives de la stercobiline dans les selles. Un chien, sur lequel cette anastomose a été pratiquée, est en parfait état depuis cinquante-huit jours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1930)

Allocution du président. — M. DAMBRIN.

La télécuriethérapie. — M. DUCUING. Après avoir défini la télécuriethérapie, l'auteur cite et explique les principes selon lesquels elle doit être appliquée.

Ces principes sont au nombre de quatre : 1. nécessité d'utiliser 4 grammes de radium; 2. disposition des foyers en diagonale; 3. utilisation de grands champs d'irradiation; 4. nécessité de placer les foyers à 10 centimètres de la peau.

Il envisage ensuite les résultats de la télécuriethérapie sans intérêt spécial en ce qui concerne le traitement des

tumeurs de l'œsophage, de l'estomac, du rectum et du sein; plus intéressant en ce qui concerne les néoplasmes du col utérin.

Dans ce dernier cas, les résultats ne sont pas supérieurs en durée aux autres procédés, mais ils sont meilleurs qualitativement et de toute façon régis par les lois de la radiobiologie et de la radiosensibilité.

Sur la luxation récidivante des ménisques du genou. — M. Dambrin rapporte l'observation d'une jeune malade opérée récemment par lui chez laquelle la lésion du ménisque interne du genou gauche avait été consécutive à une chute de 3 mètres de hauteur. La blessée avait été incapable de se relever, le genou était bloqué en demi-flexion avec impossibilité de l'étendre. A la suite de cet accident, cette jeune fille qui souffrait toujours du genou avait dû garder le lit pendant trois mois. Depuis cette époque la marche était difficile et fréquemment se produisait un nouveau bloquage du genou avec attitude en demi-flexion. C'est dans ces conditions que cette malade s'est présentée à l'hôpital. Le diagnostic s'imposait ici de luxation récidivante du ménisque interne du genou droit. L'arthrotomie a été pratiquée suivant la technique proposée par Mouchet et Tavernier dans leur rapport de 1926 au Congrès de chirurgie, c'est-à-dire à l'aide d'une incision transversale sectionnant la capsule et le ligament latéral interne. Le ménisque présentait une déchirure longitudinale et était relevé dans l'articulation en « anse de seau ». La méniscectomie a été pratiquée, puis la capsule et le ligament latéral interne ont été soigneusement suturés. Le genou enveloppé d'un large pansement stérilisé a été immobilisé pendant dix jours sur une attelle de Boeckel puis la mobilisation a été commencée. Le résultat fonctionnel a été parfait. La guérison a été complète avec une restitution *ad integrum* des mouvements articulaires. A propos de cette observation, M. Dambrin reprend la question des luxations récidivantes des ménisques du genou qu'il avait déjà longuement étudiée en 1907 dans un mémoire de la *Revue de chirurgie*.

Eclatement du cæcum et abcès pyostercoral.— M. Dieulafé rapporte trois cas de surdistension du cæcum par obstacle bas situé. Dans le premier cas, le cæcum libéré s'est violemment rompu dans la plaie opératoire. Le deuxième cas a pu être traité malgré l'extrême amincissement des parois. Dans le troisième cas, chez un vieillard de soixante et onze ans le cæcum surdistendu s'est perforé entraînant la constitution lente d'un volumineux abcès pyostercoral, d'abord toléré puis ayant nécessité l'intervention.

A propos d'un cas de fausse côte cervicale. (*Présentation de radiographie.*) — MM. A. Viela et G. Bernadet.

Décollement épiphysaire compliqué de plaie. Régénération d'un segment osseux réséqué. — M. Miginiac.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies des vésicules séminales (1), par E. Chauvin, professeur de clinique urologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

On ignore généralement en Europe la pathologie des vésicules et souvent le toucher rectal est, en urologie, synonyme de toucher prostatique.

Les Américains considèrent l'urétrite chronique comme presque toujours entretenue par une vésiculite. Les troubles que nous lui attribuons seraient pour la plupart des symptômes de la lésion vésiculaire, et ses complications les plus graves, telles que les arthrites gonococciques, seraient en réalité des complications de la vésiculite qui prend ainsi une importance essentielle, en pathologie uro-génitale,

Des Européens qui ne voient presque jamais de vésiculites et des Américains qui en voient chez presque tous leurs urinaires lesquels sont dans le vrai? Les autres se trompent-ils, ou la vérité n'est-elle pas, une fois de plus dans une juste mesure?

Il a paru utile, à l'auteur en consacrant à ce sujet un travail français, de résumer dans son ensemble la pathologie des vésicules : en plus des infections gonococciques ces organes peuvent présenter des lésions diverses dont l'étude, pour ne pas être classique, n'est cependant pas sans intérêt.

Puisse, cet intéressant ouvrage, rappeler à certains que les vésicules séminales existent, et à tous que le doigt rectal n'a pas terminé son exploration tant qu'il n'a pas été poussé au-dessus de la base prostatique. L. G.

(1) In-8, 216 pages, 42 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Editions médicales N. Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 12 mai. — Jury : MM. Loeper, président; Strohl, Villaret et Aubertin. — M. Guinier. Essai d'histoire thérapeutique du mercure. — M. de Lamer. La syphilis par transfusion sanguine. — M. Lacaille. Valeur de l'ionisation au zinc. — M. Bénech. Etude du traitement des spasmes vasculaires en otologie. — M. Guillemin. Etude de l'opothérapie hépatique. — M. Mathet. Action de l'extrait pancréatique dans le traitement de l'angine de poitrine.

Mardi 13 mai. — Jury : MM. Brindeau, président; Desgrez, Lejars et Quénu. — M. Constandulaki. Rupture et perforation des pyosalpinx en péritoine libre. — M. Hammer. Etude des kystes de l'ovaire. — M. Hammel. Etude physiologique du D. camphre dilfonate. — M. Billaud. Etude des péritonites dans la fièvre typhoïde.

Jury : MM. Bernard, président; Bezançon, Gougerot et Tanon. — M. Tschudnowsky. Complications rénales dans les tuberculoses osseuses. — M. Giroux. Etude de la symphyse pleurale chez l'enfant. — M. Laval. Diagnostic des abcès pulmonaires périscissuraux. — M. Vérin. Etude de la pathologie et de la thérapeutique hypophysaires. — M. Vilensky. Chancre syphilitique de la langue.

Mercredi 14 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Heitz-Boyer et Mathieu. — M. Bassin. Les présentations du front et leur thérapeutique. — M. Michel. La maison maternelle de Saint-Maurice. — M. Philippe. Rupture d'un anévrisme de l'artère iliaque.

Jeudi 15 mai. — Jury : MM. Carnot, président; Ménétrier, Guillain et Olivier. — M. Haidoudoff. Etude du syndrome appendiculaire dans l'amibiase chronique. — M. Cournand. La sclérose en plaques aiguë. — M. Moreau. L'œuvre d'Astruc dans son traité sur les maladies des femmes.

Samedi 17 mai. — Jury : MM. Achard, président; Nobécourt, Chevallier et Gastinel. — M. Colin. Types de traitements antisyphilitiques. — M. Moignon. Evolution de la thérapeutique endocrinienne. — Mme Jesover. Le genou paralytique.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.

D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS

MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :

SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.

GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes



VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Couvelaire, Lemeland, Chirié, Robineau, Donzelot, qui acceptent; Potocki, Vignes, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS POUR LES PRIX A DÉCERNER AUX ÉLÈVES EXTERNES EN MÉDECINE (année 1930) ET LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVE INTERNE EN MÉDECINE VACANTES LE 5 JANVIER 1931. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 25 juin 1930, à 9 h.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le samedi 24 mai jusqu'au vendredi 6 juin 1930 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale.* — Jury : M. Léon Bernard, président; MM. M. Labbé, Guillain, Clerc, Baudoin (de Paris), Savy (de Lyon), Laporte (de Toulouse), Cassaët (de Bordeaux) et Caussade (de Nancy).

Epreuve de titres et travaux. — MM. Sendrail, 20; Abel, Delmas, Drouet, de Grailly, Michon et Sorel, 19; Baumel, Courbin, Doubrow, Janbon et Mathieu, 18; Chardonneau et Leuret, 17.

Sont interdits aux candidats les hôpitaux suivants : Laennec, Lariboisière, La Pitié.

Section de chirurgie. — Jury : M. Hartmann, président; MM. Gosset, Cunéo, Mauclaire (de Paris), Le Fort (de Lille), Frölich (de Nancy), Forgue (de Montpellier), Stolz (de Strasbourg) et Santy (de Lyon).

Epreuve de titres. — MM. Creyssel, 17; Guibal, 15; Roux, 18; Razemon, 15; Perrin, 18; Mallet, Michon et Cadenat, 17; Ricard, 16; Guilleminet, 19; Labry et Ingelrans, 16; Piquet, 17; Guillemain, 18; de Rougemont, 14.

Section d'urologie. — *Epreuve de titres et travaux.* — MM. Perrin et Richer, 17; Cibert, 16.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — *Section de médecine générale.* — Séance du 9 mai. — M. Janbon : Maladie de Raynaud.

M. Courbin : Les accidents de la vaccination antivariolique.

Section d'urologie. — M. Cibert : Traitement de la cystite tuberculeuse après la néphrectomie, 18.

M. Perrin : Les calculs de la prostate, 15.

M. Richer : Anurie, 16.

Epreuve clinique. MM. Cibert et Richer, 18; Perrin, 16.

M. Cibert est proposé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Après concours, sont nommés professeurs : de clinique ophtalmologique, M. Cosse; d'hygiène et d'hydrologie, M. Chavaillon.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Henry Thierry, inspecteur général honoraire des Services techniques d'hygiène de la Ville de Paris, a été nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le docteur Netter, démissionnaire.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — M. le docteur Matry, maire de Fontainebleau, est nommé membre du Conseil académique de Paris, en remplacement de M. Chandon-Moët, maire d'Epernay, décédé.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La *médaille en bronze* est décernée à MM. les docteurs Giraud, à Clermont-Ferrand; Alihu dit Alich, à Vincennes; Bernheim et Chavany, à Paris; Gauillard, à Levallois; Hufnagel, à Paris; Mlle Ostwalt, à Ivry; docteur Rieder, à Paris.

A titre posthume. — A M. Mercier, interne à l'hospice Paul Brousse; au docteur Chaperon, radiologue à l'hôpital Broussais.

SURVEILLANCE DES EAUX MINÉRALES. — Le *Journal officiel* du 10 mai publie des décrets relatifs à la police des eaux minérales, à la déclaration d'intéêt public et au périmètre de protection des sources, à la surveillance des sources et des établissements d'eaux minérales.

AVIS DE VACANCES. — Les postes de médecin chef de service à l'asile public de Pierrefeu (Var) et celui de Maréville près Nancy, sont déclarés vacants.

CRÉATION DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE. — Cette Société manquait à la vie et à l'activité de la chirurgie française. Bien des travailleurs originaux qui ont en France contribué à développer cette branche de la chirurgie restaient isolés. Désormais leurs efforts et leurs résultats seront coordonnés et ainsi multipliés.

Cette nouvelle Société savante est due à la pensée et à l'initiative des docteurs Dartigues (de Paris) et Claoué (de Bordeaux). L'assemblée générale de fondation a eu lieu le 4 avril dernier à l'hôtel Chambon, au siège de l'Association des syndicats médicaux de France. Le docteur Dartigues fit tout d'abord l'exposé détaillé des buts et des directives de la nouvelle société.

La composition du bureau est la suivante : président, docteur Dartigues, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris; vice-présidents, docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux de Marseille et docteur Bourguet (de Paris), ancien prosecteur de la Faculté de Toulouse; secrétaire général : docteur Ch. Claoué (de Bordeaux), ancien prosecteur de la Faculté de Bordeaux; secrétaire adjoint : Dresse Irène Mircouche (de Paris); trésorier : docteur Cousin, ancien interne des hôpitaux et chef de clinique de la Faculté de Paris; archiviste : docteur Dantrelle (de Charleville), ancien interne des hôpitaux de Paris; secrétaires des séances : docteur Ulrich (de Paris), ancien chef de clinique et Dresse Prost (de Paris).

Les séances scientifiques commenceront en juin. Il a été décidé qu'un Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique aurait lieu en octobre prochain à Paris. La Société comprend actuellement 70 membres tant français qu'étrangers. Le siège de la Société est 81, rue de la Pompe, Paris.

Pour tout ce qui concerne la correspondance, s'adresser au secrétaire général : docteur Claoué, 41, rue d'Aviau, à Bordeaux.

Nous sommes certains que cette Société, dont la création s'imposait et à laquelle nous souhaitons prospérité, fera grand honneur à la France.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR CANTALOUBE. — La Société de médecine de Nîmes, dans sa réunion du 2 octobre 1929, a décidé de perpétuer la mémoire du docteur Paul Cantaloube, par l'apposition d'une plaque avec médaillon dans un des pavillons du nouvel hôpital de Nîmes.

Le docteur Cantaloube, alors qu'il exerçait à Sumène, a, le premier, reconnu l'existence de la fièvre de Malte en France au cours d'une épidémie qui régna dans les Cévennes en 1908-1909.

Grâce à ses dons d'observateur et à ses qualités de clinicien, il a su tracer la description de cette affection, d'une façon définitive, dans un ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Barbier 1910). Son nom restera attaché à cette découverte d'une haute portée scientifique et sociale.

Adresser les souscriptions au docteur P. Cabouat, trésorier, 13, rue Régale, à Nîmes (chèques postaux : Montpellier 137-46).

ONZIÈME SALON DES MÉDECINS. — Pour la onzième fois, il s'ouvrira, du dimanche 15 au 24 juin prochain inclus, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Nous rappelons que : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

COURS D'ACTINOLOGIE. — Un cours pratique d'actinologie en huit leçons sera fait à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle [223, rue de la Convention, Paris (XVe)], tous les vendredis de mai 1930, avec présentation de malades, par MM. Saidman, Jean Meyer, Lautman, Dufestel, Colanéri, Dufougeré, Palisse et Auzimour, aux heures suivantes :

Vendredi 16 mai, à 17 h. : M. Saidman. Principes généraux de l'actinologie et de la sensitométrie; — à 18 h. : M. Jean Meyer. Actinothérapie du lupus et des autres tuberculoses cutanées.

Vendredi 23 mai, à 17 h. : M. Jean Meyer. Les ultraviolets en dermatologie; — à 18 h. : M. Dufestel. Les ultraviolets dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales.

Vendredi 30 mai, à 17 h. : M. Lautman. Les ultraviolets en pédiatrie; — à 18 h. : M. Colanéri. Les ultraviolets en médecine générale et en chirurgie.

Vendredi 6 juin, à 17 h. : MM. Dufougeré, Palisse et Auzimour. Les ultraviolets en stomatologie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie; — à 18 h. : M. Saidman. Les infrarouges et les nouvelles radiations employées à l'Institut d'actinologie.

Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

L'Institut d'actinologie est ouvert les mardi, jeudi, samedi matin, de 10 h. à midi, et les lundi, mercredi, vendredi, après-midi, de 4 à 7 h.

Prière de s'inscrire en écrivant au secrétaire de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle.

Prix du cours : 100 fr. à verser, soit en s'inscrivant, soit à l'ouverture du cours.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

RÉSULTAT ÉLOIGNÉ (4 ANS)

D'UNE

SURRÉNALECTOMIE DANS LA MALADIE DE BUERGER

PAR MM.

René LERICHE et Pierre STRICKER

(Clinique chirurgicale A, Strasbourg).

L'observation clinique qui suit est celle d'un médecin de trente-quatre ans, atteint d'artérites oblitérantes du type Buerger, qui fut surrénalectomisé en décembre 1925. Il vint d'un pays éloigné nous trouver en novembre 1925, dans un état lamentable, souffrant sans arrêt depuis des mois, ayant vu presque tous les médecins de son pays et suivi les traitements les plus variés (injections de nitrite de soude, citrate de soude, bains chauds, diathermie, radiothérapie, rayons ultraviolets, etc.) sans aucun effet.

Il était tombé malade aux Indes en 1922, avait présenté successivement des douleurs et de l'engourdissement du pied droit et de la jambe droite, de la claudication intermittente survenant tous les 500 mètres, enfin des phlébites des veines superficielles. En peu de temps, dix mois après les premiers symptômes, l'atrophie de la jambe était considérable, les forces très diminuées, la marche très pénible, la profession impossible. Au repos, le pied prenait en position déclive la couleur rouge vif caractéristique des oblitérations artérielles, tout en restant très froid. Il revint alors en Europe où, un an et demi après le début apparent de la maladie, un examen fait avec l'appareil de Pachon montre une absence complète d'oscillations au pied et à la jambe, une diminution nette de la poplité, avec une amplitude à peu près normale à la cuisse. Aucun traitement ne l'améliora. En janvier 1925 apparut une ulcération à la face plantaire du gros orteil, puis, deux mois après, une seconde sous l'ongle du même orteil. Ces ulcérations étaient très douloureuses et le forçaient à abuser de l'aspirine et du pantopon. La gangrène progressait lentement, de plus en plus douloureuse. Le malade ne pouvait ni allonger, ni étendre complètement sa jambe. Pour venir nous trouver, il fit deux jours et demi de chemin de fer, couché sur un matelas sur lequel on l'a transporté à la clinique.

A son entrée, il nous raconte qu'il passe ses journées et ses nuits assis à la turque dans son lit, massant avec des précautions infinies la face interne de son pied à la base du gros orteil. Ses traits expriment la souffrance et l'épuisement. Depuis des mois, il ne dormait à peu près plus.

Du côté droit, le membre est très atrophié, violacé, froid, n'ayant qu'un minimum de mouvements. Les mouvements articulaires dans le genou sont limités dans l'extension qui atteint à peine 150 degrés. L'artère fémorale ne bat pas, sauf à la partie toute voisine de l'arcade crurale. On ne trouve aucune oscillation sur toute l'étendue du membre. La phalangette du gros orteil est gangréneuse à son extrémité, les autres orteils sont cyanosés, leurs ongles sont épais, striés, et ne poussent plus.

Au membre inférieur gauche, les battements artériels font également défaut au niveau de la jambe. Il n'y a pas d'oscillations à la jambe et à la cuisse. L'I. O. n'est que de 1 1/2 (partie inférieure). L'atrophie est moins marquée qu'à droite.

Aux membres supérieurs, les oscillations sont faibles; au poignet droit : I. O. 1 1/2, au poignet gauche : I. O. 3/4. Il n'y a pas de troubles trophiques aux doigts, mais le malade éprouve quelquefois une sensation de lourdeur dans la main gauche.

Le 20 novembre 1925, M. Leriche découvre, sous anesthésie locale, l'artère fémorale droite dans le triangle de Scarpa. Elle est toute petite, ne bat pas, et est entourée d'une gangue scléreuse, par laquelle elle adhère à la veine qui, elle aussi, est de calibre très réduit. L'artère est réséquée sur un centimètre et montre à l'examen histologique une thrombose ancienne, recanalisée par de petites artérioles.

L'opération n'est suivie que d'une sédation passagère des douleurs, et le malade accepte de subir une *surrénalectomie* qui est pratiquée le 25 décembre 1925. La surrénale gauche est très adhérente à la graisse périrénale, et ne peut être enlevée que par fragments.

Dès le lendemain, les douleurs du pied cessent complètement. On peut toucher les orteils sans faire mal, et soulever la jambe en la prenant par les orteils. Dans les semaines suivantes, l'ulcération se cicatrice régulièrement. Vers le 15 mars 1926, la cicatrisation est complète, le malade se lève et commence à marcher sans souffrir. Les pieds sont encore souvent froids et deviennent rouge violacé dans la station debout; la claudication intermittente se produit environ tous les 30 pas. Mais il n'y a pas de douleur, et le malade rentre dans son pays, voyageant comme tout le monde.

Un an après l'opération, le malade nous écrit qu'il a constaté de mois en mois une amélioration progressive de son état général. La claudication intermittente s'est atténuée et ne se produit plus que tous les 70 pas, l'acroasphyxie des pieds dans la station debout a beaucoup diminué. Il compte reprendre un exercice médical à domicile et se félicite du résultat.

En décembre 1929, un des amis du malade, médecin lui aussi, vient nous donner des nouvelles. L'amélioration s'est poursuivie, et le malade est retourné aux Indes en excellente santé. Il n'a plus jamais souffert depuis l'opération qui maintenant date de quatre ans. La claudication de la jambe droite s'est beaucoup atténuée, elle ne se produit plus que tous les 1.000 mètres environ. A part cette gêne de la marche, le malade mène une vie normale.

ACTUALITÉS

EN MARGE D'UNE ENQUÊTE SUR LA PROHIBITION

Malgré l'ampleur de leurs ambitions humanitaires les promoteurs de la Prohibition — majuscule intentionnelle — n'avaient sans doute pas prévu la multiplicité des répercussions du 18e Amendement à la Constitution, tant aux Etats-Unis qu'à l'extérieur. Jusqu'en Europe, grâce à la presse et au cinéma nous les percevons : histoires de fraude, de contrebande, semblent devenir outre-atlantique des faits-divers journaliers, mais non toujours dénués d'importance.

Il est patent, par ailleurs, depuis douze ans environ que la prohibition est en vigueur, qu'elle n'a ni comblé pleinement les désirs de ses partisans, ni découragé ses adversaires. A ce qu'on a parfois prétendu, les « humides » n'auraient perdu ni en nombre ni en influence et un jour pourrait luire où la victoire changerait de camp. Nous n'y croyons pas pour demain. Quoi qu'il en advienne, les polémiques se prolongent ou renaissent; seuls les partisans du *statu quo* semblent chaque jour perdre en nombre et en importance.

Si importantes que puissent être, par ailleurs, pour notre France les conséquences d'une telle loi, nous voulons demeurer ici le spectateur curieux; curieux des péripéties de combat et de son aboutissement mais dépourvu du désir de mêler une voix de plus à un chœur déjà discordant. C'est une enquête, analogue à celles qui sont chères à la presse de langue anglaise, ouverte récemment par le *Medical journal and Record,* qui nous mit en humeur de ratiociner.

Levons nos regards vers Sirius, astre, comme on sait, de l'impartialité et marquons les coups.

Les questions soumises à la sagacité — ou même à la sagesse — de nos confrères d'Amérique étaient les suivantes. La prohibition est-elle ou non un succès? Faut-il l'atténuer ou la renforcer ou les choses doivent-elles demeurer en l'état? Quel a été son effet sur ceux qui buvaient? et sur ceux qui ne buvaient pas? Son effet sur le nombre, la qualité, l'âge et le sexe des consommateurs? Quelle est son influence sur le nombre des ivrognes? sur la mortalité individuelle et collective, sur les conditions économiques et sociales? sur l'usage d'autres toxiques que l'alcool? sur la criminalité, les accidents? sur le nombre de cas de psychoses? L'alcool est-il pour les médecins un médicament utile?

Témoignons de notre respect pour les lois et pour les statistiques officielles en donnant d'abord la parole aux « secs », à ceux du moins que la chaleur du combat n'a pas dépouillés de leur sang-froid. Les voix, d'ailleurs, comme celles du chœur opposé viennent de tous les états de l'Union, sont aussi bien celles de simples praticiens que celles de médecins exerçant des fonctions dans des hôpitaux ou des asiles et faisant à certains égards partie d'une hiérarchie ou se trouvant en rapports du fait de leurs fonctions avec une clientèle d'une catégorie plus particulière.

Sans doute aussi, pour apprécier correctement la valeur du questionnaire et des réponses ne faut-il pas oublier les abus auxquels le régime ancien de liberté complète avait laissé faculté de s'implanter et de croître. Nous connaissons en pays latin l'ivrognerie comme une exception et un objet de dégoût. L'ivresse en pays germanique est considérée comme moins dégradante et sévissait parfois jusque dans les classes sociales les plus élevées. Et pourtant elle résultait de l'abus de produits hautement toxiques, d'un effet particulièrement brutal et dangereux. C'est là sans doute qu'il faut voir l'origine du mouvement d'opinion d'où provient la prohibition. Les conséquences individuelles et collectives d'un tel alcoolisme nécessitaient des mesures rapides et vigoureuses.

Donc, à en croire les uns, la prohibition est un succès, et c'est pour certains points indéniable. Comme on le fait remarquer, la suppression du cabaret, de sa tentation et de ses conséquences est un bienfait indéniable, vis-à-vis de certaines classes sociales. Des économies ou un meilleur emploi de l'argent disponible pour le foyer, pour d'autres plaisirs, cinéma, automobile, de même que l'amélioration du logis semblent réellement des conséquences de la cessation de l'usage de l'alcool.

Les partisans de la prohibition vont plus loin dans leur énumération de ses bienfaits; ceux qui buvaient autrefois ne boivent plus et l'on ne rencontre plus d'ivrognes dans les rues depuis qu'on ne peut plus s'enivrer pour 50 cents. On consomme moins d'alcool et ceux qui ne buvaient pas auparavant ne se sont pas mis à boire; pas plus, tout au moins, que dans chaque génération montante il n'est normal de trouver un contingent de buveurs, restriction qui cependant donne un peu à penser. La diminution des psychoses est, d'autre part, un fait patent puisqu'on voit se fermer les services spéciaux. Enfin on ne viole pas plus les règlements de la loi Volstead que n'importe quelle autre loi concernant l'hygiène, la circulation ou les bonnes mœurs et il faut faire la part de l'esprit d'après-guerre, semblable à lui-même dans l'univers entier. Il n'y a pas augmentation de maladies vénériennes; pas plus que du nombre des accidents par rapport au nombre des autos en circulation; pas plus d'usage d'autres stupéfiants non plus, tout est donc pour le mieux dans le plus grand pays du monde et il n'y a qu'à continuer.

Certaines réponses à l'enquête ne laissent pas cependant de mêler quelques ombres à ce beau soleil de la victoire. Le peu d'alcool qu'on boit est de bien mauvais aloi soit qu'il ait été obtenu par contrebande, soit qu'il provienne de distillation à domicile qu'on n'a pas et qu'on n'a pu interdire. Le vin lorsqu'on peut en avoir est détestable. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que la « négligence ponctuelle » des précautions qui assureraient la conservation des jus de fruits non fermentés, précaution que les fabricants portent parfois minutieusement à la connaissance de leurs clients et dont il est loisible à ceux-ci de prendre le contre-pied, ne permette guère d'obtenir de produits bien délectables. D'autres réponses

font allusion à la facilité avec laquelle, et actuellement à tout âge, on se procure de l'alcool, ce qui n'est pas sans laisser un peu rêveur. Allusion aussi au fait que depuis la mise en application de la prohibition ils « connaissent quatre ou cinq personnes » qui ont abandonné l'usage des boissons alcooliques. On a dit que les femmes et les jeunes gens continuaient à boire mais c'est parce que le tour d'esprit actuel fait plus volontiers litière des conventions, que la jeunesse est frondeuse, autant que celle des générations précédentes, sans plus.

Il est enfin des correspondants qui mettent hors de doute le succès de la loi qui a été « aussi complet que l'ont permis les conditions d'application » formule où nous croyons trouver la trace d'ascendances normandes. D'autres demandent encore vingt ans d'application pour porter un jugement définitif sur une législation dont le succès ne leur paraît pouvoir être mis en doute. Pour clore enfin l'énumération de ces enthousiasmes décroissants nous citerons une formule panégyrique qui exhale une puissante odeur de plaidoyer : puisque la prohibition était bonne pendant la guerre, pourquoi ne le serait-elle pas pendant la paix? Cette question un peu mélancolique semble estomper délicatement la ligne de démarcation entre le réalisé et le désirable.

A ce chœur de satisfaits à divers degrés et d'accents mal accordés, s'oppose un autre chœur, d'opposants dont l'unisson contraste singulièrement avec les voix précédentes.

La réduction de consommation? une fable! Jamais on n'a tant bu d'alcool. Ceux qui ont cessé d'en user depuis la prohibition se comptent et l'on ne paraît guère convaincu de leur persévérance; beaucoup plus nombreux sont ceux qui ne buvaient pas autrefois et qui boivent depuis. On boit partout; les moindres réunions mondaines en sont l'occasion; l'âge ni le sexe n'ont d'influence; jeunes gens et jeunes filles boivent comme les autres et certainement plus que ceux d'autrefois. C'est sans doute par fraude mais c'est incontestablement une mode et docilement suivie comme toute autre. On est mal venu dans une réunion si l'on n'a dans sa poche certaine fiole aplatie. Qualité détestable et saveur sans finesse n'ont pas d'importance et lorsqu'il est question de « clair de lune » personne ne pense aux astres. La distillation à domicile permet de boire en famille; nul ne s'en prive et cela tient lieu du « saloon » d'autrefois. — Etonnez-vous donc qu'il y ait moins d'ivrognes par les rues! Et puis, tant qu'on n'est pas forcé de les ramasser...

Quant au nombre des psychoses les avis sont partagés encore que certains médecins paraissent sans optimisme; de même sur le chapitre des autres stupéfiants. Les décès par alcoolisme ne semblent pas non plus une histoire du passé; pour concilier les deux camps contentons-nous de les attribuer de confiance aux « impuretés » des produits consommés.

Les accidents? Même en tenant compte du nombre beaucoup plus grand des voitures en usage, l'influence de l'alcool est indéniable. On ne voit plus, disait un « sec », comme il y a vingt ans le cocher d'un camion ivre-mort sur son siège. On voit aussi bien, ripostent les « humides ». La plupart des accidents sont dus à des gens ivres. Un correspondant de l'enquête parle de deux accidents à lui arrivés la même année du fait d'autres voitures; l'une véhiculait trois pochards, le chauffeur de l'autre était ivre et convoyait des récipients d'alcool.

De l'avis général les dégâts moraux sont pires. Chez tous mépris des lois : les aînés, les fonctionnaires de la prohibition prêchent d'exemple et les jeunes imitent de leur mieux. Avec la loi de prohibition et à cause d'elle, les autres lois ont perdu leur puissance de coercition morale et l'on ne se gêne plus pour les transgresser. C'est chose courante que les poursuites pour désobéissance aux lois, tentatives de meurtre, corruption de fonctionnaires et fonctionnaires de la prohibition! Mais tout cela n'est rien quand on pense aux enfants chassés de l'école pour ivresse, aux cas d'ivresse chez les jeunes filles et à l'impressionnante augmentation chez ces dernières des cas de maladies vénériennes.

La lecture de semblables confessions nous laisse, nous pauvres Européens, passablement songeurs. Vraiment si la prohibition nous paraît *a priori* une mesure très en dehors de nos conceptions courantes, il y a pour la plupart une découverte à la lecture de faits que la passion du débat a pu sans doute grossir mais dont il semble impossible de nier la réalité. L'alcoolisme est un fléau; dès longtemps chez nous la question est jugée.

L'amélioration des conditions d'existence des classes modestes du fait de la sobriété habituelle n'est pas non plus contestable; c'est le but à atteindre. Mais tous les chemins y mènent-ils? Si docile et si maniable que soit à certains égards l'homme du XXe siècle, si chez les blancs d'Amérique l'application d'une loi coercitive donne lieu à de telles surprises, qu'en serait-il avec notre tempérament français? L'histoire parle de bien des circonstances où la force n'a servi chez nous qu'à donner de la vigueur à une opposition; elle parle moins des cas plus nombreux sans doute où pour n'avoir été ni violente ni concertée une opposition faite de mutisme et de mauvaise volonté bien arrêtée, a eu vite raison de lois impopulaires. En vérité, il ne semble pas que nous soyons encore mûrs ni puissions le devenir pour une loi Volstead.

Nos voisins de l'autre côté de l'eau le sont-ils eux-mêmes? Eux aussi se défendent — ne fût-ce que par le mépris — contre des mesures prématurées et inspirées par un dogmatisme à la fois farouche et naïf.

Les Français sont aussi des gourmets de race et qui parfois s'ignorent et nous les voyons mal, à la réflexion, s'accommoder de grands verres d'eau glacée, de petits verres d'eau minérale et de divers extraits sirupeux plus ou moins extraits de fruits; ceux qui en disent, en toute conviction d'ailleurs, tant de bien n'ont pas encore entraîné la foule.

Les solutions? Il en est sans doute mais du modèle canadien préconisé par certains praticiens américains ou d'autre modèle. Ne seront sans doute efficaces que les mesures de douceur, lentement appliquées et conditionnées par l'éducation d'une ou de plusieurs générations successives. D'ici là peut-être vaudra-t-il mieux ne pas donner ce regret

« du bon verre de bière » que certains médecins américains n'hésitent pas à exprimer.

Mais ce sont là réflexions d'Européen. Rendons la voix aux chœurs d'Amérique. Les qualificatifs y vont crescendo. La prohibition? un échec, disent les uns; une fumisterie disent les autres.

Ce sont là de bien gros mots. Témoignons à nouveau de notre respect des lois et citons. Extrait de la réponse du docteur X... (de Y..., Etat de Z...):

« L'homme qui boit de l'alcool devrait en être sevré parce qu'il se fait du mal à lui-même et à cause des lamentables effets qui en résultent pour sa famille. Le gouvernement devrait faire qu'il fût impossible de se procurer de l'alcool.

« La prohibition devrait être renforcée impitoyablement; ce serait un succès qui accroîtrait le bien-être et la puissance de la nation de 500 p. 100.

« La loi n'a jamais été appliquée avec conviction et le flot des immigrants incultes qui est déversé par les compagnies de navigation use plus que jamais de boissons à bon marché. De telles gens ne sont pas aptes à devenir des citoyens; on devrait leur permettre de se soûler jusqu'à ce que mort s'ensuive ou les déporter dans des îles désertes.

« Dans les jeunes générations on boit peu depuis la prohibition, sauf des gens indignes d'être sauvés!

« Les lois sont observées par les bons citoyens et violées par les mauvais citoyens! Si un pays ne peut plus renforcer ses lois c'est un pauvre débris de pays, mûr pour le bolchevisme et l'anarchie.

« Je crois que la prohibition devrait être rigidement renforcée! Que les honnêtes gens (s'il en reste quelques-uns aux Etats-Unis!) devraient être employés à ce renforcement et que les juges qui se laissent corrompre devraient être remplacés par d'honnêtes gens (s'il en existe encore)... »!

Le ton d'une telle épître en dit long de la passion que soulève le débat. Arrêtons ici nos réflexions et citations. Nous parlerons un autre jour du pharisaïsme... R. LEVENT.

P. S. — Une intéressante « Lettre d'Amérique », publiée par M. Faxton E. Gardner dans la *Gazette* en janvier 1928, nous étant revenue sous les yeux nous avons été heureux de constater que l'avis de notre éminent confrère américain est au fond identique au nôtre. R. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1930)

A propos des méningites aiguës à lymphocytes non tuberculeuses. Sur un cas de méningite lymphocitique passagère avec herpès. — MM. André Léri et J.-A. Lièvre ont observé, dans ces dernières années, 5 cas de méningites aiguës à lymphocytes non tuberculeuses.

L'une de celles-ci s'accompagna d'herpès génital; à son propos, les auteurs font les remarques suivantes :

1. La *lymphocytose* peut être bien plus abondante que dans les méningites tuberculeuses;

2. L'*herpès* n'indique pas forcément que la méningite soit « d'origine herpétique »; l'herpès peut n'être qu'une infection associée, mais sa présence semble être un signe de valeur pour éliminer l'origine tuberculeuse de la méningite;

3. La *réaction de Wassermann* peut être momentanément positive;

4. Une *morsure de rat*, produite quinze jours auparavant, dans un cas observé, pouvait faire songer à une forme purement méningée de Sodoku.

Syndrome pluriglandulaire? — MM. L. Babonneix, G. Robin et Lelourdy présentent une jeune fille dont la mère est internée, le frère myxœdémateux, et chez laquelle sont apparues, depuis deux ans, de l'aménorrhée, une sorte d'obésité aiguë et de l'alopécie. Syndrome endocrinien ou plutôt endocrino-sympathique, en rapport avec l'hérédo-syphilis?

A propos du biotropisme. — M. Milian s'étonne que M. Tzanck lui reproche de n'avoir pas défini les termes que ce dernier a essayé de définir. Le biotropisme consiste dans les manifestations le plus souvent cliniques du réveil dans l'organisme vivant et sous des influences variées de microbes jusqu'alors latents. Ces phénomènes englobent un grand nombre de faits jusqu'alors considérés comme toxiques, anaphylactiques ou autres sans nier cependant l'existence de ceux-ci.

Ils ne constituent pas une théorie, mais des faits positifs dont l'ensemble constitue une branche de la biologie.

Les médications chirurgicales dans les suppurations pulmonaires. — MM. Léon-Kindberg et Robert Monod. A propos de ces observations, les auteurs précisent les indications chirurgicales au cours des abcès pulmonaires :

1° *Au début*, devant une suppuration aiguë, *il faut savoir attendre*. La guérison spontanée peut se produire dans 20 à 30 p. 100 des cas. *Après un laps de temps maximum de six semaines à deux mois, l'abcès devient du ressort de la chirurgie.*

A. Premier cas : il s'agit d'une collection suppurée véritable d'*un abcès du type banal*. L'opération de choix est la *pneumotomie avec drainage*.

La collapsothérapie ne leur paraît avoir que des applications exceptionnelles, pratiquement nulles. Le pneumothorax artificiel, en particulier, doit être rejeté.

B. Au cas *de suppuration diffuse*, l'absence de toute collection purulente et de toute cavité rend vaine la simple pneumotomie. Ici encore, la collapsothératie paraît dangereuse ou inopérante. La guérison ne peut être obtenue que par l'exérèse complète des tissus malades. Deux procédés sont possibles : tout d'abord la *colectomie réglée*, que les auteurs rejettent comme trop dangereuse et presque toujours impraticable; ensuite l'*exérèse progressive*, du type Sauerbruch-Evart Graham, à laquelle vont toutes leurs préférences.

Quant aux *méthodes bronchoscopiques*, dont les auteurs ont usé à plusieurs reprises, elles ne leur paraissent pas à proprement parler curatives, mais une thérapeutique palliative assez efficace.

Un cas d'hémorragie méningée compliquée d'hémorragie de gaines du nerf optique. — MM. Lœderich, Favory et Mamou.

Un cas d'hémiplégie consécutive à une hématémèse abondante chez un artério-scléreux. Extension de la paralysie sous l'influence de la reprise de l'hémorragie. Résultats obtenus par les transfusions sanguines. — MM. P. Abrami et Robert Worms rapportent l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, athéromateux qui est pris brusquement d'une hématémèse profuse. A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une paralysie crurale gauche avec signe de Babinski. Le surlendemain les vomissements de sang se reproduisent, peu après la paralysie se complète, atteignant le membre supérieur et la face. Une transfusion sanguine arrête les hématémèses; le lendemain,

la paralysie de la face et du bras est en rétrocession. Dans le cours de la septième semaine, une seconde transfusion est suivie, de quelques heures, par la réapparition des mouvements dans le membre paralysé, qui, en moins de deux jours, a recouvré la plus grande partie de sa motilité volontaire.

La paralysie peut être, sans hésitation, mise au compte de la spoliation sanguine réalisée par les hématémèses, et ce cas est à rapprocher des cas d'hémiplégie que MM. Clovis-Vincent et Darquier ont vu survenir chez des scléreux artériels à la suite d'une saignée abondante. Il semble que les hémiplégies qui surviennent inopinément chez les artério-scléreux comportent, dans leur pathogénie un facteur qualitatif : l'absence d'oblitération complète des artères y est, en effet, la règle (Foix) et cliniquement l'évolution qui se fait spontanément vers la récupération partielle des mouvements évoque l'idée de troubles fonctionnels surajoutés à la lésion organique.

Polynévrite tuberculeuse cliniquement primitive. — M. Ferru (de Poitiers) rapporte l'observation d'une polynévrite typique des membres inférieurs survenue, sans cause toxique exogène chez une jeune femme n'ayant que des lésions pleuro-pulmonaires discrètes, révélées six mois après le début des troubles moteurs.

Il croit pouvoir en conclure que la polynévrite tuberculeuse constitue une entité étiologique nettement distincte.

Un cas de psittacose. — MM. Pagniez et Plichet citent un cas terminé par la guérison et qui cliniquement s'est traduit par une fièvre continue compliquée au septième septénaire d'une forte congestion pulmonaire unilatérale. La contamination avait été réalisée par une morsure de perruche.

Une épidémie de psittacose. MM. Echebrol, Charcellay, Kroenik et Waitz relatent l'odyssée d'une cage de perruches qui sema le psittacose dans deux milieux différents de Paris et dans la banlieue. Les 4 cas observés eurent une incubation de onze à treize jours, deux furent mortels.

Un nouveau cas de psittacose. — MM. N. Fiessinger et Ph. Decourt présentent un cas de psittacose typique d'évolution bénigne, sans phénomènes nerveux et terminé par guérison.

Un essai d'expérimentation fut fait, mais les perruches témoins sont mortes, ce qui montre la difficulté en période d'épidémie de pratiquer une expérimentation rigoureuse.

MM. Sacquepée et Netter pensent que l'agent pathogène est un virus filtrant.

Forme complexe de syphilis du névraxe à foyers multiples. — MM. A. Sézary et H. Mamou rapportent un cas de syphilis nerveuse complexe dans lequel on peut distinguer :

1° La plupart des signes classiques de la syringomyélie;

2° La plupart des signes classiques de la maladie de Friedreich;

3° Des troubles intellectuels et psychiques.

La complexité même de ce syndrome est en faveur de son origine syphilitique.

Les auteurs incriminent plutôt la syphilis héréditaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1930)

Réaction abdominale au cours du rhumatisme articulaire aigu. — M. Auvray rapporte un cas analogue à ceux rapportés précédemment : on croit à une appendicite chez un grand enfant; intervention; secondairement une localisation articulaire et une cardiaque amènent au diagnostic.

Diagnostic histologique rapide des tumeurs. — M. Bazy insiste sur ce fait qu'aux Etats-Unis beaucoup préfèrent examiner les tissus frais, sans fixation préalable.

Diagnostic histologique des tumeurs au moment de l'intervention. — M. Métivet fait remarquer que parfois la clinique et le laboratoire ne sont pas d'accord. Il cite le cas d'un adénome enlevé économiquement qui, après examen histologique, fut considéré comme une tumeur maligne. Or, les suites cliniques furent rigoureusement bénignes.

Arrachement du tendon du biceps. — M. Maisonnet rapporte un travail de M. Guibal sur deux cas d'arrachement du tendon du biceps; dans le premier cas la suture entre les deux extrémités fut possible, dans le second cas on dut se contenter d'une suture au tendon voisin, le bout supérieur étant insuffisant pour une reconstitution.

Fistule cæco-vésicale d'origine appendiculaire. — M. Maisonnet fait un rapport sur cette observation de M. Chauvin (de Marseille). Intervention. Guérison.

Occlusion intestinale par calcul biliaire. — M. Auvray rapporte une observation tout à fait typique d'occlusion par calcul biliaire observée par M. Duponchel (de Dôle); intervention pour occlusion chez une femme, on fait le diagnostic à ce moment, extirpation du calcul. Guérison.

Kyste congénital tordu du pancréas. — M. Auvray rapporte cette belle observation de M. Morice (de Caen) : à la laparotomie chez un enfant on trouve une masse noirâtre, kystique, rattachée à la paroi abdominale postérieure par un pédicule qui traverse le ligament gastro-colique et mène au pancréas. A ce niveau quelques taches de stéatonécrose et liquide sous le péritoine. Section du pédicule et ligature. Guérison très simple. L'examen histologique montre une cavité sans épithélium, ce qui ne permet pas d'affirmer histologiquement qu'il s'agit d'un kyste vrai. L'examen du contenu montre l'existence de suc pancréatique et de sang.

M. Auvray cite une série de cas de kystes du pancréas chez l'enfant, et rappelle que Moynihan a signalé une maladie kystique du pancréas.

M. Mathieu rappelle qu'on peut trouver au contact du pancréas des lymphangiomes kystiques qui, de prime-abord, pourraient être pris pour des kystes du pancréas, et en expose un cas personnel.

M. Cunéo estime qu'on devrait dire tumeur kystique rétro-péritonéale et ne pas dire kyste pancréatique. Dès qu'un kyste quelconque contient du sang les leucocytes mettent en évidence des ferments digestifs analogues à ceux du pancréas.

M. Basset demande des précisions sur la « perforation » du ligament gastro-colique par le pédicule de la tumeur.

M. Auvray conclut qu'on ne peut pas prouver que cette observation ne soit pas celle d'un kyste du pancréas.

M. Brocq estime que l'amylase peut se trouver dans bien des kystes, en particulier dans ceux de l'ovaire. M. Brocq pense qu'il doit s'agir d'un faux kyste du pancréas. D'ailleurs la pancréatite hémorragique existe chez l'enfant.

Adénome kystique du foie. — M. Proust rapporte un intéressant travail de M. Lauwers (de Courtrai) sur un cas de kyste du lobe droit du foie qui fut opéré avec succès. On rencontra dans un des kystes du lamblia intestinalis. L'examen histologique montre un épithélium mucipare. L'extirpation est évidemment le traitement de choix lorsqu'elle est possible.

Syndrome de Kümmel-Verneuil. — M. Lance expose cette intéressante observation : il s'agit d'un jeune homme qui, après traumatisme douloureux, continue à souffrir et qu'on diagnostique un moment mal de Pott. Mais il n'y avait pas de gibbosité. Les radiographies exécutées correctement montraient des vertèbres floues, une très écrasée et d'autres déformées. La taille du malade avait beaucoup diminué. Il s'agissait d'un ostéomalacique. Ce cas est intéressant car il

s'agit d'un accident du travail et qu'on peut discuter le rôle de la fracture et celui de l'ostéomalacie.

M. SORREL fait remarquer que l'existence de la fracture exclurait le nom de maladie de Kümmel, au moins d'après cet auteur.

M. PROUST estime qu'on peut actuellement ranger des faits différents sous le nom de syndrome de Kümmel-Verneuil.

Présentation de malades :

M. GUIMBELLOT présente pour M. Alglave un malade chez lequel il a pratiqué une arthrotomie transrotulienne qui lui a permis d'enlever le ménisque externe dont il ignorait la lésion avant l'intervention.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE DE JANVIER 1930)

Dilatation congénitale des uretères chez un enfant de sept ans. — M. E. CHAUVIN présente un rein enlevé pour crises de pyonéphrose répétées sur un enfant de sept ans. Il s'agit d'une dilatation congénitale de l'uretère avec reflux vésico-rénal. L'uretère plus gros qu'un pouce d'adulte était non seulement dilaté mais plusieurs fois coudé en S et représentait l'aspect typique du méga-uretère. Les lésions étaient bilatérales. Après néphrectomie les crises de pyonéphrose ont disparu, mais les urines sont demeurées troubles et le pronostic paraît particulièrement sombre.

Cinq cas de tétanos généralisé chez l'enfant guéris par la sérothérapie intraveineuse. — MM. COMBES et ZUCCOLI rapportent ces cas en exposant leur technique et font remarquer que le sérum a été injecté par voie endoveineuse, sans aucun choc, même non dilué en ne dépassant pas le chiffre de six injections et en prenant les précautions d'usage contre une sensibilisation antérieure.

Un nouveau cas d'épanchement tuberculeux du péricarde. — MM. Victor AUDIBERT et Jean OLMER rapportent ce nouveau cas, analogue à celui présenté par eux le 8 novembre 1929. Ils insistent à nouveau sur la latence de ces épanchements, sur leur évolution subaiguë, constamment fébrile et aboutissant vers la mort en moins de six mois, sur l'intérêt diagnostique de la radio et de la ponction exploratrice. Ils pensent que la recherche systématique de ces épanchements permettrait de montrer leur fréquence plus grande qu'il n'est dit généralement.

Insuffisance et rétrécissement mitro-aortique. Infarctus de la rate. Endocardite végétante terminale: — MM. BOINET, BERTHIER et CARBONNEL, en rapportant un cas et les pièces anatomiques s'y rattachant, insistent sur le caractère clinique de la maladie qui a évolué comme une cardiopathie banale, et sur l'importance des lésions anatomiques en particulier sur les lésions cardiaques qu'ils exposent en détail.

Anévrisme volumineux du coude gauche de l'aorte et de l'aorte descendante avec paralysie récurrentielle gauche. — MM. BOINET, BERTHIER et CARBONNEL présentent le malade et les radiographies et insistent sur les particularités suivantes : peu d'intensité des signes fonctionnels, signes physiques au complet, signes radiologiques nets montrant une poche de la crosse de l'aorte au niveau de son coude gauche et de la partie supérieure de l'aorte descendante grosse comme une tête d'enfant (18 × 14 centimètres). Ils insistent, en outre, sur l'étiologie syphilitique et sur la compression de l'artère sous-clavière gauche qui explique la petitesse du pouls du côté correspondant.

Carotides internes battant vers la muqueuse pharyngée. — MM. MOLINIÉ et PALIARD présentent une femme âgée de soixante ans qui présente des carotides internes faisant saillie sous la muqueuse pharyngée qu'elles soulèvent sur un parcours de 3 centimètres environ. Une telle anomalie peut provoquer des accidents très graves au cours de l'ablation des amygdales surtout si l'on emploie la pince à morcellement.

Présentation de deux avaleurs de sabre. Radiographies. Démonstrations œsophagoscopiques. — MM. MOLINIÉ, PALIARD et LOUGE. Chez ces deux sujets âgés de trente-cinq et cinquante-deux ans l'exploration du conduit révèle une muqueuse un peu hypertrophique et rouge, mais sans lésion aucune, ce qui montre une tolérance remarquable vis-à-vis des armes blanches. Les réflexes pharyngiens sont complètement annihilés. L'examen radiographique permet de suivre l'introduction du sabre dans l'œsophage, rapide et sans hésitation. Fait curieux, on relève chez tous les deux une immobilisation du diaphragme, la respiration étant purement costale même en dehors des exercices.

Sclérose latérale amyotrophique. — MM. BOINET, CARBONNEL et SARRADON présentent un malade atteint de cette affection et insistent sur les faits suivants : l'étiologie est obscure ; à l'origine de cette sclérose on ne trouve ni maladie infectieuse, ni intoxication, ni syphilis. La symptomatologie qui répond point par point à un tableau magistral de Charcot en diffère en ce sens que l'évolution en est très longue comme si les lésions anatomiques marquaient un temps d'arrêt.

Anévrisme de l'aorte. — MM. BOINET, BERTHIER et CARBONNEL.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin. — M. AUBARET. A la suite d'un choc violent sur l'œil par une branche, une femme présente tous les signes d'une rupture classique oculaire au lieu d'élection avec hématome de la chambre antérieure, chémosis, etc. La luxation sous-conjonctivale du cristallin, très difficile à mettre en évidence par l'examen ordinaire fut parfaitement diagnostiquée grâce à l'éclairement par la lumière de Wood, en raison de la luminescence particulière du cristallin à ce rayonnement.

(SÉANCE DE FÉVRIER 1930)

A propos de trois sarcomes intraoculaires. — M. AUBARET, en rapportant trois cas de sarcome intraoculaire, insiste sur les difficultés et parfois les impossibilités du diagnostic et de la séméiologie des tumeurs intraoculaires et les surprises qu'elles réservent malgré tous les soins que l'on met à vouloir les dépister de la façon la plus précoce.

Guérison radicale d'engelures par la thyroïde. — M. V. AUDIBERT rapporte le cas d'une jeune fille de seize ans atteinte d'engelures très intenses qui la faisait cruellement souffrir chaque année. Il existait chez cette malade un syndrome très complexe au milieu duquel prédominaient des troubles thyroïdiens. L'ingestion de poudre de thyroïde à la dose de 0,05 par jour en deux fois, quinze jours par mois, donna un résultat excellent. Ce résultat s'est maintenu depuis deux ans.

Anévrisme de l'aorte ayant simulé un mal de Pott. — MM. HAYEM, Jean SARRADON et Paul SARRADON. Chez un malade très amaigri dont la radio avait montré un écrasement des corps vertébraux des Xe, XIe, XIIe vertèbres dorsales et une opacité très marquée en fuseau englobant cette région vertébrale sur une hauteur de 25 centimètres et qui présentait une gibbosité marquée, la nécropsie révèle un anévrisme énorme fusiforme de 30 centimètres de haut sur 17 de large s'étendant pour un tiers au-dessus et pour deux tiers au-dessous du diaphragme. Il s'agit là d'un fait rare.

Pyonéphrose par calcul bas situé de l'uretère. — M. CERATI. Il s'agit d'une hydronéphrose par distension avec uretère complètement dilaté sur toute sa longueur par calcul juxtavésical de la grosseur d'un pois. Il a paru intéressant à l'auteur de signaler cette distension uretéro-pyélo-rénale complète et aussi rapide par un calcul qui, radiologiquement, paraissait aussi petit.

Erythème induré de Bazin. — M. Victor AUDIBERT.

Appendicite aiguë chez l'enfant. — M. LENÉ.

Forme métastatique rachidienne d'un cancer latent primitif du poumon. — MM. ROGER, ALBERT-CRÉMIEUX et Antoine RAYBAUD. Il s'agit du cas d'une femme de cinquante-quatre ans, sans antécédents morbides, chez qui s'installe en quelques mois une paraplégie douloureuse spasmodique avec cypho-scoliose dorso-lombaire. La radiographie montre l'aplatissement de L1 et L2 avec conservation des disques intervertébraux. L'autopsie ne laisse découvrir qu'un néoplasme du lobe inférieur du poumon ganche. L'examen de la pièce montre un épithélioma bronchique typique. Il s'agit donc d'un cancer primitif latent du poumon à forme métastatique rachidienne. C'est la première observation française publiée dans ce sens.

Dissertation sur un tempérament à engelures. — M. V. AUDIBERT rapporte en détail l'observation de la jeune fille qui a fait l'objet de sa communication du 7 février sous le titre « Guérison radicale d'engelures par la thyroïde ». Le syndrome complexe présenté par cette jeune fille permet à l'auteur de iaire un rapprochement entre la dysthyroïdie, l'hystérie, l'hypotension idiopathique et de les rattacher à une tuberculose larvée le plus souvent héréditaire.

Intoxication grave par l'oxyde de carbone traitée par l'hyposulfite de soude. — MM. ROUSLACROIX et LEGRAND ont eu l'occasion de traiter un cas très grave d'intoxication par l'oxyde de carbone par l'administration d'hyposulfite de soude selon la méthode préconisée par le docteur Artaud de Vevey et vulgarisée par le docteur R. Blondel. Le résultat a été au-dessus de toutes les espérances.

Présentation d'un utérus ayant subi trois opérations césariennes. — MM. GUÉRIN-VALMALE et PLASSE. Il s'agit d'une femme ayant subi au cours de six grossesses trois opérations césariennes dont la dernière mutilatrice pour rétrécissement rachitique du bassin. La pièce présentée offre un intérêt tout particulier en raison de l'histoire clinique de la malade et des interventions antérieures dont elle a été l'objet.

Symphyse péricardique. Thoracectomie précordiale. Bon résultat. — MM. J. POUCEL et J. RAYBAUD présentent une fillette de douze ans atteinte de symphyse péricardique d'origine rhumatismale à évolution rapide opérée le 13 juin dernier en pleine asystolie hépatique grave. Les auteurs signalent combien l'opération est peu choquante et la véritable résurrection qui suit l'opération. Celle-ci doit être large (quatre côtes au minimum) et doit être pratiquée extra-périostée chez l'enfant pour éviter la reformation du plastron costal.

Maladie de Roger. — MM. COMBES, BERTHIER et AILLAUD présentent un cas tout à fait typique de maladie de Roger chez un enfant de huit ans. Les radiographies sont tout à fait caractéristiques et l'électrocardiogramme montre l'absence de troubles du rythme et un mauvais fonctionnement de la contraction ventriculaire.

Volumineux abcès amibien du foie. Traitement médical. Guérison. — MM. FRANÇOIS et AUDIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 11 MARS 1930)

Contusion de l'épiploon diagnostiquée appendicite aiguë. — M. DESBONNETS. Fillette présentant tous les signes d'une crise d'appendicite typique : douleurs vives dans le ventre, défense musculaire très marquée, vomissements, température 38°7. A l'intervention : appendice absolument normal, gros hématome de l'épiploon. On apprend quelques jours plus tard que l'enfant, en jouant en classe, a reçu un violent coup de pied dans le ventre.

Sur quelques cas douloureux de lombalisation de la Ire sacrée. — MM. LANGERON, DESPLATS et CALLENS présentent les observations et les radiographies de malades atteints de lumbago chronique et chez lesquels on trouve : *a.* une lombalisation ; *b.* une lombalisation associée à un spina bifida et à une spondylolisthésis.

Ils discutent les rapports des douleurs avec ces malformations et les indications thérapeutiques.

Grenouillette double congénitale. — M. FAVREAU et Mlle PERNET. Il s'agit de deux petites tumeurs kystiques allongées, situées chacune dans la loge sublinguale correspondante chez un nouveau-né de deux jours.

L'analyse du liquide révèle la présence d'amylase en proportion minime, de phosphate et de mucine, ce qui lui donne quelque ressemblance avec la salive; mais il est hyperchloruré et laisse un résidu salin important.

La paroi du kyste examinée après énucléation est nettement individualisée. C'est un épithélium continu, constitué par une seule assise de cellules cubiques et une couche conjonctive de fibres disposées en lames parallèles avec de nombreux vaisseaux. Il n'existe pas d'acini glandulaires.

On a l'impression qu'il s'agit d'un kyste formé aux dépens d'un canal excréteur d'une glande salivaire fortement dilaté.

Deux cas de dilatation du duodénum. — MM. LANGERON, DESPLATS et LAMORIL rapportent deux cas de dilatation du duodénum constatés à l'examen radiologique.

Dans le premier cas, il y aurait dilatation totale, chez un malade atteint de cancer de la petite courbure de l'estomac et chez qui l'autopsie révéla une propagation ganglionnaire et sous-péritonéale, avec rétraction et angulation de l'angle duodéno-jéjunal.

Dans le second, il y avait dilatation localisée par spasme entre la deuxième et la troisième portion, chez une malade atteinte d'appendicite subaiguë.

Deux cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus par traction. — M. BÉRA présente les observations et les radiographies de deux sujets atteints de fractures cervico-trochantériennes de l'humérus; ces fractures sont survenues à la suite d'une traction violente du bras en abduction forcée. Ce mécanisme est rare et l'auteur pense qu'à côté des causes apparentes il faut faire intervenir divers facteurs, tels que la contraction musculaire réflexe, l'ostéoporose et la flexion par appui sur l'acromion.

LIVRES NOUVEAUX

La Thérapie mécanique (1), par le docteur Gabriel BIDOU Préface du professeur d'Arsonval.

Il est peu de problèmes aussi difficiles à résoudre que celui de la récupération fonctionnelles des impotents.

Le docteur Gabriel Bidou qui a créé une méthode nouvelle

(1) Paris, Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain.

de « récupération », méthode qu'il nous a présentée en partie dans deux ouvrages particulièrement remarquables publiés ces dernières années, vient de faire paraître une étude très documentée sur la *Thérapie mécanique.*

Il montre avec sa clarté habituelle que la mécano-thérapie étant destinée à soigner des articulations malades, nécessite des dispositifs spéciaux et une précision autrement grande que celle qui peut suffire aux appareils destinés simplement à mouvoir des articulations saines, mais insuffisamment entraînées.

Le professeur d'Arsonval, qui a fait la préface de ce livre, dit :

« Il faut être avant tout bon clinicien. Et, de plus, physicien, mécanicien et physiologiste.

Bidou a le rare mérite de réunir en lui ces diverses aptitudes? C'est pourquoi ses recherches sont si appréciées par les physiologistes, par des physiciens de la valeur de mon ami regretté Daniel Berthelot et de cliniciens aussi éminents que mes confrères Babinski, Georges Guillain...

Grâce à ses diverses connaissances, Bidou a pu calculer les efforts demandés aux leviers humains, établir les charges exercées sur les membrss, résoudre l'équation d'équilibre entre la puissance et la résistance, employer la méthode graphique dans le but de simplifier les calculs. »

Cet éloge sous la plume d'un savant éminent qu'est le professeur d'Arsonval, consacre la valeur de l'ouvrage et de l'auteur et montre que les recherches poursuivies par le docteur Bidou depuis de longues années n'ont pas été vaines puisqu'elles ont abouti à une science nouvelle grâce à laquelle un grand nombre d'impotents définitifs ont repris leur dignité humaine par le travail. L. G.

L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie (1), par le docteur Pierre Bonnier.

L'auteur nous donne une nouvelle édition où il expose sa conception de l'action du système nerveux dans la physiologie et dans les phénomènes pathologiques les plus divers. C'est en agissant sur le système nerveux que nous pourrons le plus sûrement modifier le terrain du malade. Bien des moyens thérapeutiques classiques agissent en modifiant plus ou moins indirectement l'état statique ou dynamique du système nerveux.

Des cautérisations discrètes de la pituitaire permettent d'agir plus directement sur le bulbe qui est pour l'auteur le siège de l'ensemble des centres régulateurs des divers processus physiologiques. L'exposé théorique, complété par de nombreux schémas des zônes de la pituitaire et des centres nerveux auxquelles elles correspondent, est suivi, sous forme d'un lexique de très nombreuses fiches cliniques venant à l'appui des conceptions de l'auteur. R. LEVENT.

Le Mouvement libertaire sous la IIIe République (souvenirs d'un révolté), par Jean Grave. (Collection « Hier ».) Un volume in-16 jésus (14 × 19), orné de 12 photogravures hors texte et fac-similés, broché, 12 fr. — Il a été tiré 500 exemplaires sur beau papier avec la même illustration que l'édition ordinaire mais augmentée d'une héliogravure en frontispice, broché 25 fr. — Paris, Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard, 6e.

(1) Nouvelle édition, Paris, 1929, Félix Alcan.



NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE DE LAENNEC

Cette variété de cirrhose ascitogène est caractérisée par l'existence d'atrophie hépatique, d'hypertension portale, d'insuffisance hépatique à évolution progressive. L'alcoolisme joue dans son étiologie le rôle capital, mais on a également insisté sur le rôle associé de la tuberculose et surtout de la syphilis dans le développement de cette hépatite chronique.

ÉTUDE CLINIQUE

La cirrhose de Laennec évolue en deux périodes, l'une dite préascitique au cours de laquelle le diagnostic ne peut guère être que présumé, l'autre ascitique, caractéristique.

I. Période préascitique. — Il s'agit d'un adulte, plus souvent d'une *femme*, qui se plaint d'un ensemble de troubles parmi lesquels les plus fréquents sont des manifestations digestives : anorexie, dégoût pour les viandes et les graisses, crises de diarrhée, souvent post-prandiales. Parfois c'est une hémorragie qui fait entrer le malade à l'hôpital, et les *épistaxis* sont à cette période particulièrement fréquents.

Signes physiques. — On est souvent frappé, dès l'abord, par la teinte subictérique des conjonctives et les signes d'alcoolisme du malade. L'attention étant attirée vers le foie, on constate, malgré le tympanisme abdominal, qu'il est un peu gros et douloureux, mais sans la dureté du foie cirrhotique. La rate est également un peu grosse; il y a de l'urobilinurie, parfois de la cholurie ou de la cholalurie et il peut exister un léger œdème dit pré-ascitique des membres inférieurs.

Chez le malade, la recherche des signes d'éthylisme chronique (tremblement, douleur à la pression des masses musculaires, zoopsie, pituites matinales, etc.) révèle un degré d'intoxication déjà profonde, et il est parfois délicat de savoir s'il faut rapporter à une cirrhose commençante ou à une gastrite éthylique, les troubles observés.

C'est alors qu'il est intéressant de rechercher les signes d'insuffisance hépatique par les procédés habituels d'*exploration fonctionnelle du foie* : étude du rapport azoturique, du coefficient de Maillard, de l'amino-acidurie; épreuves de la glycosurie alimentaire, de la glycuronurie, de l'élimination du bleu de méthylène. L'épreuve du rose bengale qui étudie la fonction chromagogue du foie serait la plus fidèle.

A cette phase de début, si le malade renonce d'une façon complète à ses habitudes alcooliques, et s'il suit une hygiène convenable, on peut espérer que la cirrhose ne se produise pas ou plus lentement. Dans la règle, il n'en est pas ainsi, et le malade arrive à l'hôpital à la période d'état de la maladie.

II. Période d'ascite. — **Signes physiques.** — D'emblée, l'aspect du malade retient l'attention : le facies a un aspect spécial (teint terreux, varicosités des pommettes, nez pincé, joues creuses), les téguments sont subictériques, le thorax très amaigri, le ventre volumineux et saillant.

L'examen physique permet de déceler les signes du :

1. Syndrome d'hypertension portale. — *a.* Circulation veineuse collatérale, tout d'abord thoraco-abdominale (gêne porto-cave), plus tard étendue aux veines latérales de l'abdomen (gêne cave-cave).

b. L'ascite distend considérablement l'abdomen. L'ombilic est déplissé en doigt de gant. Dans le decubitus dorsal, le ventre s'étale. On percute une matité en croissant, à concavité supérieure, surmontée d'une zone tympanique. Cette matité est mobile avec les mouvements du malade, donne la sensation de flot. Il s'agit bien d'une ascite *libre*.

Accessoirement, le toucher vaginal permet de noter le bombement des culs-de-sac. Et dans quelques cas, on observe l'infiltration de la vaginale en cas de persistance du canal péritonéo-vaginal.

A cette ascite qui comprime les veines profondes, il convient encore de rattacher l'œdème des membres inférieurs, les hémorroïdes fréquentes.

c. La *splénomégalie* ne manque jamais, et c'est un des aliments essentiels du syndrome.

De tels signes orientent immédiatement l'attention vers une cirrhose et commandent l'examen du foie.

2. Le foie. — Il est impossible d'en palper le bord inférieur à cause de l'ascite, et l'on peut simplement, dans certains cas, percevoir le *phénomène du glaçon*. On ne peut percuter que le bord supérieur du foie.

C'est seulement après évacuation d'une partie suffisante de l'ascite que l'on pourrait percevoir le bord inférieur, tantôt caché sous les fausses côtes, tantôt mieux perceptible, dur et tranchant, lorsque le foie se ptose après la ponction. Dans ces cas, percussion et palpation combinés montrent que le *foie est petit*.

3. Examen complet du malade. — Le pouls est petit. L'hypotension artérielle, de règle, relève de l'*hypotension sus-hépatique*. L'examen des poumons et des plèvres sera des plus soignés. On recherchera une *tuberculose pulmonaire torpide* qui, si fréquente, assombrit considérablement le pronostic. A la base droite, il n'est pas rare d'observer les signes d'une *réaction pleurale discrète*.

En ce qui concerne le tube digestif, il est troublé dans son fonctionnement du fait de la gastrite éthylique aussi bien que de l'insuffisance hépatique; langue vernissée, anorexie, pituites, nausées, selles hypocolorées.

On ne manquera pas de faire un examen *neurologique*, de rechercher une polynévrite, dont on sait l'association possible, chez ces malades, avec des troubles psychiques.

L'*examen des urines* renseignera utilement sur le fonctionnement hépato-rénal. Rouges, briquetées, les urines renferment de l'urobiline, parfois des sels et des pigments biliaires. Les troubles du *rythme de l'élimination urinaire* (anisurie, opsiurie) relèvent de l'hypertension portale).

L'*exploration fonctionnelle du foie* par les diverses épreuves que nous avons citées ne fournirait à cette phase de la cirrhose que des renseignements pronostiques.

Enfin, l'on recherchera les *stigmates de syphilis* : tabes fruste, signe d'Argyll, etc., et l'on pratiquera le Wassermann dans le sang et le liquide d'ascite, car l'on sait la fréquence de la syphilis associée dans l'étiologie des cirrhoses atrophiques ascitogènes type Laennec. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Couvelaire, Lemeland, Chirié, Robineau, Donzelot, Potocki, Vignes.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — CORBEIL. — Un concours sur titres aura lieu à Corbeil (Seine-et-Oise) le lundi 10 juin prochain en vue du recrutement d'un directeur administratif de l'hôpital-hospice de Corbeil.

Traitement progressif de 19.000 à 26.000 fr., plus le logement et des avantages en nature.

Les candidats devront avoir 30 ans au moins et 50 ans au plus et posséder, soit la licence en droit, soit le doctorat en médecine, soit dix ans au moins de pratique administrative des hôpitaux civils ou militaires. Ils devront venir eux-mêmes exposer leurs titres au jury.

Les candidatures devront parvenir à l'Hôtel de Ville de Corbeil avant le 31 mai, dernier délai.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale. — Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 12 mai. — M. Mathieu : Eléments de pronostic dans le diabète sucré.

M. Sorel : Abcès du cerveau.

M. de Grailly : Diagnostic des comas chez les diabétiques.

Séance du 13 mai. — M. Delmas-Marsalet : Zona.

M. Baumel : Le diabète insipide.

M. Sendrail : Diagnostic des cholécystites.

Séance du 14 mai. — M. Chardonneau : Les dextrocardies.

M. Michon : Aortite abdominale.

M. Abel : Maladie du sérum.

Section de chirurgie. — Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 14 mai. — M. Perrin : La symphyse du péricarde.

M. Creyssel : Indications de l'anus contre nature sur le gros intestin.

Section de physiologie. — Epreuve de titres. — MM. Kayser, 18; Gley, 17; Malmejac, 16,5.

Section de physique. — Epreuve de titres. — MM. Bugnard, 17; Reiss et Swynghedauw, 16; Imbert, 13.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de chimie de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le jeudi 6 novembre 1930 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont déclarées vacantes les chaires :

1° D'hygiène militaire, hygiène tropicale, médecine préventive;

2° De neuro-psychiatrie, médecine légale, législation et administration, service de santé en France et aux colonies;

3° De clinique chirurgicale, chirurgie de guerre, appareillage, orthopédie, spécialités.

Il sera procédé aux nominations des nouveaux titulaires dans les conditions prévues à l'article 9 du décret du 22 août 1928, portant organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Guerre (direction des

troupes coloniales, 3e bureau), le 15 octobre 1930 au plus tard.

INSPECTEURS DÉPARTEMENTAUX D'HYGIÈNE ADJOINTS. — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture de la Dordogne pour le recrutement de deux médecins qui seront chargés des services ci-après dans le département de la Dordogne :

1° Inspection sanitaire des écoles ;

2° Surveillance médicale préventive des pupilles de la Nation ;

3° Consultations gratuites d'un dispensaire polyvalent d'hygiène sociale (antituberculeuses, antivénériennes, prénatales, etc.) ;

4° Contrôle des vaccinations diverses.

Les candidats à ces fonctions devront être français, pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'État), avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de moins de 45 ans.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au préfet de la Dordogne, avec le dossier réglementaire, avant le 25 mai 1930.

CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER. — La Société française de prophylaxie sanitaire et morale de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, d'accord avec la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, la Société médicale des hôpitaux et la Société française d'histoire de la médecine ont pris l'initiative de célébrer le Centenaire d'Alfred Fournier, né à Paris, le 12 mai 1832.

La célébration du Centenaire aura lieu à Paris, le 12 mai 1932 et sera précédée de la réunion d'une Conférence internationale de défense contre la syphilis, les 9, 10 et 11 mai 1932.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — PRIX ETIENNE TAESCH (donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve). — Ce prix sera décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, de préférence ancien interne des hôpitaux, dont il paraîtra utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch devront faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste de leurs travaux et recherches.

Pour l'année 1930, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 fr. — Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1930 à M. le docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — Conférences de clinique et de thérapeutique du dimanche matin. — *Le traitement insulinique du diabète.* — M. le professeur F. Rathery fera une série de cinq conférences à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) à 10 h. 30, le dimanche aux dates suivantes :

18 mai : Les indications de l'insuline dans les formes du diabète. Technique de la cure insulinique.

25 mai : Les résultats immédiats et éloignés de la cure insulinique dans les diverses formes du diabète.

1er juin : Le traitement du coma diabétique par l'insuline.

15 juin : L'insuline dans les complications du diabète (coma excepté).

22 juin : Les accidents de la cure insulinique.

Le cours est libre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Crouzon, médecin de la Salpêtrière, fera tous les samedis à 10 h. 30, au Pavillon du Perron, pendant les mois de mai et de juin, une conférence sur les maladies du système nerveux.

CHRONIQUE

CONTRE LES ÉQUIVALENCES DU BACCALAURÉAT

Le *Bulletin de la Société des professeurs de français et de langues anciennes de l'Enseignement secondaire public* (mars 1930) a publié sous la signature de M. T. Suran, le professeur agrégé de l'Université bien connu, membre très écouté du Conseil supérieur de l'Instruction publique et président de la Société *Franco-Ancienne*, un intéressant article intitulé ÉQUIVALENCE ET MÉDECINE.

M. Suran, qui suit de très près la campagne que notre ami Maurice Mordagne, ancien externe des hôpitaux de Paris et membre d'honneur du Comité de la Corporative de médecine, mène depuis juillet 1929 contre les équivalences du baccalauréat dans la presse médicale et politique, écrit ce qui suit :

« Les perpétuelles demandes d'équivalence de baccalauréat qui sont soumises au Conseil supérieur pour les motifs les plus inconsistants ont amené un certain nombre de membres de cette Assemblée à demander que soit reprise dans son ensemble et le plus tôt possible, « la question des « équivalences du baccalauréat ». Dans l'*Information Universitaire* et dans la *Gazette des hôpitaux* (26-2-1930), M. Maurice Mordagne montre une fois de plus la nécessité de résoudre la question. Que des étudiants de toutes nationalités viennent s'instruire dans nos Facultés et y prendre leurs grades, c'est tout profit pour le rayonnement de la science française. Mais leur donner le droit d'exercer en France, c'est contre quoi s'élèvent de plus en plus les étudiants de France, et ils ont raison. Une question posée par M. le sénateur Armbruster a permis de faire constater par le ministre de l'Instruction publique qu'il n'existe aucune convention diplomatique accordant l'équivalence des baccalauréats français et roumains..... L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris demande de décréter que seul le baccalauréat français donne le droit de prétendre aux diplômes d'Etat de doctorat en médecine et pharmacie. Le vœu des médecins français s'inspire d'un protectionnisme élémentaire. Il serait naïf de ne pas l'appliquer lorsque l'on voit les mesures prises en Turquie par Mustapha-Kémal : pratiquons la réciproque..... »

Qu'il nous soit permis d'ajouter que la campagne de l'Association Corporative a été bien accueillie des Commissions parlementaires de l'Enseignement et de l'Hygiène et qu'un projet de loi réglementant à nouveau l'exercice de la médecine en France vient d'être signée par d'éminentes personnalités de la Haute Assemblée. Souhaitons que le Parlement vote rapidement le projet de loi réclamé par le Corps médical, signé par notre confrère Armbruster, contresigné par l'éminent parlementaire qu'est Léon Bérard, et désiré par des Universitaires d'élite comme M. Suran.

[Nous publions plus loin le projet de loi de M. Armbruster.]

L. G.

REVUE GÉNÉRALE

LES IDÉES ACTUELLES SUR LA FIÈVRE JAUNE [1]

Par le docteur PIERRE SÉE,
Docteur ès sciences.

La fièvre jaune a fait depuis quelques années son apparition en Afrique. Elle a envahi la Libéria (Bouet). L'épidémie semble, après avoir épargné le Soudan, gagner lentement.

Le médecin général inspecteur Lasnet, dans des notes présentées au Comité de l'office international d'hygiène publique, a signalé l'évolution de la maladie au Sénégal, en 1927. Après un sommeil de près de quatorze ans, la fièvre jaune s'est réveillée vers la fin de 1926. Entre octobre 1926 et fin janvier 1927, elle a donné 34 cas (18 Européens et 16 Syriens), avec 29 décès, non compris 15 cas clandestins ou suspects. A Dakar, l'épidémie a trouvé de nombreux *éléments* susceptibles de la propager (conditions d'hygiène difficiles dans une ville en plein développement, mélanges de races). Les autres centres du Sénégal (Saint-Louis, etc.) ont présenté des cas isolés, qui n'ont pas été l'origine de foyers.

Les conditions météorologiques (hiver moins frais que d'habitude), a fait remarquer Cauvy, ont favorisé la pullulation des *Stegomyia*, d'où manifestations de typhus amaryl.

En 1928, la fièvre jaune n'a été signalée en Afrique Occidentale française, qu'au Dahomey et à la Côte d'Ivoire (Lasnet).

Par contre, comme l'a signalé Sir Georges S. Buchanan, il n'y a pas eu d'épidémie de fièvre jaune dans l'Afrique Occidentale Britannique en 1928.

Sur la Côte de l'Or, les seules manifestations signalées depuis septembre 1927 furent deux cas d'infection contractés par accident dans un laboratoire à Accra et qui ont occasionné la mort du professeur Noguchi et du docteur Young.

Il est possible de considérer, avec le médecin inspecteur général Gouzien, que la fièvre jaune est endémique en Afrique Occidentale, condition qui nécessite la pérennité du virus. Cette pérennité peut s'expliquer par la participation du milieu indigène à la constitution de la chaîne amaryle. Jusqu'au début de 1928, dit M. A. Pettit, on pensait en France que seuls les blancs étaient sensibles à la fièvre jaune, mais on est revenu sur cette opinion. Cependant, dès 1910, le professeur Marchoux écrivait : « L'immunité naturelle de la race nègre pour la fièvre jaune, si souvent publiée, n'est pas réelle. Les nègres sont sensibles au virus, comme les blancs. »

En particulier, F. Sorel a vu en 1927, à Dakar, que la mortalité par fièvre jaune chez les noirs, de juin à décembre, a été très supérieure à celle des années précédentes.

Mais d'autres facteurs seraient susceptibles d'assurer la pérennité du virus. On a supposé que le germe amaryl, au lieu de disparaître complètement de l'organisme, se réfugierait dans la profondeur des organes; le sujet constituerait ainsi une sorte de réservoir de virus à décharges intermittentes. Il semble admis que les enfants noirs, qui présentent la plupart du temps des formes frustes, constituent des réservoirs de virus (Mission française en 1927).

L'hypothèse d'animaux réservoirs de virus amaryl a été envisagée, mais d'après Auguste Pettit, rien ne permet d'admettre qu'il y ait, ni en Afrique, ni en Amérique, des animaux jouant un semblable rôle.

On a aussi voulu trouver une explication dans l'hibernation des *Stegomyia*.

De son côté, de Beaurepaire Aragao a constaté la possibilité d'infecter des *Ædes Ægypti* par absorption du sang défibriné de *Macacus rhesus* atteint de fièvre jaune et l'infection réciproque, par contact, des mâles et des femelles. Selon lui, ces faits expliquent les cas de fièvre jaune dans certaines localités longtemps après l'extinction d'une épidémie, sans que l'on puisse établir la possibilité d'aucune contagion humaine.

Symptomatologie. — Les observations du médecin inspecteur général Lasnet, au Sénégal, démontrent que l'évolution a été classique. Pendant l'invasion et la première période, on constate un début brusque par fièvre et céphalalgie, rachialgie, facies vultueux, œil porcelainé avec fines arborisations conjonctivales, paupières grosses et abaissées, dissociation du pouls et de la température, agitation, vomissements, épigastralgie, albumine. Quelquefois, la sensation aiguë de faim est un signal avertisseur du vomissement noir. L'épigastralgie est d'un pronostic très grave (professeur Marchoux).

La deuxième période est marquée par une rémission (généralement du troisième au cinquième jour). Chute de température, quelquefois brutale (en ce cas, il faut porter un très mauvais pronostic), décoloration du visage, yeux subictériques, puis vomito ou melæna. Cette période a une durée de quelques heures; elle manque parfois.

La troisième période est caractérisée par des hémorragies, des vomissements noirs, de l'ictère. La toxine amaryllique lèse profondément la cellule hépatique (Hoffmann). Les hémorragies de la

---

(1) Sans faire de bibliographie, mentionnons que le numéro du Centenaire de la *Gazette des hôpitaux* (nov. 1927) a rappelé les faits suivants relatifs à l'épidémie de Gibraltar de 1828 :

« Un journal annonce, d'après une lettre de Toulon, que M. Louis, membre de la Commission française à Gibraltar, a été atteint de la fièvre jaune. Son état n'inspire pas de vives inquiétudes. Le mal ne s'est pas accompagné chez lui de symptômes bien graves. L'attaque paraît légère. On a craint aussi pour M. Trousseau qui s'est piqué avec un scalpel en disséquant un sujet mort de la fièvre jaune; mais des cautérisations ont été pratiquées et ont arrêté les progrès de l'infection. Il en a été quitte pour des abcès dans la main. »

(*Lancette française*, 1828, t. I, n° 26.)

[Rappelons que l'épidémie avait débuté le 11 septembre 1928. Elle dura jusqu'en janvier 1829. Il y eut à Gibraltar 5.273 malades, sans compter un certain nombre de cas non constatés officiellement et 1.658 morts.

L'Académie avait envoyé le 1er novembre en mission trois médecins : l'un Chervin était non contagionniste; le second Trousseau était contagionniste; Louis, délégué de l'Académie, était neutre. — *N. D. L. R.*]

langue et des gencives et, chez la femme, la métrorragie, semblent parfois annoncer un pronostic favorable.

La terminaison, souvent fatale, se fait par anurie, vomito; elle est quelquefois précédée par des phénomènes nerveux. La guérison est annoncée par une décharge urinaire, chute de l'albumine, apparition en masse de pigments biliaires.

Les formes frustes ne sont pas rares. Elles s'observent surtout chez les enfants dont les parents sont atteints (Lasnet, Cazanove) et sont le point de départ de redoutables épidémies, d'autant que le dépistage des cas bénins est encore plus difficile chez les enfants que chez les adultes.

Un diagnostic sérologique a été indiqué par Costa Cruz; la technique en est fort compliquée. Cet auteur a constaté la diminution considérable et parfois même la disparition totale de l'alexine du sérum chez les sujets atteints de typhus amaryl.

Le diagnostic est souvent difficile pour les premiers cas. On peut croire au paludisme, à la dengue, à la fièvre récurrente, à une spirochétose (Abbatucci). En particulier, le paludisme, selon Laurent, dans ses formes avec réaction hépatique, peut simuler la fièvre jaune. Le médecin inspecteur Gouzien et Léger ont démontré que le diagnostic doit surtout s'appuyer sur la symptomatologie classique.

Une première atteinte confère l'immunité à l'homme pendant environ quatre mois.

Agent pathogène. — Il y a quelque vingt-cinq ans, la Commission américaine et la Mission de l'Institut Pasteur, composée de Marchoux, Salimbeni et Simond, ont établi que la fièvre jaune est provoquée par un virus invisible, filtrant. Cette conception a été délaissée pendant plusieurs années au profit de la théorie de Noguchi, le professeur japonais ayant décrit le *Leptospira icteroïdes* comme l'agent de la fièvre jaune. Cette opinion est généralement abandonnée à l'heure actuelle. D'après Lasnet, Pettit, en effet, et Noguchi lui-même, le *Leptospira icteroïdes* n'a pas été en cause dans l'épidémie de fièvre jaune de l'Afrique Occidentale française. En 1927, Mathis, à Dakar, n'a jamais pu déceler le *Leptospira* de Noguchi. Ce micro-organisme n'a pas été davantage trouvé au Brésil.

Le *Leptospira* de Noguchi ne serait autre, comme l'a dit Sellards, que le spirochète de la spirochétose ictéro-hémorragique, qui n'est pas agglutinable par les sérums d'amarylliens. Divers arguments prouvent cette identité : d'une part, les résultats des épreuves d'immunité (Seigo, Hosoya); d'autre part, les expériences de Pettit, Stefanopoulo, Aguessy et Kolochine, qui ont vu que le sang des amarylliques n'a ni agglutiné, ni lysé douze espèces de spirochètes dont l'*icteroïdes*. Enfin les recherches ultérieures de Pettit, Stefanopoulo, au cours d'une mission au Sénégal, ont confirmé les susdits résultats.

On revient donc à la notion d'un virus invisible que le sérum de l'homme convalescent neutralise à faible dose (Pettit).

Les travaux de Stokes, Bauer et Hudson, confirmés par Watson, puis Mathis et Sellards, ont démontré la possibilité de transmettre par l'intermédiaire des *Stegomyia* le virus amaryl au *Macacus rhesus* (singe asiatique). Cette méthode permet de diagnostiquer des cas frustes. L'animal meurt après inoculation, en quatre à six jours, sans ictère, mais avec lésions hépatiques et rénales caractéristiques.

Le sérum de sujet convalescent protège le macaque contre plusieurs doses mortelles de sang virulent et contre les piqûres de *Stegomyia* infectés. Le foie congelé de singe mort de fièvre jaune permet la conservation de virus actif.

Torres a décrit, dans les cellules hépatiques des singes morts de fièvre jaune, des inclusions nucléaires acidophiles, semblables à celles que l'on trouve dans d'autres maladies à virus filtrant.

Le professeur Louis Tanon fait remarquer que la notion du virus invisible ne remplace pas complètement celle de tréponème. On admet actuellement que les spirochètes passent, à certains moments, par une phase invisible. C'est peut-être cette dernière qui évolue chez l'homme.

La fièvre jaune d'*Afrique* est-elle identique à celle de l'*Amérique*? La question est complexe. Hoffmann répond par l'affirmative. D'autre part, comme l'a exposé Carlos Chagas, Aragao, par des épreuves d'immunité croisée, a conclu à l'identité des deux maladies, américaine et africaine.

Plusieurs auteurs ont cherché à rapprocher la fièvre jaune de la dengue. Cette idée est inexacte.

Pettit et Stefanopoulo ont constaté que le sérum antiamaryllique est sans action sur la dengue. De même, le sérum de convalescents de dengue ne protège pas le singe contre l'inoculation de foie amaryl virulent.

Kuczynski et Bianca, Hohenadel ont pensé trouver un bacille dont les cultures tueraient le singe, le *B. hepatodystrophicans*. Cette découverte reste douteuse, selon le professeur Louis Tanon.

Les piqûres de *Stegomyia* inoculent la fièvre jaune. De Beaurepaire Aragao et Costa Lima concluent, d'après des expériences sur le singe, que les déjections de *Stegomyia* infectées, déposées sur la peau et inoculées par grattage, suffisent à transmettre la maladie.

Legendre estime qu'il y a deux espèces de *Stegomyia*, l'une, la grande race, le *Stegomyia fasciata* des pays à fièvre jaune, seule dangereuse, et l'autre, petite, océano-indienne, inapte à transmettre la fièvre jaune. L'étude des races régionales de *Stegomyia*, selon lui, donnerait la raison de faits épidémiques encore inexpliqués.

Abbatucci, notamment, fait remarquer que l'épidémie a persisté au Sénégal pendant la saison fraîche alors que le *Stegomyia* ne pique pas. Le virus jauneux se propagerait même à travers la peau intacte (frictions sur la peau du ventre du *Macacus rhesus*, d'après les membres de la Commission de recherches sur la fièvre jaune en Nigeria anglaise, les docteurs Johannès, Bauer et Hudson).

On doit au médecin-inspecteur général Lasnet une étude très documentée sur l'épidémiologie de la fièvre jaune. D'après cet auteur, la fièvre jaune du

Sénégal se présente comme une maladie épidémique avec de longues périodes de latence, après lesquelles elle se rallume en formant de nouveaux foyers.

Les températures élevées favorisent l'apparition des foyers. La disparition concorde avec les minima de température de la saison fraîche. Les pluies abondantes et persistantes semblent favoriser la durée de l'épidémie.

Le traitement de la fièvre jaune est très difficile, d'autant que les médicaments ne sont pas aisément acceptés par les malades très abattus. Il doit d'abord comme l'a dit le médecin-inspecteur Lasnet, ne pas nuire au malade. On prescrira la lotion alcoolisée pour abaisser la fièvre, le repos de l'estomac, les lavages de bouche. On fera sucer de la glace. On ordonnera aussi des sacs de glace sur l'épigastre, l'eau bouillie glacée, les ventouses lombaires, les petits lavements froids. On a préconisé le sérum glucosé en goutte à goutte rectal, ou en injections sous-cutanées et l'adrénaline. La néphrine, indiquée contre l'anurie est inefficace.

Si le malade va mieux, il faut maintenir la diète hydrique jusqu'à la disparition de l'albumine et le retour des chlorures. Alors on ordonnera le bouillon de légumes, du sucre, des confitures, etc. On ne donnera pas de lait.

On ne doit jamais administrer de quinine, très dangereuse pour les jauneux, car elle agit sur les reins déjà gravement touchés (Gouzien, Marcel Léger). On s'abstiendra donc de ce médicament tant qu'on n'aura pas recherché l'hématozoaire de Laveran.

Le sérum de Noguchi peut être employé soit suivant la formule de l'inventeur, soit à petites doses continues, soit à hautes doses progressives, soit en attaque brusquée (Lasnet).

Beauvallet estime que le sérum de Noguchi, en injections intraveineuses, protège les sujets traités trois fois sur quatre, à la condition d'être administré de façon très précoce. Ce sérum, d'après J. Renault et Abbatucci, serait sans inconvénient, à part le choc observé après une première injection, mais il n'aurait qu'une valeur très contestable.

On a essayé aussi le sérum anti-ictérohémorragique et le sérum de convalescent.

* *

Divers traitements préventifs ont été expérimentés. Le vaccin de Noguchi a été utilisé par Suldey. Sur dix sujets ainsi traités, deux seulement ont eu la fièvre jaune, mais assez tôt pour que l'on puisse admettre qu'ils étaient en incubation au moment où ils ont été vaccinés. Au Sénégal, Lasnet emploie le vaccin suivant le procédé de Noguchi en deux vaccinations, sans incident notable.

Bismutothérapie préventive. — Sazerac et Hosoya ont utilisé le bismuth en injections intramusculaires, sous la forme de tartrobismuthate de potassium. Les animaux ont reçu les injections trois à quatre jours après l'inoculation du virus et ils ont guéri, alors que les témoins ont succombé. L'emploi des composés bismuthiques découle de la théorie spirochétienne de la fièvre jaune.

Le quiniobismuth (s'abstenir chez les enfants, les sujets âgés ou présentant des lésions cardiaques, rénales ou pulmonaires, etc.), a été employé sans incident. L'efficacité de ces traitements semble douteuse.

Mais de récentes découvertes, basées sur l'existence d'un virus filtrant, semblent réaliser de réels progrès dans la lutte contre la fièvre jaune.

Le professeur Hindle, à Londres, a constaté qu'un vaccin préparé avec du foie de singe mort de la fièvre jaune, additionné de formol ou de glycérine phéniquée, constitue une protection efficace contre de très fortes doses de virus, inoculées huit jours ou plus après l'inoculation prophylactique du vaccin. Le vaccin conserve sa puissance préventive après dessiccation dans le vide. Les travaux de Hindle ont été confirmés par ceux de l'Institut Pasteur de Paris et de l'Institut Oswaldo Cruz, à Rio-de-Janeiro. Le dit vaccin a été employé chez l'homme sans réaction fâcheuse.

Pettit a d'abord utilisé, comme vaccin, du virus atténué, consistant en foie de singe mort de la fièvre jaune et conservé soit à la température ambiante, soit plus d'un mois à 5° centigrades, mais le procédé a été abandonné. Il emploie actuellement comme vaccin de l'anavirus préparé selon le procédé de Ramon pour l'anatoxine (complexe foie plus virus filtrable tenant lieu de toxine). Cet anavirus a conféré au singe une immunité solide, sans provoquer de troubles; on cherche à l'appliquer à l'homme.

MM. Pettit et Stefanopoulo ont obtenu un sérum à partir du virus de A. W. Sellards. Au bout de 4 à 5 injections intracœlomiques massives de foie virulent, le sérum de singes acquiert des propriétés neutralisantes et immunisantes marquées.

V. Frasey a constaté qu'après trois mois d'inoculations hebdomadaires, le sérum du cheval a acquis des propriétés analogues à celles du sérum des singes sus-indiqués.

Le sérum de cheval et de singe :

a. N'a pas d'influence défavorable sur l'organisme;

b. Neutralise *in vitro* le virus de la fièvre jaune;

c. Protège le macaque contre une injection ultérieure de virus et exerce une action curative contre la fièvre jaune chez cet animal.

d. Empêche la fièvre jaune de se déclarer chez le macaque qui reçoit du sérum un à trois jours après l'injection de virus.

D'autre part, Hindle a démontré que le sérum d'animal guéri peut donner l'immunité. Le sérum de Pettit et Stefanopoulo est prêt pour être essayé chez l'homme, à titres prophylactique et thérapeutique.

A. Pettit, Stefanopoulo et Kolochine ont signalé, l'été dernier, à l'Académie de médecine, qu'ils sont parvenus à conserver le virus depuis quatorze mois, sans qu'il perde la virulence indispensable à la préparation du vaccin et du sérum antiamaryl.

Prophylaxie. — Elle est indispensable, aucun traitement préventif n'ayant encore fait ses preuves définitives. Dyé a exposé la nécessité d'une étroite collaboration entre médecins et services adminis-

tratifs, idée développée dans la thèse de Mme J. Cadot.

Le médecin inspecteur général Lasnet, chef de la Mission de la fièvre jaune et ses collaborateurs Sorel, Cazanove sont parvenus, en prenant la direction des mesures, à enrayer l'épidémie qui menaçait de s'étendre de la manière la plus grave.

Il est rationnel de distinguer dans la fièvre jaune deux phases : celle de début ou rouge, caractérisée par des phénomènes congestifs, inflammatoires et douloureux, et la phase terminale, ou jaune, qui est celle de l'ictère, des hémorragies, de l'anurie. La première, seule, est intéressante au point de vue de la prophylaxie. En effet, la Commission américaine de Cuba, la Mission française du Brésil ont démontré que le virus amaryl n'existe dans le sang des sujets atteints que pendant les trois premiers jours de la maladie. C'est donc uniquement pendant cette période que le malade doit être mis à l'abri de l'agent transmetteur, c'est-à-dire du moustique dénommé successivement *Stegomyia fasciata*, *Ædes Egypti*, *Ædes Argenteus*.

Il est donc d'absolue nécessité de faire un diagnostic précoce. Or, comme l'a dit le médecin inspecteur général Lasnet, il est extrêmement difficile à établir « en l'absence de tout signe clinique nettement positif et de toute réaction biologique encore admise ». Le malade et son entourage croient à une manifestation palustre, par exemple, et n'appellent que tardivement le médecin. Ce dernier, souvent, a un moment d'hésitation avant de porter un diagnostic si gros de conséquences. Or, si on attend l'ictère ou le vomissement noir et qu'aucune précaution n'ait été prise, il est trop tard, les *Stegomyia* sont infectés et le foyer va se constituer.

Le meilleur moyen, dit Lasnet, est d'établir une distinction entre le diagnostic prophylactique précoce ou de suspicion, à faire dans toutes régions où la fièvre jaune est endémique ou menaçante, et le diagnostic clinique ou confirmé.

Il faut penser à la fièvre jaune quand existent les symptômes suivants : vultuosité du visage, injection des yeux, céphalalgie frontale, dissociation du pouls et de la température, agitation, insomnie, épigastralgie, vomissements. La recherche négative de l'hématozoaire est un élément diagnostique très important. De même la recherche de l'albumine sur laquelle ont insisté déjà Antonini et Lionet, et Gouzien. Dans aucune maladie, l'albuminurie n'est aussi constante, aussi élevée, aussi rapidement progressive que dans la fièvre jaune. Cazanove pratique l'analyse des urines à chaque miction et même utilise la sonde. On constate ainsi que l'albuminurie est un symptôme plus précoce qu'on ne le croit généralement. Elle se montre vers la fin du premier jour, au début ou au cours du deuxième jour, quelquefois plus tardivement (à la fin du deuxième jour, dit Pichat). Ce n'est pas un signe tout à fait du début, mais l'apparition d'albumine chez un premier sujet, puis d'autres fiévreux, l'augmentation de l'albumine chez le premier confirment le diagnostic de fièvre jaune.

La coagulation sanguine, selon Vellard et Mignelotte Vianna, est diminuée. Cette diminution, sans doute, n'est pas spécifique et dépend des lésions hépatiques; elle peut cependant apporter un élément précoce de diagnostic, en raison de sa constance, de sa précocité, de son intensité dans la fièvre jaune et de son absence dans les autres réactions fébriles (grippe, broncho-pneumonie, paludisme) avec lesquelles la fièvre jaune peut être confondue au début.

Les mesures de prophylaxie, dont Marchoux notamment a démontré l'importance à Dakar, nécessitent la recherche de l'origine de l'infection, c'est-à-dire du lieu où le malade a été infecté et le dépistage des fébricitants. Elles comprennent :

A. **L'isolement du malade.** — Il doit être réalisé, à l'hôpital, dans une chambre grillagée; à domicile avec des cadres grillagés aux portes et aux fenêtres. Le moustiquaire est généralement inefficace, car il est souvent ouvert pour les soins, etc. La difficulté est grande; beaucoup de malades échappent, se croyant atteints de paludisme et appelant le médecin trop tard.

En outre, quelquefois, il y a des formes légères de fièvre jaune qui sont prises pour des embarras gastro-intestinaux ou des coups de chaleur.

On isolera le plus de malades possible dès le début, et surtout au début, de l'épidémie, afin de réduire le nombre des moustiques infectés. Chaque matin, dans la chambre, on fera la chasse aux moustiques.

B. **La protection des individus sains** sera effectuée par le port de voiles de tête, gants, leggins. On mettra un moustiquaire pour la nuit. On grillagera la maison et tous les locaux. Il ne faut pas laisser ouvertes portes et fenêtres. Chasse aux moustiques le soir.

L'hygiène de l'habitation sera très soignée. (Entretien des chéneaux, gouttières, etc. Eviter toute stagnation des eaux. Les citernes, puits, réservoirs d'eau seront hermétiquement clos, etc.)

Le contrôle de la circulation, qui peut disséminer la fièvre jaune, l'isolement nocturne des voyageurs sont des compléments indispensables. Beeuwkes a signalé que l'aéroplane peut être un agent de dissémination de la fièvre jaune, car il peut transporter à de grandes distances des sujets en incubation.

C. **Destruction de l'insecte ailé infecté.** — Elle est à réaliser dans toute la ville. Fraga signale qu'à Rio-de-Janeiro on a utilisé un appareil projetant mécaniquement des insecticides sur plusieurs immeubles à la fois.

La désinfection est difficile dans la brousse, où il y a de nombreuses cases indigènes. En outre, les moustiques se cachent dans les arbres, les jardins, etc., où ils échappent aux recherches. Le moustique, gorgé de sang, va se réfugier dans des coins obscurs, où l'on cherchera à l'exterminer.

D. **Destruction des Stegomyia à toutes** les phases de **leur existence.** — C'est la seule mesure réellement efficace. Le mieux est d'agir pendant leur vie aquatique. Cette lutte doit être faite sans relâchement.

Les principales villes ont un service d'hygiène bien équipé. Assécher toute mare, etc. On y versera de l'huile lourde. Désherber cours et jardins. Roubaud a étudié la biologie de l'*Ædes argenteus* et conseille de curer ou de flamber l'intérieur des récipients et de stériliser les eaux de canalisation par le chlore.

Le développement de la larve du *Stegomyia* est facilité, comme l'ont démontré Bacot puis E. Roubaud, par la présence de microbes. Il pourrait donc être entravé, comme le pense Bunau-Varilla, par la pureté et l'état antiseptique conféré à l'eau par la verdunisation.

Toutefois, d'après Santet, la javellisation préventive ne serait pas efficace dans les pays très chauds.

E. **Désinfection des immeubles après l'épidémie de fièvre jaune** par l'acide sulfureux, etc. (Sorel et Armstrong à Dakar.)

L'ensemble des mesures à prendre contre la fièvre jaune a fait l'objet de nombreux écrits. Il faut citer notamment l'excellent travail de Waldomiro de Oliveira sur la prophylaxie de cette infection au Brésil.

En compulsant de vieux textes, Cazanove signale aussi qu'à quatre reprises, au Sénégal, la dengue a précédé de quelques mois la fièvre jaune. L'apparition de la dengue exige donc l'intensification de la lutte contre les *Stegomyia*.

Enfin, la découverte de l'animal sensible au virus amaryl, le *Macacus rhesus*, permet l'inoculation expérimentale de sang prélevé sur les indigènes des diverses régions de nos Colonies et donc la détermination des zones endémiques indigènes. On a pu aussi utiliser pour les expériences le *Macacus cynomolgus* et le *Macacus speciosus*. Le virus peut être injecté par voie sous-cutanée, intrahépatique, déposé sur la conjonctive oculaire, ou sur la peau profondément scarifiée (professeur E. Marchoux).

Pettit, Stefanopoulo et Kolochine signalent, à ce sujet, que le singe peut faire une forme inapparente de la fièvre jaune, révélable seulement par inoculation à un singe neuf. Cette notion doit être un guide au point de vue des mesures prophylactiques nouvelles à prendre.

La lutte, comme l'a dit Cazanove, ne doit pas se borner au temps d'épidémie. Il faut travailler en temps de paix, y consacrer les fonds nécessaires. La fièvre jaune amène de graves perturbations dans la vie économique d'un pays (crainte d'épidémie, isolement des endroits atteints, etc.) et il importe de l'éviter à tout prix.

Lasnet insiste sur les mesures de défense d'ordre administratif (service spécial d'Hygiène et Commissions de contrôle), qui doivent être combinées avec l'éducation de la population (texte de conférences, affiches, etc.). La nécessité de mesures de coercition peut s'imposer. La surveillance de l'état sanitaire et de l'hygiène des indigènes, le rôle des infirmières visiteuses et des infirmiers sanitaires dont le Gouverneur général a ordonné la création, tout un programme d'assainissement restent à l'ordre du jour.

La Conférence africaine de la fièvre jaune s'est réunie en 1928, à Dakar, sur l'initiative de M. Carde, Gouverneur général de l'Afrique Occidentale et tous les travaux qui ont été publiés ont été assemblés en un volume.

Enfin, Remlinger insiste sur le fait que l'épidémie de fièvre jaune du Sénégal commande des précautions pour le Maroc, d'autant que toutes les conditions s'y trouvent réunies pour voir naître une épidémie si un cas venait à y être importé (conditions climatiques, abondance du *Stegomyia fasciata*). Toutes mesures sanitaires utiles sont donc à prendre dans notre protectorat Africain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MAI 1930)

Variations spontanées et provoquées de la répartition du chlore entre le sérum et les globules du sang dans les maladies. — MM. Ch. ACHARD et M. ENACHESCO.

Réactions tissulaires provoquées par l'injection intra-conjonctive de particules d'amiante. — M. A. POLICARD et Mlle V. MOURIQUAND.

De l'activité sécrétoire dans les adénomes surrénaux. — MM. J. ABELOUS et R. ARGAUD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MAI 1930)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Guigues (de Beyrouth), correspondant national depuis 1929 dans la 6e division, pharmacie.

Etude expérimentale de la calcification des lésions tuberculeuses sous l'influence de l'ergostérol irradié. — MM. LEVADITI et LI YUAN PO établissent que l'administration par voie buccale de l'ergostérol irradié à des lapins porteurs de lésions bacillaires à évolution chronique, augmente dans des proportions considérables la calcification de ces lésions. La calcification des tubercules est le résultat d'un changement dans le métabolisme calcique ayant pour siège le cytoplasme des cellules bacillifères (épithélioïdes et géantes). Il en résulte la formation de véritables coques minérales renfermant des bacilles de Koch altérés. Il est probable que la formation de telles coques calciques entrave la propagation de l'infection tuberculeuse aux tissus environnants. Ces recherches mettent en évidence le rôle important que pourrait remplir la vitamine D (ergostérol irradié) dans la calcification des lésions tuberculeuses pulmonaires ou autres en voie de cicatrisation.

L'orientation nouvelle de la lutte antituberculeuse déterminée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie pulmonaire. — M. Fernand BEZANÇON insiste sur les modifications que la généralisation de plus en plus grande de la technique nouvelle telle que le pneumothorax thérapeutique, et d'une façon générale des méthodes de collapsothérapie doit apporter dans l'orientation de la lutte antituberculeuse.

Si les cures d'air et de repos gardent toujours leur importance et si par suite la création de nouveaux sanatoriums doit être encore prévue, il faut considérer que pour les

malades justiciables du pneumothorax, ce qui importe le plus c'est le phtisiologue capable de formuler les indications et les contre-indications des méthodes de collapsothérapie et surtout le technicien capable d'en assurer la réalisation.

Mieux vaut un bon technicien dans une ville qu'un médiocre dans le plus propice des climats. Les centres urbains hospitaliers avec outillage moderne constituent la formule la meilleure : seuls ces centres peuvent assurer le traitement d'un grand nombre de tuberculeux ambulants porteurs de pneumothorax. Ils doivent être en même temps des centres d'enseignements et de recherches.

Ces centres doivent rester en liaison avec des sanatoriums construits par suite à proximité des villes.

La création d'une œuvre chargée d'assurer les conditions de travail réduit aux tuberculeux guéris ou porteurs de pneumothorax suffisamment améliorés est de toute urgence.

Autres communications :

Les méfaits du bruit. — M. Portier.

Etude expérimentale des modifications de la force vive de l'onde pulsatile artérielle en rapport avec l'élasticité de l'aorte. — MM. Dodel et Romeuf.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 8 février 1929)

L'autopansement des phlyctènes. — M. Louis Livet, dans le traitement des phlyctènes consécutives aux brûlures, préconise la coagulation du liquide phlycténulaire au moyen de l'aiguille diathermique qui, en perçant la poche, coagule immédiatement son liquide. Plusieurs diathermopunctures permettent d'obtenir sur toute la surface de la phlyctène un coagulum aseptique et résistant, formant un véritable pansement au-dessous duquel se poursuit l'épidermisation. La cicatrisation des brûlures ainsi traitées se fait sans infections secondaires ni cicatrices vicieuses.

Sur la visibilité radiologique des voies biliaires accessoires par la cholécystographie. — M. Nemours-Auguste montre des radiographies des voies biliaires obtenues après évacuation de la vésicule rendue visible par le tétraiode. L'évacuation de la vésicule est provoquée par l'ingestion d'un repas de jaunes d'œuf et de crème.

Une vingtaine de minutes environ après un repas, on prend des radiographies et on a souvent des images du cystique ou du cholédoque. Ceci n'est pas d'un intérêt didactique, mais présente une utilité dans les cas de calcul du cholédoque.

A propos de l'appendicectomie préventive. — M. Petit de la Villéon rapporte quelques faits personnels qui lui permettent de donner son opinion sur l'appendicectomie préventive. Sans en être un partisan de principe, il considère que, dans certains cas, elle peut être légitime.

Traitements électro-radiographiques des nævi. — M. Foveau de Courmelles pense que le radium est pour les nævi vasculaires, le traitement de choix, mais ses applications en doivent être suivies et surveillées rigoureusement. S'il y a des accidents cutanés, on suspendra les applications et on mettra en jeu des pommades appropriées ou les rayons infra-rouges. Les nævi pigmentaires exigent l'électrolyse, les étincelles de haute fréquence ou la diathermie.

Endocrinothérapie chirurgicale. — M. Victor Pauchet montre que la sympaticectomie chimique des organes sexuels occupe sa place à côté des greffes testiculaires et la section des déférents (opération de Steinach). Elle donne des résultats incontestables.

Combien de temps le bénéfice physiologique dure-t-il? De dix-huit mois à trois ans. Grâce à cette période d'euphorie, le malade a le courage de se rééduquer. Le traitement concomitant par l'endocrinothérapie médicale sera continué et tous les stimulants généraux qui s'adressent aux poumons, à la peau, aux muscles et qui prolongent cette rénovation.

Sur quels organes faut-il agir? Testicules, ovaires, pancréas, artère iliaque externe, artère fémorale, surrénales.

En cas de friction ovarienne, il faut préserver l'intestin et le péritoine, c'est une question de technique.

(Séance du 22 février 1930)

Les modifications du cœur dans l'insuffisance respiratoire chez les enfants. — En étudiant l'orthodiagramme du cœur, MM. du Pasquier et Danhier montrent que dans l'insuffisance respiratoire chez l'enfant, il y a, dans la plupart des cas, un certain degré de dilatation du cœur droit et que l'aspect du « cœur en goutte » décrit classiquement, ne constitue qu'une exception. Après un traitement de rééducation respiratoire, le ventricule droit est toujours revenu à son volume normal en même temps que la respiration récupérait son fonctionnement physiologique.

Les extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique cardio-vasculaire. — MM. René Giroux et Kisthinios soulignent les heureux effets obtenus dans le traitement de certaines affections vasculaires par les extraits pancréatiques désinsulinés préparés selon la méthode indiquée par MM. Gley et Kisthinios.

Dans l'angine de poitrine, les auteurs signalent l'amélioration notable des crises, souvent même leur disparition, et rapportent des cas où la guérison persiste depuis plusieurs mois.

Dans le traitement des artérites, MM. Giroux et Kisthinios ont pu, par des cures prolongées, obtenir la guérison non seulement des douleurs, mais aussi, dans quelques cas, de la gangrène limitée des orteils. Dans l'aortite abdominale, les douleurs disparaissent et l'amélioration suit en général après deux ou trois cures.

Enfin dans l'hypertension artérielle, l'action se manifeste par une baisse des pressions maxima et minima et par la disparition de signes fonctionnels. Les auteurs expliquent les heureux effets de cette nouvelle médication par une action trophique exercée sur les vaisseaux à rapprocher de l'influence de mêmes extraits pancréatiques dans les ulcères variqueux et les ulcères gastriques.

Métabolisme du soufre. — M. Lematte a calculé la teneur en soufre des différents organes de l'homme, des animaux et des principaux aliments. Cette étude lui a permis de calculer ensuite la quantité de ce métalloïde contenue dans la totalité de l'organisme d'un sujet normal. L'auteur compare les entrées de soufre aux sorties. Si dans les aliments, on trouve le S lié intimement à l'azote, dans les urines, la plus grande partie est oxydée et salifiée par des bases fixes. Nous connaissons mal le rôle physiologique du soufre. L'étude de son élimination doit être reprise en instituant des régimes bien définis.

Hématologie par l'image. — M. Bécart projette une série de microphotographies concernant le sang normal et pathologique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(Séance de mars 1930)

A propos de treize cas de paludisme. — Mme Pouzin-Malegue et M. Artarit. Tous ces malades faisaient partie d'un même équipage qui, revenant du Sénégal, débarqua à

Nantes le 21 août 1928. Il s'agissait de paludisme dû au plasmodium præcox. La plupart des malades se présentaient avec un état typhoïde. Trois d'entre eux succombèrent. Les autres s'améliorèrent très rapidement et guérirent sous l'influence du traitement quinique.

Chancre d'inoculation tuberculeuse par plaie du genou chez un enfant. — Mme POUZIN-MALEGUE. Il s'agit d'un enfant de quatre ans chez lequel une plaie superficielle du genou fut l'origine d'une ulcération à évolution torpide qui se cicatrisa en quatre mois et s'accompagna d'une volumineuse réaction ganglionnaire. Celle-ci évolua lentement vers le ramollissement et le bacille de Koch fut trouvé dans le pus.

Un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial. — M. H. GIROIRE rapporte un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, type Duchenne-Erb, dont le mécanisme semble avoir été double (élongation du plexus combinée à une contusion directe des racines). Il discute les éléments du pronostic et se range à l'avis des auteurs qui admettent que les paralysies radiculaires, s'accompagnant, probablement, le plus souvent, de lésions microscopiques des cellules des cornes antérieures, ont une évolution plus lente et fréquemment moins favorable que les paralysies nerveuses tronculaires.

Anévrisme de la carotide interne. Ligature de la carotide primitive. Guérison. — M. FAVREUL. Les anévrismes de la carotide interne sont très rares, l'auteur en rapporte ici une observation : « Il s'agit d'une femme de soixante-quatorze ans qui, depuis 1926 présente de la céphalée aggravée peu à peu de vertiges puis de dysphagie. Elle présente une tumeur rétromaxillaire gauche, l'examen de la gorge montre une tumeur refoulant en avant l'amydale et se continuant avec la tumeur externe. Elles sont animées de battements. On fait une ligature de la carotide primitive gauche. La malade guérit sans incident ».

La ligature de la carotide primitive expose moins que celle de la carotide interne à des accidents cérébraux; elle peut parfaitement amener la guérison des anévrismes de la carotide interne comme le prouvent les observations publiées par Monod et Vanverts, Lenormant, auxquelles vient s'ajouter celle-ci.

A propos de l'alcoolisme. — M. DANO. En Loire-Inférieure, la valeur physique des conscrits est normalement plus grande, au sud de la Loire, pays à vin (70,8 p. 100 pris bons en 1928) qu'au Nord de la Loire, pays sans vin (64,5 p. 100).

L'auteur pense qu'on le doit à ce que la consommation du vin, diminue celle de l'alcool.

A ce que la nocivité du vin, pris en excès, est moindre, plus tardive, d'où atteinte organique, à un âge ou la période de reproduction est passée; la race est sauve.

L'alcool, à action rapide, organique et psychique touche de suite, la race.

C'est ainsi que le privilège des bouilleurs de crus, est en train de tuer la race bretonne, qui, il y a vingt ans, buvait du cidre, se saoûlait, mais ne distillait pas; elle était forte.

Aujourd'hui, on distille, on se saoûle moins, on s'alcoolise plus et en famille; la vente de l'alcool chez les négociants en vins serait quinze fois moindre qu'avant guerre.

Les conseils de révision donnent de gros déchets et signalent la baisse physique de la race, le grand nombre des tarés, des tuberculeux, malgré l'augmentation de la richesse.

La question de la prophylaxie pratique de l'alcoolisme par le vin se trouve donc posée.

Ceci d'autant que le vin ne saurait être assimilé à l'alcool; outre son apport alimentaire, son action excitante des glandes endocrines ou du foie, son action élective chez des asthéniques déprimés qui sont comme sensibilisés est à retenir.

Reste à étudier une « Organisation scientifique de la propagande anti-alcoolique » sur un plan réaliste, partant d'un bilan de ce que coûte ou rapporte l'alcool, à l'individu, à l'Etat, suivi d'une campagne de publicité selon le mode commercial et menée par les groupements intéressés, éclairés par les groupements médicaux, ceci pour le plus grand bien du prestige professionnel.

DOCUMENTS PARLEMENTAIRES

PROPOSITION DE LOI

TENDANT A MODIFIER LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 SUR

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

présentée par MM. ARMBRUSTER, CHAUVEAU *et plusieurs de leurs collègues du Sénat.*

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESSIEURS,

La proposition de loi soumise à vos délibérations a pour but de déterminer les conditions dans lesquelles les étrangers pourront, dans l'avenir, se livrer en France à l'exercice de la médecine.

Les articles 5 et 7 de la loi du 30 novembre 1892 ont soulevé de nombreuses protestations du corps médical et des organisations de défense professionnelle. C'est pourquoi les modifications que cette proposition de loi tend à apporter au texte de la loi du 30 novembre 1892 seront, si elles sont adoptées, la conclusion d'une longue période d'incertitude et de malaise qui n'a cessé de régner dans les milieux médicaux et dont il paraît nécessaire d'exposer les causes dans un court historique.

* * *

Pendant longtemps les docteurs en médecine d'Universités étrangères purent obtenir très facilement l'autorisation d'exercer en France en vertu de l'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI, ainsi conçu :

« Le Gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin étranger et gradué dans les Universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire français. »

Bientôt des protestations s'élevèrent contre cette disposition qui conférait au Gouvernement un droit sans limite. Les échos en retentirent particulièrement en 1827 au Conseil royal de l'Université et plus tard, en 1845, au Congrès des médecins français. Le docteur Cerise présenta sur cette question un rapport documenté dont les conclusions, quoique très restrictives, furent jugées insuffisantes puisque le Congrès adopta le vœu très protectionniste proposé par les docteurs Malgaigne et Laussedat, ainsi rédigé :

« Tout médecin étranger, pour exercer en France, est dans l'obligation d'obtenir le titre de docteur et, par conséquent, de subir les six examens et soutenir une thèse devant une Faculté française. »

C'est donc le diplôme d'Etat exigé de tous les médecins étrangers pour exercer en France.

Le nombre des médecins étrangers ne dépassait pas à cette époque une cinquantaine et cependant, non seulement à Paris, mais dans toutes les Sociétés départementales de médecine, des ordres du jour étaient votés, réclamant une réglementation stricte et bien définie de l'exercice de la médecine par les étrangers.

Une campagne fut menée en 1882 par le « Concours médical » pour obtenir la revision de la loi de l'an XI toujours en vigueur et ce n'est que dix ans après que fut votée la loi du 30 novembre 1892 qui, à quelques modifications près, régit encore aujourd'hui l'exercice de la médecine.

*
**

Les articles de la loi qui doivent être modifiés sont les suivants :

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de l'Etat (Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément au règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique).

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

Art. 5. — Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de première ou de deuxième classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois, il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les Facultés et les écoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger soit la dispense des grades français requis pour cette inscription ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 14. — Les fonctions de médecin expert près des tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Le décret du 25 juillet 1893 complète la loi de la façon suivante :

Article premier. — Les médecins pourvus d'un diplôme étranger qui postulent le grade de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

Art. 2. — La dispense d'examen ne peut porter en aucun cas sur plus de trois épreuves.

Art. 3. — Les dispenses sont accordées par le ministre de l'Instruction publique après avis de la Faculté compétente et du Comité consultatif de l'enseignement public.

En réalité les dispenses d'inscription étaient toujours totales.

Pour atténuer les effets de ce décret qui donnait de nouvelles facilités aux médecins étrangers pour exercer en France et suscitait ainsi de nouvelles réclamations du corps médical, le Ministre de l'Instruction publique adressa, le 21 juillet 1896, une circulaire aux Recteurs des Universités.

Le Ministre recommandait dans cette circulaire de laisser les laboratoires de nos Facultés grands ouverts et sans conditions aux médecins étrangers, mais établissant une distinction entre les jeunes gens qui viennent dans nos Facultés en France, de plus en plus nombreux chaque année, pour y poursuivre leurs études médicales afin de s'établir en France, et ceux qui se proposaient, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine; le Ministre invitait les Recteurs des Universités à astreindre les premiers aux mêmes obligations que nos étudiants nationaux. Ces étrangers ne devaient pouvoir en aucun cas obtenir le diplôme d'Etat s'ils ne justifiaient du diplôme de bachelier lettres-philosophie et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Quant aux autres il pourrait leur être accordé, comme par le passé, des dispenses de baccalauréat en vue de leur inscription dans les Universités, mais en aucun cas le diplôme qu'ils recevraient à la fin de leurs études ne leur conférerait le droit d'exercer la médecine en France.

Seules des équivalences continuaient à être accordées aux étudiants originaires de pays auxquels, pensait-on, nous liaient pour cet objet des conventions internationales (Roumanie et Ile Maurice).

Dans les années qui suivirent, les Facultés se conformèrent à l'avis ministériel et instituèrent un doctorat d'Université avec la mention « Médecin », en vertu de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, ainsi rédigé :

En dehors des grades établis par l'Etat, les Universités peuvent instituer des titres exclusivement scientifiques. Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements, et ne peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades.

Les études et examens qui en déterminent la collation sont l'objet d'un règlement délibéré par le Conseil de l'Université et soumis à la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Les diplômes sont délivrés au nom de l'Université par le président du Conseil de l'Université en des formes différentes de celles adoptées pour les diplômes délivrés par le Gouvernement.

Des abus amenèrent M. Briand, alors Ministre de l'Instruction publique, à rendre, le 29 décembre 1906, le décret suivant :

Article premier. — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire mention « médecine », pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis de la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler, avec dispenses partielles, le diplôme d'Etat de docteur en médecine à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences.

Art. 2. — La dispense d'examen ne pourra en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Les épreuves subies au titre universitaire et pour lesquelles le candidat n'aurait pas obtenu des notes jugées suffisantes par le Comité devront être subies de nouveau.

Art. 3. — Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé, etc...

Malgré ce décret, des dispenses de baccalauréat continuèrent à être accordées à des étrangers et à la suite de nouvelles protestations le décret du 12 mai 1909 enleva au Ministre le droit d'accorder les dispenses de baccalauréat aux étrangers et aux Français.

Cependant les étudiants roumains obtiennent de droit l'équivalence du baccalauréat français lorsqu'ils sont titulaires du baccalauréat roumain. Il était admis jusqu'à présent que ce droit leur était reconnu en vertu d'une convention diplomatique passée entre la France et la Roumanie. Cette convention n'existe pas. Les Roumains, en réalité, continuent à bénéficier d'une faveur qui leur a été accordée à la suite d'une demande du gouvernement des principautés danubiennes au ministre des Affaires étrangères français en date du 8 août 1857. Cette demande ayant été accueillie favorablement, un arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date du 23 novembre 1857, donna aux étudiants roumains l'équivalence du baccalauréat français, lorsqu'ils étaient titulaires du baccalauréat roumain.

Malgré la loi du 30 novembre 1892 et le décret de 1926 cette faveur continue à être accordée aux étudiants roumains et aux Mauriciens.

Jusqu'en 1928 aucun changement ne se produisit dans la législation.

Ainsi les étrangers, munis du diplôme d'Université, pouvaient obtenir le diplôme d'Etat à condition de se faire naturaliser et de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences.

Ces deux conditions remplies, ils étaient dispensés des trois premiers examens, mais ils avaient à subir le 4e examen et 3 examens clinique; interne, externe et obstétrical.

Enfin, avant de subir ces trois examens cliniques, le docteur, muni du diplôme d'Université, devait, pour obtenir le diplôme d'Etat, suivre une année de scolarité (stage et travaux pratiques de 4e année).

Le 17 août 1928 paraît un nouveau décret signé de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique.

Article premier. — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine pourront, en cas de naturalisation ultérieure et après avis du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public (Commission de la médecine et de la pharmacie), être autorisés à postuler, avec dispense de scolarité et dispense partielle d'examens, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou du titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes).

Art. 2. — La dispense de scolarité pourra être totale pour ceux qui auront accompli, en France, le cycle complet des études en vue du doctorat universitaire.

La dispense d'examens ne pourra, en aucun cas, porter sur plus de trois épreuves.

Art. 3. — Le décret du 29 décembre 1906 est abrogé.

Ce décret apportait au précédent les modifications suivantes :

Les docteurs d'Université qui veulent obtenir le diplôme d'Etat sont toujours astreints à passer les examens ci-dessus mentionnés; mais s'ils ont accompli en France la totalité de la scolarité au titre universitaire, c'est-à-dire s'ils n'ont pas commencé leurs études médicales à l'étranger, ils peuvent être dispensés de l'année de scolarité.

Ainsi actuellement un étranger peut exercer la profession médicale en France sans être naturalisé, pourvu qu'il soit muni du diplôme d'Etat; les règlements pour l'obtention de ce diplôme étant pour lui les mêmes que pour un étudiant français (Roumains et Mauriciens exceptés).

Un étranger muni du diplôme d'Université peut le faire transformer en diplôme d'Etat, pourvu qu'il se fasse naturaliser, qu'il possède le baccalauréat ou les titres prévus au décret de 1928 et qu'il repasse 3 examens.

* * *

Le docteur Darras a publié en 1913 (1) les résultats d'une enquête très sérieuse portant sur 64 pays afin de rechercher dans quelles conditions un médecin français pouvait être autorisé à exercer dans ces pays.

A cette époque déjà, à part 4 pays où notre diplôme était admis sans formalités, partout ailleurs un rigoureux protectionnisme garantissait le corps médical contre toute tentative d'envahissement.

Ces formalités n'ont cessé de devenir plus nombreuses et plus sévères, les conditions d'examen et de scolarité plus rigoureuses.

En réalité, le nombre des Français exerçant à l'étranger est infime en regard du nombre considérable des médecins étrangers exerçant en France.

En 1901, la France comptait 16.485 médecins pour 38.500.000 habitants. En 1928, 28.380 médecins pour 39.500.000 habitants.

En 1911, il y avait 541 médecins étrangers exerçant en France, dont 355 dans le département de la Seine.

Or, à cette époque, 8.779 étudiants étaient inscrits dans nos Facultés de médecine, dont 12 p. 100 étaient étrangers.

En 1929, 750 étrangers exerçaient la médecine en France, dont 530 dans le département de la Seine et 220 dans les départements.

Le nombre des étudiants en médecine était dans le même temps de 14.574, dont 25 p. 100 d'étrangers.

Il semble de toute évidence que la progression du nombre des médecins étrangers qui exerceront en France devra fatalement accélérer son rythme en raison de l'augmentation du pourcentage des étudiants en médecine étrangers et des grandes facilités accordées à certains d'entre eux pour obtenir le diplôme d'Etat.

* * *

Les raisons pour lesquelles les étrangers viennent en France pour y étudier la médecine et l'exercer sont nombreuses.

Les méthodes et les leçons de nos grands maîtres sont appréciées dans le monde entier.

Nos laboratoires, auxquels on mesure pourtant si parcimonieusement les crédits, abritent des savants universellement connus, dont les grandes découvertes ont permis de lutter victorieusement contre les maladies contagieuses causant la plus grande mortalité.

La gloire immortelle des Pasteur, des Roux, etc., rayonne dans tous les pays.

La France est hospitalière et pittoresque, elle est pleine des souvenirs de la plus belle histoire et des merveilleux chefs-d'œuvre de l'art à toutes ses époques, aussi les étrangers y sont attirés et ils s'attachent facilement à notre beau pays.

Il est de toute évidence que la vie est plus facile chez nous que partout ailleurs.

Et puis, la France n'a-t-elle pas toujours été considérée comme le berceau de toutes les libertés politiques!

C'est peut-être le plus grand de ses attraits et celui qui doit nous inspirer la plus grande fierté.

C'est toujours à la France que sont venus demander asile les réfugiés politiques, ou ceux qui étaient privés de toutes les libertés dans une patrie asservie par l'ennemi, et nous les avons toujours généreusement accueillis.

En 1845, au Congrès des médecins français, au cours duquel le vœu pourtant si restrictif des docteurs Malgaigne et Laussedat avait été adopté, l'amendement suivant fut voté à l'unanimité : « Les réfugiés politiques qui voudront exercer en France sont exemptés de tous frais. »

Cet amendement visait particulièrement les médecins polonais réfugiés en France après l'insurrection de 1830.

Les médecins français n'étaient donc pas insensibles aux malheurs de leurs confrères étrangers persécutés.

* * *

Toutes ces raisons réunies déterminent les étudiants et les médecins des autres pays à venir étudier et exercer chez nous.

Pour quels motifs donc estimons-nous maintenant qu'il est nécessaire de rendre plus difficile l'accès de la profession médicale aux étrangers dont le nombre va croissant?

Sans doute le plus grand nombre d'entre eux sont honnêtes et consciencieux et leurs capacités professionnelles sont certaines; il y a parmi eux des savants qui ont honoré la France.

Mais il y a aussi, exerçant chez nous, des médecins étrangers qui n'ont pas réussi dans leur patrie pour des raisons professionnelles ou toutes autres ignorées, et que parfois des tares et même des délits ont mis dans l'obligation de s'expatrier. C'est d'ailleurs pour cette dernière raison que le docteur Cerise avait déjà émis le vœu au Congrès de 1845 « que les médecins étrangers devraient fournir un certificat légalement authentique qui témoignerait de leur moralité ».

Les nécessités impérieuses et toujours plus difficiles de

(1) Cf. Darras. *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 45.

l'existence, les études longues et onéreuses, les installations coûteuses, les lois sociales d'assistance imposant aux médecins des sacrifices vis-à-vis de tous les bénéficiaires de ces lois ont certainement changé la mentalité du corps médical qui, tout en restant animé de l'esprit de dévouement et fidèle au culte du devoir professionnel, n'entend plus, à juste titre, négliger ses intérêts matériels.

Le médecin commence à gagner sa vie très tard. La profession est dure, fatigante, exigeant une présence constante, un travail sans arrêt le jour et souvent la nuit. Il est donc juste qu'il puisse assurer son bien-être et celui de sa famille.

S'il y a des chirurgiens ou des spécialistes occupant de brillantes situations, les quatre cinquièmes des médecins vivent très modestement et ne s'enrichissent jamais.

Le médecin connaît aussi l'ingratitude du plus grand nombre, qui souvent mésestime sa valeur professionnelle, son dévouement et n'apprécie pas l'importance du service rendu. Le public ignore trop souvent les inquiétudes et les crises de conscience professionnelle de ceux qui le soignent et compte pour rien les dangers toujours graves et menaçants auxquels ils sont exposés.

Trop souvent l'exercice de la médecine est considéré maintenant comme un simple métier, alors qu'autrefois un docteur jouissait du prestige qui s'attachait à la profession médicale, considérée comme la plus noble entre toutes.

C'est pourquoi l'émulation, le désir de réussir rapidement et même de gagner largement sa vie, le besoin parfois ont pu pousser des médecins à certaines pratiques qui méritent la rigueur des lois.

Et nous sommes obligés de dire que parmi ces derniers les médecins étrangers sont les plus nombreux.

* * *

Il est donc indispensable que l'on puisse, sans être pour cela taxé de xénophobie, exercer un contrôle rigoureux sur les étudiants et les médecins étrangers, de façon à élever une barrière que seuls pourront franchir, pour entrer dans notre pays, ceux qui sont dignes d'y exercer.

Des mesures de protection ont été envisagées bien souvent depuis de nombreuses années, dans les Congrès et au sein des Syndicats médicaux.

Les unes et les autres concluent à la suppression de toutes les équivalences, de toutes les dispenses et la naturalisation en tous cas.

Ces mesures paraissent, à notre sens, trop protectionnistes et auraient peut-être aussi pour conséquence de provoquer des mesures de représaille, particulièrement en ce qui concerne la naturalisation de la part des pays qui ne la réclament pas et qui pourraient l'exiger des Français, non seulement pour l'exercice de la médecine, mais pour toutes les autres professions.

Fermer rigoureusement la porte aux étrangers ce serait risquer de faire perdre à la France la situation qu'elle tient dans le monde de ses traditions de liberté et d'hospitalité.

Nous devons, au contraire, faciliter l'accès de nos écoles à des étudiants et à des médecins qui, s'ils n'ont pas le désir d'exercer chez nous, pourront au moins rapporter nos méthodes, répandre nos connaissances particulières et notre culture dans leur pays d'origine et augmenter ainsi notre prestige à l'étranger.

Si ces étudiants, ces médecins, au contraire, restent en France, certains d'entre eux pourront, peut-être, exercer très brillamment leur profession, devenir même de grands savants

contribuant ainsi à la gloire de la science médicale française.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait peut-être possible de trouver des mesures équitables donnant au Corps médical tout entier l'autorité professionnelle et morale qui lui assurera la complète confiance des malades.

Il est d'abord nécessaire de décider que nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine d'Etat.

Pour obtenir le diplôme d'Etat, les étrangers, quels que soient leurs titres, devront passer tous les examens. Mais il ne paraît pas possible d'exiger des médecins étrangers ou munis d'un diplôme français d'Université, désireux de se fixer en France, qu'ils se soumettent à une scolarité complète notamment pour les années consacrées à la préparation des trois premiers examens.

Cependant une scolarité de deux années au moins devra leur être imposée avant qu'ils puissent subir les 4e et 5e examens, car ce sont ces deux dernières épreuves qui confèrent la garantie la plus certaine de valeur professionnelle.

Le nouveau texte de loi prescrira la naturalisation obligatoire, avant trente ans, pour tous les étrangers qui voudront exercer en France avant cet âge et, dans tous les cas, pour ceux dont les pays d'origine l'exigent eux-mêmes de nos nationaux pour exercer chez eux. La naturalisation sera exigée également de tous les médecins étrangers qui voudront collaborer à l'application des lois de médecine sociale.

La naturalisation sera également indispensable pour tous les médecins étrangers ayant satisfait aux obligations de la loi et qui désireraient, de plus, obtenir une fonction publique.

Enfin, il sera également décidé que les étudiants étrangers qui postulent le diplôme d'Etat ne pourront en aucun cas obtenir de dispenses d'examens et de scolarité.

PROPOSITION DE LOI

Article unique.

Les articles 1, 5, 7, 14 de la loi du 30 novembre 1892, sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Article premier.* — (1er alinéa). Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Art. 5. — Les étrangers munis d'un diplôme d'Université français, mention médecine, et les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté étrangère, postulant le doctorat d'Etat français, devront justifier du baccalauréat français de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et subir les cinq examens probatoires. Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

Le diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Beyrouth ne confère le droit d'exercer la médecine en France qu'aux seuls citoyens français titulaires du baccalauréat français.

Le décret du 17 août 1928 est abrogé.

Les diplômes de tous les docteurs en médecine exerçant actuellement en France et aux colonies, devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

« *Art.* 5 bis. — La naturalisation sera exigée de tous les médecins étrangers titulaires d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine, qui voudront exercer en France avant l'âge de trente ans et, par réciprocité, sans limite d'âge, lorsque ces étrangers seront originaires de pays où la naturalisation est obligatoire pour ceux de nos nationaux médecins désireux d'exercer leur profession dans ces pays. La naturalisation sera obligatoire dans tous les cas pour les médecins étrangers désireux de collaborer à l'application des lois de médecine sociale. (Accidents du travail. Art. 64 de la loi des pensions. Assurances sociales. Assistance médicale gratuite.)

« *Art.* 7. — (2e alinéa). — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecins, aucune dispense d'examen et de scolarité en vue de leur inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

« *Art.* 14. — (1er alinéa). — Les fonctions de médecin expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titre ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels depuis 5 ans. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

INFIRMIÈRE A DOMICILE

L'établissement qui ne se borne pas à placer des infirmières à domicile, mais qui les fournit et perçoit personnellement les rémunérations des clients, est responsable du risque professionnel dans l'exercice de ses fonctions.

La demoiselle C... étant au service de la dame X... en qualité d'infirmière pour le compte de l'Institut catholique des infirmières eut, le 18 avril 1928, une fracture double de la jambe gauche. Elle assigna, en conséquence, devant le Tribunal civil de la Seine, la dame X... et l'Institut solidairement en paiement : 1° d'une somme de 5.000 francs pour frais médicaux et demi-salaires; et 2° en paiement d'une rente annuelle et viagère.

L'Institut catholique d'infirmières ne contestait pas être une entreprise d'ordre commercial; il n'était pas seulement une entreprise de placement, il était aussi une entreprise de fourniture de soins à domicile. La rémunération convenue de 50 francs par jour n'était pas, en effet, perçue pour le compte de la demoiselle C..., mais pour celui de l'Institut; la demoiselle C..., choisie par l'Institut, payée par lui 35 francs sur les 50 francs versés, et demeurée sous la discipline de l'Institut pendant toute sa garde, était à son service et non au service de la dame X...

Il résultait des circonstances de fait que l'accident dont a été victime la demoiselle C... s'était produit entre le décès de la personne à qui des soins avaient été donnés et l'inhumation. Le Tribunal, dans le jugement qu'il a rendu le 25 janvier 1930, constata que la garde n'avait pas pris fin nécessairement par le décès du malade, et que la demoiselle C..., entre ce décès et l'inhumation, était toujours à la disposition de la famille X... Il en a conclu que l'accident survenu était un accident qui s'était produit à l'occasion du travail.

La dame X... fut dès lors mise hors de cause et l'Institut condamné à réparer le dommage subi.

Ce qu'il convient de retenir c'est que, dans le cas soumis au Tribunal, le contrat de louage de services était passé par la famille du malade, non pas avec l'infirmière qui s'était blessée, mais avec l'établissement qui l'avait fournie. La situation se trouve analogue à celle où l'ouvrier d'un entrepreneur est blessé en venant réparer le toit d'un propriétaire; ce n'est pas ce dernier qui est responsable de l'accident survenu à l'ouvrier, mais l'entrepreneur.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

EN PÉRIODE DE GRIPPES...

Il n'existe pas encore de traitement spécifique de la grippe, de là l'emploi de médications les plus variées, le plus souvent symptomatiques. L'expérience montre que la meilleure méthode de traitement de la grippe — comme de la plupart

des infections aiguës — consiste à « parer » aux complications d'ordre pulmonaire et intestinal.

Le Cétémol, par sa composition judicieuse de produits volatils, introduit par la voie intestinale ou sous-cutanée, réalise au maximum l'antisepsie des voies digestives et de l'arbre pulmonaire; de plus, par son camphre, il soutient le cœur.

LIVRES NOUVEAUX

Les urticaires (1), par Edouard JOLTRAIN.

L'urticaire fut un élément dermatologique, une affection autonome à limites d'ailleurs confuses; elle est devenue un syndrome témoin de modifications humorales que bien des causes peuvent engendrer et qui sont l'un des témoins les plus universels, si l'on peut dire, de la réaction de l'organisme devant certaines offensives.

C'est à ce syndrome que M. Joltrain consacre aujourd'hui un volume lourd d'expérience et sans doute pour cette raison bref de texte, au moins en regard d'un sujet aussi vaste; bref aussi au sentiment du lecteur qui peut grâce à lui classer sans difficulté des idées dont la multiplicité des acquisitions récentes avaient pu diminuer la clarté et l'ordonnance.

Après un historique qui déjà introduit le lecteur au vif du sujet, l'auteur étudie le syndrome clinique de l'urticaire dans sa forme courante et dans les nombreux aspects qu'il peut revêtir. Il en entreprend ensuite l'énumération étiologique, d'une richesse impressionnante quand on en dénombre les facteurs : protéines et non protéines, aliments et médicaments, agents physiques les plus banaux, émotions, fatigue musculaire parfois légère, tout peut chez certains sujets occasionner la production d'éléments urticariens. Et il faut y joindre encore les équivalents : asthme, coma spasmodique, etc... Ce syndrome participe, en vérité, de tous les domaines de la pathologie.

A vrai dire, le polymorphisme des apparences et la pluralité des causes voient leur synthèse s'opérer du fait des réactions humorales constantes qui les précèdent et en forment l'élément cardinal quoique parfois latent : réactions colloïdoclasiques. D'autres éléments s'y joignent plus ou moins importants mais qui peuvent constituer le point d'attaque pour le traitement : modifications neurovégétatives, fonctionnement des glandes endocrines, modifications du terrain.

C'est à découvrir de tels facteurs étiologiques ou pathogéniques que devra s'attacher le clinicien pour établir un traitement efficace. Au problème complexe et délicat, l'auteur consacre un important chapitre. A vrai dire, la cuti-réaction, méthode de désensibilisation précieuse entre plusieurs autres a aussi une valeur diagnostique importante mais qu'à l'avis de l'auteur, il faut se garder de pousser au delà de certaines limites comme ont tendance à le faire certaines écoles étrangères. Il y a là un problème important que l'auteur s'est attaché à résoudre.

Tout l'exposé théorique est d'alinéa en alinéa jalonné d'innombrables résumés cliniques, pour la plupart personnels à l'auteur et qui viennent étayer affirmations, hypothèses et démonstrations et faciliter aussi au lecteur l'assimilation des notions utiles.

En somme, un manuel théorique et pratique écrit de la meilleure encre, et conçu dans le plus impeccable esprit scientifique où l'on a plaisir à retrouver l'inspiration du maître si regretté Fernand Widal, à qui l'auteur consacre une préface pleine d'émotion reconnaissante. R. LEVENT.

(1) Paris, G. Doin, 1930. (Collection des actualités de médecine pratique),

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 20 mai. — Jury : MM. J. Faure, président; Lejars, Sergent et Chevassu. — M. GEISZ. Etude de la cholécystogastrostomie. — M. LE TALLEC. Etude de la conservation des ovaires dans les hystérectomies. — M. QUÉRIAULT. Les occlusions intestinales d'origine appendiculaire. — M. LEROUSSAUD. Le rhumatisme tuberculeux. — M. MOUREAU. Les formes fétides et non fétides de la dilatation des bronches.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Jeannin, Henry, Lesbouyries et Robin. — M. LEBLANC. Recherches sur le traitement de la distomatose gastro-intestinale du mouton. — M. POTIER. Dystocies. La torsion de l'utérus chez la vache.

Mercredi 21 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président; Lemierre, Ombrédanne et Vallery-Radot. — M. VACHLAS. Etude sur le traitement de la syphilis. — M. BENASSY. Etude sur les hypersensibilités d'origine digestive chez les adultes. — M. PASCAL. Modifications de la tête du fémur après synthèse pour fracture du col.

Vendredi 23 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Loeper, Lesbouyries, Panisset, Coquot et Maignon. — M. GASSE. La diarrhée blanche bacillaire des poussins. — M. ROUSSEL. Toxicité comparée de certains anesthésiques.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — EXCURSIONS EN CORSE. — A une nuit de traversée de Marseille, à quelques heures de Toulon et de Nice, l'île de Corse, pays des extrêmes et des contrastes possède, dans un espace restreint, tous les climats, tous les aspects, tous les décors. Elle offre, en particulier, des côtes ensoleillées qui égalent en beauté celles de la Riviera française.

Se rendre en Corse est aujourd'hui un plaisir. Des trains de luxe dont les voitures sont de véritables salons roulants, des rapides et des express desservent journellement Marseille, Toulon et Nice, les trois ports d'embarquement d'où les confortables paquebots Fraissinet conduisent en Corse.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent des billets directs simples valables huit jours, des billets d'aller et retour et des billets circulaires valables quarante-cinq jours pour les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte, Chisonaccia et Vizzavona. Ces billets donnent droit à l'enregistrement direct des bagages pour la destination définitive.

S'il est facile d'atteindre la Corse, il est aussi facile d'excursionner dans l'intérieur de l'île. Les services d'autocars P.-L.-M. permettent d'en visiter les sites les plus réputés : calanques de Piana, falaise de Bonifacio, cap Corse, etc...

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE VENDREDI 13 JUIN 1930

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant pendant le deuxième semestre 1930.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au mardi 3 juin 1930.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Varices. Pratique des injections sclérosantes, par Raymond TOURNAY. Préface de Raoul BAUDET, chirurgien honoraire des hôpitaux. Avant-propos de J.-A. SICARD, professeur de pathologie interne à la Faculté, médecin de l'hôpital Necker. In-32 de 264 pages et 22 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, N. Maloine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 15 mai. — M. Drouet : Les obésités endocriniennes.

M. Doubrow : Les épilepsies jacksoniennes.

Notes : MM. Abel, Delmas-Marsalet et Sendrail, 20; Baumel et Drouet, 19; de Grailly, Janbon, Mathieu, Michon et Sorel, 18; Courbin, Chardonneau et Doubrow, 17.

Sont déclarés admissibles (ordre alphabétique) : MM. Abel, Baumel, Courbin, Delmas-Marsalet, Doubrow, Drouet, de Grailly, Janbon, Mathieu, Michon, Sendrail, Sorel.

Liste d'admission. — Faculté de Bordeaux : M. Delmas-Marsalet.

Faculté de Montpellier : M. Janbon.

Faculté de Nancy : MM. Abel et Drouet.

Faculté de Toulouse : MM. Sendrail et Sorel.

Section de chirurgie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 15 mai. — M. Roux : Ostéites fibro-kystiques.

M. Ingelrans : Hernies diaphragmatiques.

M. Ricard : Tumeurs de l'ombilic.

Séance du 16 mai. — M. Labry : Les angiocholites au point de vue chirurgical.

M. Razemon : Luxations récidivantes de la rotule.

M. Guillemain : La sympathectomie en chirurgie des membres.

Séance du 17 mai. — M. Cadenat : Cals vicieux du cou-de-pied.

M. Michon : Le traitement du cancer de la langue.

Section de physiologie. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — M. Malméjac : Régulation glycémique.

M. Kayser : Le tonus musculaire.

M. Gley : Centres vaso-moteurs.

Epreuve clinique. — MM. Gley, 17; Kayser, 16.

M. Kayser est proposé.

Section de chimie. — *Epreuve de titres.* — MM. Chambon, Machebœuf et Roche, 18,5; Cristol, Enselme, Giberton et Wolff, 16.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 17 mai. — M. Machebœuf : Phénomènes de conjugaison de chimie biologique.

M. Chambon : Processus chimiques de l'élaboration des glucides dans l'organisme.

M. Enselme : Métabolisme du soufre (chimie et biologie).

M. Cristol : Acides nucléiques (chimie et biologie).

M. Giberton : Phosphatides (chimie et biologie).

Séance du 19 mai. — M. Wolff : Bases pyrimidiques.

M. Roche : Constituants de l'organisme contenant le groupement guaniolique; origine et sort de ce groupement dans l'organisme.

Section d'obstétrique. — Candidats : MM. Bansillon, Eparvier, Gaucherand, Pigeaud, Kreiss.

Epreuve de titres. — Notes : MM. Eparvier, 19; Pigeaud et Gaucherand, 18,5; Bansillon et Kreiss, 18.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 17 mai. — M. Gaucherand : Les embolies pulmonaires des suites de couches.

M. Eparvier : Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

M. Bansillon : Anomalies de la contraction au cours du travail.

Séance du 19 mai. — M. Kreiss : Des hémorragies dans la grossesse ectopique.

M. Pigeaud : Hémorragies méningées d'origine obstétricale chez le nouveau-né.

Section de physique. — Leçon orale. — MM. Reiss, 17; Bugnard, 18; Imbert, 14; Swynghedauw, 13.

Médecine légale. — Epreuve de titres. — M. Simonin, 19.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés à titre posthume, dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Chaperon (Armand-Robert), électroradiologiste, adjoint des hôpitaux, en fonctions à Broussais, décédé le 20 avril 1930, des suites d'une affection grave contractée dans l'exercice de sa profession, après avoir subi stoïquement, pendant de longs mois, les plus grandes souffrances, digne émule des médecins héroïques qui ont payé de leur vie leur dévouement aux malades et leur foi dans la science ;

Becuwe (Gérard), interne à l'hôpital Saint Sauveur de Lille, décédé à vingt et un ans, victime de son dévouement, des suites d'une diphtérie contractée en soignant un enfant atteint de cette maladie. (*J. O.*, 16 mai 1930.)

LA « SEMAINE NATIONALE DE L'ENFANCE », organisée par l'Office national d'hygiène sociale et le Comité national de l'enfance, du 16 au 22 juin 1930, se terminera le dimanche 22 juin par des fêtes consacrées au souvenir du docteur Pierre Budin, créateur de la première consultation de nourrissons en France. — Renseignements : Comité national de l'enfance, 26, boulevard de Vaugirard, Paris (XVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nestor Decamps (de Bruxelles), Z. Gobert (de Boitsfort); Coustaing, stomatologiste de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris.

CHRONIQUE

INAUGURATION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET DE LA CLIMATOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Vendredi 9 mai, M. le professeur Santenoise a inauguré l'enseignement d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Devant une assemblée nombreuse de professeurs et professeurs agrégés, élèves, parents et amis, le nouveau professeur a d'abord rappelé tout ce qu'il devait à ceux qui ont contribué à sa formation scientifique et médicale; à tous ses maîtres des Facultés de Nancy et de Paris.

Il a ensuite remercié spécialement M. le doyen de la Faculté de médecine, en qui il a toujours trouvé l'aide le plus éclairé et le plus bienveillant pour la création de nouveaux laboratoires de l'Institut d'hydrologie. Il a rendu hommage à l'activité de M. le professeur Perrin, qui initia le premier, les étudiants de Nancy à la crénothérapie.

M. Santenoise rappelle brièvement les découvertes les plus importantes de la chimie physique et de la physiologie dont les applications cliniques permettent de faire de l'hydrologie une science plus précise. Il estime que c'est surtout en s'orientant dans la voie biologique qu'il sera possible d'acquérir une connaissance plus complète de l'action des eaux minérales envers les milieux cellulaires, envers les grandes fonctions régulatrices de l'organisme et plus particulièrement envers le système neuro-végétatif et les glandes endocrines.

Le nouveau professeur donne ensuite le programme des cours qui seront faits à l'Institut : cours élémentaire, envisageant essentiellement la créno-climatothérapie au point de vue clinique, pour les élèves de quatrième année; cours de perfectionnement pour les étudiants de fin de scolarité désirant se spécialiser et pour les médecins hydrologues.

Les laboratoires de recherches du nouvel Institut seront largement ouverts à ceux qui désirent approfondir les nombreux problèmes biologiques encore en suspens, et dont la solution intéresse au premier plan l'hydro-climatologie.

La nouvelle chaire de la Faculté de Nancy ne pouvait être en de meilleures mains et l'activité de son nouveau titulaire sera grandement profitable à la crénothérapie et plus particulièrement à nos stations hydrominérales des Vosges.

L. G.

LE DINER DE PRINTEMPS DE L'UMFIA

Mardi dernier, sous la haute présidence de Son Excellence le docteur Caballero de Bedoya, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Paraguay et sous la présidence du professeur Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine, les membres de l'Umfia et leurs nombreux amis se sont réunis en un dîner donné dans les salons de l'hôtel Lutétia.

A la fin du banquet, où ne cessa de régner l'atmosphère de franche gaieté et de cordialité que son président Dartigues sait toujours faire régner, on entendit les discours d'usage.

Ce fut d'abord le sympathique secrétaire général de l'Umfia, le docteur Molinéry, qui apporta les excuses des absents et envoya un souvenir ému à son secrétaire adjoint, le docteur Berry, retenu loin du banquet par la maladie.

Puis Dartigues, prestigieux animateur de l'Umfia, souhaita la bienvenue à tous ceux qui sont venus participer en si grand nombre à cette manifestation de la latinité.

M. Philippe Decourt, interne des hôpitaux, parla au nom de la jeune Umfia.

Le doyen de la Faculté de médecine de Bogota, puis Son Excellence Caballero de Bedoya, évoquèrent le souvenir de leurs études médicales dans ce vieux quartier latin où ils ont noué de solides amitiés. Ils célébrèrent les charmes de la « superpatrie » qu'est la France.

M. le professeur Roule, du Muséum, prononça une charmante allocution. M. le professeur Forgue (de Montpellier) en un toast aussi aimable qu'élégant dans la forme, apporta le témoignage de fidélité des provinces françaises à l'égard de l'Umfia.

M. le professeur Achard enfin, avec infiniment d'esprit, but à celui qui sait si bien pratiquer le rajeunissement : le « diabolique Dartigues » et après une soirée dansante très brillante tous les amis de l'Umfia se donnèrent rendez-vous au prochain banquet.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

Vente Etude Me ROBINEAU, notaire à Paris, 8, rue de Maubeuge, lundi 2 juin, à 16 h.,

FONDS DE PHARMACIE

exploité 1, RUE DARU, et 2, RUE DE LA NÉVA.

Mise à prix, 50.000 francs, *pouvant être baissée.*

Matériel et marchandises en sus à dire d'experts.

S'adresser audit Me ROBINEAU, notaire.

LA FORME PALPITANTE DES AORTITES SYPHILITIQUES (1)

Par le docteur ROBERT POINSO,
Chef de clinique à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

Les palpitations sont l'apanage de nombreuses cardiopathies; elles donnent à la séméiologie de l'appareil circulatoire une teinte nerveuse, parfois très gênante; mais il est rare qu'elles constituent à elles seules le maître-symptôme d'une lésion importante. Nous avons observé une série de cas d'aortites syphilitiques où le signe principal de l'affection était représenté par des palpitations. Voyons comment, à l'aide de ces documents cliniques, nous pouvons individualiser leur forme « palpitante ».

D'habitude, il s'agit de malades jeunes, âgés de moins de quarante ans; la recherche des antécédents si précieux, ne nous a jamais rien révélé de notable; tous nos malades niaient énergiquement avoir eu la syphilis. Tous venaient consulter pour des palpitations. Celles-ci duraient depuis des mois, sans aucun autre signe cardiaque fonctionnel dans la plupart des cas; notons qu'elles ne s'accompagnaient d'aucune arythmie lors de nos examens; dans une de nos observations, il existait concurremment une légère, mais nette, dyspnée d'effort. Ces palpitations étaient le plus souvent douloureuses : brusque crispation précordiale, agaçante, irritante, qui survenait souvent sans cause nette, d'horaire irrégulier, mais parfois rythmée sur l'effort : notre malade S..., trente-neuf ans, ressentait ces palpitations en montant ou descendant un escalier. Dans deux cas, en dehors des palpitations survenaient — rarement — des douleurs plus profondes et durables, à type vaguement constrictif et qui éveillaient évidemment l'idée d'une affection de l'aorte. Mais, et c'est là où je veux en venir, dans ces diverses modalités, qu'elles soient pures ou accompagnées, les palpitations dominent de haut le tableau clinique et ce sont elles qui frappent l'esprit du malade et du médecin. Comment les situer? Le schéma classique s'offre immédiatement : palpitations fonctionnelles, palpitations lésionnelles. Sont-elles lésionnelles? L'examen du cœur et de l'aorte va nous le dire. Or, dans tous nos cas (sauf un), l'examen cardio-aortique était négatif; la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal gauche, sans déviation; la matité cardiaque et aortique ne dépassait pas ses limites normales; à l'auscultation, on n'entendait pas de souffle; mais le deuxième bruit était souvent éclatant, sans présenter cependant cet éclat métallique, clangoreux si caractéristique.

En effet, l'éclat du deuxième bruit, il est superflu de l'affirmer, n'est nullement pathognomonique d'une lésion aortique; il faut, pour qu'il ait une valeur certaine, déceler cette vibrance clangoreuse qui traduit la lésion invisible. La tension artérielle, enfin était normale ou légèrement augmentée (17 comme maxima chez S... qui présentait la tension la plus élevée au Pachon). Dans ces conditions, comment ne pas penser à des palpitations fonctionnelles? D'autant plus, répétons-le, que nos malades étaient jeunes (l'une avait vingt-huit ans). Et c'est, en effet, le diagnostic porté : S .., depuis six mois, avait consulté une série de médecins et de cardiologues, qui, chez cet anxieux, ce névrosé de trente-neuf ans, à signes physiques cardio-artériels absents, avaient prescrit les divers médicaments antialgiques et antinévrosiques de mise en pareil cas.

Il est inutile de dire que cette thérapeutique ne fut suivie d'aucun résultat. Notre examen ne fut pas très différent de celui de nos confrères : nous ne trouvâmes qu'un éclat — sans plus — du deuxième bruit aortique, bien peu de chose en vérité pour affirmer une lésion organique. Mais nous disposions d'une autre corde, la radioscopie. Devant tout syndrome fonctionnel cardiaque qui ne fait pas sa preuve, devant toutes ces algies précordiales si fréquentes chez les nerveux, n'omettons jamais ce complément indispensable de l'examen clinique. Chez nos malades, nous vîmes tout de suite une opacité et un élargissement léger de l'aorte, suffisamment révélateurs chez ces sujets jeunes. Notre diagnostic prenait corps : palpitations, fonction d'aortite. Il restait à découvrir la cause de cette aortite chronique : 85 p. 100, peut-être 90 p. 100 de ces aortites sont syphilitiques, d'après Etienne (de Nancy), suivi ici par tous les cliniciens. Nous pouvions donc admettre la possibilité d'une spécificité aortique : notre troisième examen, biologique, *dans tous nos cas*, nous a donné la certitude (Wassermann positif).

Voilà une première forme palpitante, de diagnostic difficile, même impossible, si l'on s'en tient à l'examen clinique isolé, ce qui est encore malheureusement trop fréquent. Les aortites syphilitiques qui la revêtent ont, comme seule traduction fonctionnelle, répétons-le, les palpitations douloureuses. L'examen physique est négatif; mais l'écran et la réaction de Wassermann affirment l'un, l'aortite, l'autre, la syphilis Cette forme est donc, pour nous bien individualisée. Nous n'avons pas retrouvé une description identique à la nôtre dans les classiques. Potain, Laubry, admettent la fréquence des palpitations dans les aortites, *mais ils n'indiquent pas, comme nous, qu'elles peuvent absorber — ou presque — à elles seules toute la symptomatologie de ces lésions chroniques de l'aorte.*

Il est une deuxième forme palpitante, de diagnostic facile; car l'oreille posée sur la poitrine entend aussitôt un souffle systolique avec clangor ou un double souffle. Ici, l'erreur n'est plus de mise; la forme palpitante n'est pas pure, elle est encadrée au milieu de signes physiques révélateurs. Nous n'insisterons pas.

Il nous reste à écrire nos observations. Nous ne le ferons pas, car nos six cas sont exactement superposables. Tous ont moins de quarante ans (de trente-neuf à vingt-huit ans), tous viennent consulter pour des palpitations douloureuses; ils ne présentent pas de signes d'auscultation (sauf une malade atteinte de maladie d'Hodgson): la radioscopie révèle une aorte

(1) Nous n'envisageons ici que que les aortites de la crosse.

anormale, nous l'avons vu, et une hypertrophie modérée, mais nette, du ventricule gauche, non perçue cliniquement; leur Wassermann, à tous, est positif.

Et, j'y insiste, *cette forme palpitante me paraît d'un pronostic plus bénin, car elle semble témoigner d'une lésion débutante.* Ceci est, d'ailleurs, étant donné le nombre restreint de nos observations, une simple impression, étayée cependant sur les faits suivants : âge peu avancé, absence de signes physiques, peu d'intensité des signes radiologiques, bons effets du traitement, tout au moins immédiatement, sur le symptôme gênant. C'est donc pour les aortiques palpitants une bonne fortune, si je puis m'exprimer ainsi, de ressentir ces chocs agaçants précordiaux, puisqu'ils semblent être relativement précoces dans l'évolution de leur lésion, et leur permettent ainsi de subir un traitement d'autant plus efficace qu'il aura été plus tôt institué. Nous savons trop combien est le plus souvent insidieuse, sans grand symptôme, l'évolution des aortites chroniques syphilitiques, puisque c'est parfois lors d'une crise d'angor que pour la première fois on découvre la lésion, déjà ancienne, et ayant envahi les coronaires, pour ne pas méconnaître la valeur véritable d'un signe de début.

C'est pour nous, médecins, un devoir de soupconner sous une palpitation, une lésion minime, mais grave de l'aorte. J'espère, par ce bref article, avoir suffisamment attiré l'attention pour me dispenser de conclusions qui sautent aux yeux.

UN EXEMPLE D'OBSTINATION DES FAMILLES
A RÉCLAMER LA SORTIE DES ALIÉNÉS DÉLINQUANTS

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Quelles que soient les opinions actuelles sur les notions de dégénérescence mentale et de débilité mentale et sur le rôle de l'hérédité, si même on concède que ce rôle fut souvent exagéré par certains auteurs, il faut admettre, et les observations le démontrent, l'importance primordiale de la prédisposition et de la constitution héréditaires, non seulement dans l'éclosion mais surtout dans l'évolution des maladies mentales.

Si, le premier, Morel et après lui Magnan, Régis, Sérieux et tous les auteurs du XIXe siècle, ont mentionné l'importance du facteur hérédité chez les psychopathes, et s'ils ont insisté sur l'obligation de rechercher, à l'origine de tous les troubles mentaux, les tares des ascendants et collatéraux, c'est que l'expérience a toujours démontré l'impossibilité de ne pas tenir compte de l'hérédité.

Cette théorie, à l'heure actuelle, est encore entièrement justifiée. Le médecin d'asile, en contact avec les parents de ses malades, peut, chaque jour, se rendre compte du déséquilibre de certaines familles qui se montrent rebelles à tous les conseils et à toute direction médicale. L'observation suivante est le meilleur exemple qu'on puisse exposer à l'appui de cette thèse :

OBSERVATION. — T... (Jeanne), vingt ans, sans profession, entre à Saint-Lazare le *22 avril 1922*, inculpée de vol. Le dossier révèle plusieurs internements antérieurs dans les asiles d'aliénés, après arrestation pour différents délits (vols ou attentats à la pudeur).

A l'âge de treize ans, le *7 mars 1915*, elle est arrêtée, sur les fortifications, en compagnie d'un maçon de soixante-trois ans qu'elle masturbait, et elle est connue dans son quartier où elle a l'habitude de racoler et de masturber, dans le square du Père-Lachaise, des hommes âgés. Le père de l'enfant, convoqué au commissariat de police, prétendant qu'on avait violé sa fillette, dépose une plainte contre détournement de mineure, plainte qu'il retire quand on lui réclame un certificat médical constatant le viol, et il menace le commissaire de police de l'intervention d'un député. Ces faits sont relatés dans le certificat du médecin de l'Infirmerie spéciale qui écrit :

24 mars 1915. — « Débilité mentale avec perversité. Insuffisance de discernement. Instruction nulle. Instabilité; fugues; désordre de la conduite; tendance aux vols, aux mensonges. Troubles de la parole qui est indistincte et nasonnée. Pauvreté du vocabulaire; langage souvent peu compréhensible. Vicieuse et connue dans son quartier comme masturbatrice d'hommes âgés.

Organes génitaux intacts; rougeur avec léger suintement catarrhal de la vulve; tournioles de l'index et de l'annulaire droits. »

Signé : docteur X...

A l'admission de l'Asile Sainte-Anne, le médecin certifie :

25 mars 1915. — « Imbécillité ; fugues; notions bornées. »
Signé : docteur Y...

Au cours de l'enquête, les témoins, voisins et famille, convoqués à la Préfecture de police, omettent de mentionner les habitudes perverses, et indiquent seulement qu'il « s'agit d'une enfant arriérée ». Ils adressent au préfet de police et au procureur de la République une demande de mise en liberté.

Le *22 avril 1915*, le médecin de l'admission reproduit son certificat d'entrée en ajoutant, toutefois, que la malade « est susceptible d'amélioration ». Le père multiplie les démarches pour obtenir la sortie, de sorte que le médecin rédige une proposition de mise en liberté, ainsi libellée :

17 septembre 1915. — « Débilité mentale. Est réclamée avec insistance par son père qui, travaillant maintenant chez lui, est en état et promet de la surveiller attentivement. Dans ces conditions, la sortie peut être ordonnée. »

Signé : docteur Y...

T... est mise en liberté, mais avant la fin de l'année suivante, elle est arrêtée pour vol et expertisée. L'aliéniste conclut :

10 août 1916. — « Imbécillité. Notions bornées. Discernement insuffisant. Est irresponsable. Déjà traitée. Doit être réinternée. »

Signée : docteur Y...

Elle est hospitalisée à Sainte-Anne avec le certificat suivant du médecin-chef de l'admission :

19 août 1916. — « Imbécillité. Perversions instinctives. Plusieurs fois arrêtée pour outrages à la pudeur et vol. »

Signé : docteur Y...

Elle est transférée à la Fondation Vallée, où le médecin mentionne :

4 septembre 1916. — « Débilité mentale très accusée, avec dureté de l'ouïe et troubles de la prononciation. »

Signé : docteur Z...

Or, d'après les renseignements du commissariat de police, sur la famille qui réclame avec persistance que la malade lui soit rendue : « Mme T..., la mère, est atteinte des mêmes infirmités que sa fille, et, sur ses six autres enfants, deux ou trois présentent les mêmes tares. De son côté, le père déclare : « Ni ma femme, ni moi, obligés de travailler, ne pouvons surveiller efficacement notre fille, d'autant plus que nous avons six enfants plus jeunes. »

Cependant, le médecin de la Fondation Vallée cède aux instances de la famille et propose la mise en liberté, certifiant :

12 août 1917. — « Calme et disciplinée à la Fondation Vallée. Peut être rendue à sa mère qui la réclame et s'engage à la surveiller très étroitement. »

Signé : docteur Z...

La sortie est ordonnée et la malade est remise en liberté. Quelle a été la vie de cette fille pendant deux ans? Son dossier est muet à ce sujet jusqu'en *juillet 1920* où T... est arrêtée pour avoir volé deux paires de chaussures à un étalage, emprisonnée et expertisée par un médecin légiste qui conclut :

4 juillet 1920. — « Débilité mentale. Dureté de l'ouïe. Deux fois traitée. Incapacité de direction personnelle. Irresponsable du vol commis. Internement nécessaire. »

Signé : docteur A...

Elle entre à l'admission de Sainte-Anne, où le médecin certifie :

8 juillet 1920. — « Imbécillité. Perversions instinctives. »

Signé : docteur Y...

Elle est, le lendemain, transférée à Villejuif, où après observation pendant vingt jours, le médecin traitant autorise la mise en liberté, certifiant :

2 août 1920. — « Débilité mentale. Peut être confiée à son père qui la réclame. »

Signé : docteur B...

La sortie est ordonnée le *31 août 1920*. T... vit en liberté jusqu'en *avril 1922* où elle est encore une fois inculpée de vol, conduite à Saint-Lazare et expertisée. Le rapport du médecin légiste conclut :

22 avril 1922. — « 1° Internée antérieurement, et à trois reprises est atteinte d'imbécillité, et par suite ne saurait être considérée comme responsable du vol dont elle est inculpée. 2° Doit être réinternée. »

Signé : docteur C...

Elle est transférée à Sainte-Anne, où l'examen du médecin mentionne :

13 mai 1922. — « Imbécillité avec perversions instinctives. Déjà traitée. Doit être maintenue à l'asile. »

Signé : docteur D...

Deux jours plus tard, elle est transférée à Villejuif, le 15 mai 1922. Son père réclame immédiatement la mise en liberté et poursuit les démarches auprès de la Préfecture de police pour obtenir la sortie.

Le certificat de quinzaine du médecin traitant à l'asile de Villejuif conclut au maintien, déclarant :

29 mai 1922. — « Imbécillité. Perversions instinctives. A maintenir. »

Signé : docteur E...

Le père, insistant pour obtenir la sortie, est adressé à la police judiciaire par la Préfecture de police. La mise en liberté ayant été refusée, le père écrit au Président de la République qui s'intéresse à l'affaire et fait intervenir le directeur de son cabinet auprès du préfet de la Seine.

18 novembre 1922. — Lettre de la Présidence de la République. « M. Guillaume T... a fait parvenir au Président de la République une requête par laquelle il sollicite la libération de sa fille actuellement hospitalisée à Villejuif.

Le Président de la République me charge de vous transmettre cette demande. »

Signé : directeur du cabinet.

Cette lettre est transmise au préfet de police qui répond :

« Depuis 1915, T... a été arrêtée sept fois, tant pour vol que pour outrage public à la pudeur. Par suite, l'autorité judiciaire est seule compétente pour statuer sur la sortie. »

Signé : Préfet de police.

En juin 1923, un avoué, sollicité par le père, intervient auprès du Préfet de police, tandis que le père s'adresse au Procureur de la République. Celui-ci réclame un certificat au médecin traitant qui déclare :

5 décembre 1923. — « Imbécillité. Troisième internement à la suite de non-lieu pour vol.

Calme, facile à diriger, s'occupe très régulièrement au ménage, mais a été convaincue de se livrer, à l'asile même, à des vols d'argent sur ses compagnes, vols qu'elle nie malgré l'évidence.

Ne paraît nocive qu'à ce seul point de vue.

Elle pourrait être mise en liberté si sa famille, qui demande avec instance sa sortie, est en mesure de la surveiller. »

Signé : docteur E...

Et, après nouvelle demande de la Préfecture de police, le médecin est obligé d'adresser un autre certificat.

19 décembre 1923. — « Imbécillité. Habitudes de vol. D'ailleurs calme, travailleuse, sert d'auxiliaire dans un dortoir d'alitées et y donne toute satisfaction. Réclamée avec insistance par sa famille. Pourrait lui être rendue si son père s'engage à la surveiller. »

Signé : docteur E...

Malgré cette conclusion, la malade est maintenue à l'asile. Le père continue ses démarches auprès de l'autorité judiciaire, du Parquet de la Seine et du préfet de police qui écrit au Procureur de la République :

28 mars 1925. — « En vous retournant la requête ci-jointe, concernant Mlle T... (Jeanne) dont le père demande la mise en liberté, je ne puis que vous confirmer ma précédente communication du 31 juillet 1922, relative à cette malade. Mlle T... a été placée d'office le 13 mai 1922, après non-lieu dans une affaire de vol.

Trois fois internée déjà dans des circonstances identiques, elle *avait été rendue à ses parents qui, chaque fois, s'étaient révélés incapables de lui assurer la surveillance que réclame son état.*

Dans ces conditions, je ne puis que laisser à l'autorité judiciaire le soin de statuer sur la sortie de cette aliénée. »

Signé : Préfet de police.

Le Procureur de la République demande un certificat au médecin traitant qui répond :

14 mai 1925. — « Imbécillité. Se conduit correctement depuis plusieurs mois, employée comme auxiliaire dans les salles de malades. Calme, lucide, orientée. Manifeste des regrets des actes dont elle a été incriminée.

Il y a lieu de tenter une mise en liberté sous la surveillance de la famille. »

Signé : docteur E...

Inlassablement sollicité par la famille, le Procureur de la République, trois mois plus tard, réclame encore un certificat de sortie qui est ainsi rédigé :

25 novembre 1925. — « Imbécillité. Se montre calme, travailleuse, facile à diriger. Pourrait être rendue à sa famille

qui devra être avertie de l'obligation de la surveiller dans sa conduite. Peut être mise en liberté. »

Signé : docteur E...

Le Procureur de la République n'ayant pas donné suite à cette proposition, il est de nouveau harcelé par le père, et un autre certificat est réclamé au médecin traitant, la malade étant toujours maintenue à l'asile, certificat qui est ainsi rédigé :

16 juillet 1926. — « Est atteinte d'imbécillité. Internée quatre fois après non-lieu (vols), trois fois rendue à ses parents. Ne peut être confiée de nouveau à ceux-ci que s'ils sont en mesure d'exercer sur elle une surveillance étroite et efficace. »

Signé : docteur F...

T... n'est pas mise en liberté et se trouve encore à l'asile de Villejuif en *décembre 1927*, lorsque le médecin traitant adresse aux préfets de la Seine et de police le rapport suivant :

23 décembre 1927. — « Mlle T..., en traitement à la 1re section, 3e quartier de l'asile, n'ayant pas eu ses règles depuis la fin de juillet, et aucun état pathologique n'expliquant suffisamment cette aménorrhée, une grossesse me paraît possible. Après avoir examiné la malade, je l'envoyai examiner au pavillon de chirurgie. Aucun doute n'est possible : Mlle T... est enceinte. J'ai appris que Mlle T... sortait, pendant le service de l'équipe du matin, pour faire des courses en dehors du quartier. Aucune autorisation ne m'avait jamais été demandée à cet effet, et je n'avais jamais été, jusqu'ici, informé du fait, non plus que la surveillante générale.

Mlle T... indique, comme ayant eu des rapports sexuels avec elle, un homme qu'elle donne pour chauffeur de l'établissement. Les faits se seraient passés dans la cave du calorifère du 7e quartier hommes. »

Signé : docteur G...

Après enquête administrative, le fait est reconnu exact. Le chauffeur de l'asile est renvoyé; la surveillante et l'infirmière sont blâmées. La malade est envoyée au pavillon de chirurgie jusqu'à son accouchement.

Le *8 mai 1928*, elle retourne à l'asile de Villejuif, tandis que son enfant est confié à l'Assistance publique. Le *16 juin 1928*, par lettre adressée au préfet de police, le père demande encore la mise en liberté de la malade.

Malgré ses incessantes démarches et la ténacité de la famille, T... était encore internée en août 1928, date à laquelle se termine cette observation.

En résumé, une imbécile perverse, incorrigible, inintimidable qui, à l'asile même, est une cause d'incidents et d'affaire de mœurs. Son affection mentale et la surveillance qu'elle nécessite sont méconnues de la famille qui se montre, en toutes circonstances, absolument incapable de surveiller la malade et de lui imposer une attitude correcte.

Bien qu'elle ait été internée en 1915, pendant la guerre, l'état de guerre n'a eu aucune influence sur l'existence de cette fille, ses troubles mentaux et ses réactions morbides.

Cette observation ne se rapporte pas seulement aux réactions antisociales des imbéciles et débiles mentaux. Elle démontre encore que leurs familles sont lourdement tarées. Fait banal, en effet, constaté par tous les médecins d'asiles, que la difficulté de compréhension des parents d'aliénés. Lorsqu'on les interroge sur les antécédents de leurs malades ou les faits qui ont motivé l'internement, leurs réponses sont le plus souvent très difficiles à débrouiller, soit parce que les questions ne sont pas comprises, soit parce que, dans une intention impossible à définir, les parents répondent à côté de la question. Chaque jour, le médecin observe combien il est difficile de faire état des renseignements donnés par les familles, et surtout que les réponses écrites contredisent les témoignages verbaux recueillis par le commissaire de police ou les dépositions des témoins lors de l'arrestation et de l'expertise faite à l'Infirmerie spéciale. Incompréhension, mendacité et mauvaise foi de la part des familles, tels sont les obstacles qui déconcertent le médecin soucieux d'établir une observation complète.

Quand l'aliéné est devenu gênant, lorsqu'il faut obtenir le certificat d'internement, les parents insistent avec énergie sur les paroles et les actes qui peuvent provoquer cet internement, et encore à la condition de ne pas se trouver en présence du malade, afin de ne prendre aucune responsabilité, et, plus tard, de ne pas encourir de reproches.

Après quelque temps, lorsque l'aliéné demande sa sortie de l'asile, la famille se retourne contre le médecin pour exiger cette mise en liberté, le plus souvent prématurée, et lui fait des promesses illusoires de surveillance et de protection à l'égard du malade, après qu'il aura quitté l'asile. La défiance et le scepticisme des médecins d'asiles et des administrations qui, avec eux, assument la responsabilité des sorties d'aliénés, sont donc (nous en avons donné un exemple) amplement justifiés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1930)

Les échecs de la rechloruration dans les états d'hypochlorémie. — M. ACHARD rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de néphrite avec anémie (1.640.000 globules rouges), hypothermie, azotémie (3gr70), abaissement de la réserve alcaline (38,7) et hypochlorémie (3gr19 sérum; 1gr53 globules). Il avait de la diarrhée et des vomissements. La médication chlorurée (15 grammes de sel par la bouche et 15 grammes en injections veineuses chaque jour) ne fut suivie d'aucune amélioration. Les urines tombèrent à 300 grammes par jour. Les protéines du sérum étaient très diminuées (50 grammes p. 1000); la réserve alcaline descendait à 30,5; l'azotémie montait à 3gr91; le chlore du sérum remontait seulement à 3gr42, quand la mort survint. Les reins étaient scléreux et les glomérules fibreux pour la plupart.

L'intérêt de la comparaison du chlore dans les globules et le sérum réside dans ce postulat que le chlore des globules est le reflet de celui des tissus. Or, si le chlore du sérum est celui qui compte pour les échanges, c'est celui des tissus qui compte pour les troubles fonctionnels. Seulement les variations du chlore dans les globules et dans les différents tissus ne sont peut-être pas toujours parallèles.

La rétention d'azote qui peut coexister avec l'hypochlorémie n'en dépend pas directement. Elle résulte de l'insuffisante diurèse et de l'insuffisante concentration rénale. C'est moins une azotémie par manque de sel qu'une azotémie avec manque de sel.

Syphilis et vitiligo. Erythème prévitiligineux. — MM. MILIAN, HOROWITZ et MASSOT rapportent un cas de vitiligo et de pelade du cuir chevelu survenus quatre ans après une syphilis secondaire, et un autre cas de vitiligo en évolution avec taches érythémateuses qui sont le siège de la zone active d'extension.

Le vitiligo est une lésion locale inflammatoire, consécutive à une syphilide tertiaire érythémateuse, analogue aux syphilides pigmentaires qui succèdent à une roséole ou à une papule syphilitique. Le contour polycyclique, l'évolution centrifuge du vitiligo sont des caractères habituels des syphilides.

Traitement de l'anémie pernicieuse par l'estomac de porc desséché et pulvérisé. — MM. SCHNEPPER et DUPRÉEZ (d'Amsterdam).

Cancer aigu généralisé d'origine cortico-surrénale à forme septicémique. — MM. F. TRÉMOLIÈRES, A. TARDIEU, A. CARTEAUD et E. NORMAND, communiquent l'observation d'un homme de cinquante et un ans atteint d'un épithélioma cortico-surrénal qui, sans autre indice endocrinien qu'une adynamie accentuée, sans manifestation tumorale, sans hypertension artérielle, a été l'origine de métastases multiples dont l'éclosion et l'évolution, terminée en un mois, ne se sont traduites que par les signes habituels des septicémies.

Les auteurs insistent sur un tel parallèle pathologique entre cette généralisation néoplasique et une infection microbienne qui peut se poursuivre aussi sur le terrain clinique. La réaction fébrile semble due à la résorption des produits de désintégration tissulaire et à la dissémination humorale.

Les sels biliaires de la bile au cours des cholécystites. — MM. M. CHIRAY et A. MARCOTTE, grâce à la nouvelle méthode proposée par eux et M. CUNY, ont effectué, dans des cas de cholécystites chroniques non lithiasiques ou lithiasiques et de cholécystatonies, de nombreux dosages de sels biliaires dans la bile prélevée par tubage duodénal. Des résultats qu'ils ont obtenus ressortent les conclusions suivantes :

1° Dans les cholécystites chroniques non lithiasiques et dans les cholécystatonies, on note, dans la bile B, de l'hypercholestérinocholie, de l'hypercholalocholie et de l'hyperbilirubinocholie ou une bilirubinocholie normale;

2° Dans les cholécystites lithiasiques on observe, dans la bile B, recueillie en cas de vésicule non exclue, de l'hypocholestérinocholie, de l'hypocholalocholie et de l'hypobilirubinocholie ou une bilirubinocholie normale.

Mort au cours d'un accès d'asthme. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et G. MAURIC rapportent une observation qui montre que la crise d'asthme, contrairement à l'opinion classique, peut se terminer par la mort.

La mort survint au cours d'un accès ayant débuté le 30 septembre, qui dura vingt-huit heures, et qu'aucune thérapeutique ne put calmer. Seule une défaillance subite du myocarde peut expliquer l'issue fatale.

Périartérite noueuse (maladie de Kussmaül) à forme chronique. — MM. MACAIGNE et NICAUD ont pu étudier un cas de périartérite noueuse à évolution lente chez une femme de trente-huit ans.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette affection. Cette observation est la troisième publiée en France avec examen histologique. Les formes curables ou à évolution chronique sont encore plus rares que les formes aiguës.

Les lésions artérielles sont les plus remarquables et sont caractérisées par un épaississement très considérable des tuniques externe et moyenne avec intégrité relative de la tunique interne. Les lésions dermiques sont des lésions inflammatoires avec capillarite et péri-capillarite, ou des lésions de nécrose conjonctive encadrées de cellules de type macrophagique formant une ébauche de cellule géante.

Les recherches expérimentales n'ont donné aucun résultat positif chez le cobaye et chez le singe après inoculation du sang ou inclusion sous-cutanée des nodules hypodermiques prélevées par biopsie.

Pneumopathie excavée curable avec spirochètes dans l'expectoration. Action de l'émétine. — MM. Guy ALBOT et Léon MICHAUX (présentés par M. Noël Fiessinger). Les auteurs apportent l'observation et les radiographies successives d'une pneumopathie spirochétienne du lobe supérieur droit qui, en deux mois, s'accompagna de deux vomiques, s'excava, puis guérit sans laisser de traces radiologiques. La rareté des microbes anaérobies associés aux spirochètes confère à ce cas particulier une individualité toute spéciale. L'action d'un traitement émétinien semble être indéniable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1930)

L'infection variolique du chat. — MM. P. TEISSIER, J. REILLY, E. RIVALIER et V. STEFANESCO, poursuivant leurs recherches sur le virus variolique qu'ils possèdent à l'état de pureté, montrent que le chat adulte est assez régulièrement réceptif par voie testiculaire, vis-à-vis d'un virus de passage, provenant du singe ou du chien. L'infection se manifeste chez cet animal avec une intensité très variable; elle peut même revêtir un caractère latent et ne se traduire que par l'apparition ultérieure dans le sérum d'un pouvoir virulicide à l'égard de la vaccine. Les passages successifs, loin d'accroître l'activité du virus pour le chat, aboutissent à une atténuation.

Par contre, la peau offre une sensibilité très inconstante et, quand elle existe, beaucoup moindre. L'inoculation du virus dans l'ovaire, la capsule surrénale, le cerveau, le torrent circulatoire, n'a abouti qu'à des échecs.

Ces auteurs, rapprochant ces résultats de ceux qu'ils ont précédemment obtenus chez le chien, concluent que seul le singe possède une réceptivité assez constante pour se prêter à l'étude du virus variolique.

Recherches expérimentales sur l'action cholérétique des phénols. — MM. Etienne CHABROL, R. CHARONNAT, Maurice MAXIMIN et WAITZ ont montré dans une note antérieure que l'on pouvait renforcer l'action cholagogue de certains acides carboxylés de la série aromatique en leur adjoignant une ou plusieurs fonctions phénol. Ils établissent aujourd'hui qu'en l'absence du carboxyle les phénols ont par eux-même un pouvoir cholérétique. Sur des chiens porteurs d'une fistule cholédocienne, après exclusion de la vésicule, ils ont éprouvé par voie veineuse le phénol simple, libre ou en combinaison sodique, la pyrocatéchine, la résorcine, l'hydroquinone, le pyrogallol, le phloroglucine, l'oxyhydroquinone, les naphtols. Toutes ces substances doublent au minimum le volume de la bile excrétée. Par contre, elles offrent le trait commun de diminuer la concentration, le poids de l'extrait sec par gramme de bile. Les auteurs ont observé que l'introduction d'un élément sulfoné dans la molécule du naphtol annihile l'action cholérétique de cette substance. Ils avaient déjà fait la même constatation en étudiant les sels d'autres acides aromatiques sulfonés, le camphosulfonate et le naphtalènesulfonate de sodium.

Protéines de sérum dans la néphrose lipoïdique. — MM. ACHARD et PIETTRE ont étudié, dans 3 cas de néphrose lipoïdique, les variations des protéines du sérum. La sérine était toujours diminuée, la globuline notablement moins. De plus, la myxoprotéine, dans un des cas, était presque absente puis elle s'est relevée à des taux à peu près normaux. Dans les deux autres cas, plus graves, elle était presque normale.

Le traitement thyroïdien a eu pour effet de relever le taux

des protéines et surtout de la sérine, même chez 2 malades qui n'ont point guéri.

Chez un malade dont l'alcalinité de sérum était notablement diminuée, le traitement alcalin a relevé aussi bien l'alcalinité totale que l'alcalinité de floculation de la globuline.

L'équilibre protéique du sérum sanguin dans la méningite tuberculeuse. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS. 1° Dans la méningite tuberculeuse d'allure primitive, l'équilibre protéique du sérum sanguin est sensiblement normal : les protéines totales sont légèrement augmentées; la sérine est à la limite supérieure du taux normal; la globuline n'est pas augmentée; le quotient albumineux reste à son chiffre habituel.

2° Cette conservation de l'équilibre protéique contraste avec ce que l'on observe dans la plupart des maladies, et notamment dans la tuberculose pulmonaire où l'abaissement de la sérine, l'augmentation de la globuline, l'inversion du quotient albumineux sont la règle, au moins dans les formes graves.

Les auteurs discutent les raisons de cette réaction très particulière à la méningite tuberculeuse.

Relation entre le cycle évolutif du « Treponema pallidum » et la genèse des lésions syphilitiques. — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et R. SCHŒN ont étudié l'évolution et le sort de greffes de chancre syphilitique du lapin inoculé par voie sous-cutanée à la souris. L'examen histologique de greffons prélevés à des intervalles divers montre que les tréponèmes disparaissent du greffon très précocement; dès le deuxième ou troisième jour, il est impossible de les déceler dans le greffon, ni dans les tissus avoisinants; puis le greffon lui-même est voué à une destruction progressive et totale où le rôle des polynucléaires est prépondérant. Mais le point saillant de leurs recherches est que le greffon complètement dépourvu de tréponèmes, contient encore du virus syphilitique et reste capable pendant dix-sept jours au moins d'infecter le lapin par voie sous-scrotale. On doit admettre, comme très probable, que le *Treponema pallidum* n'est qu'une des phases du cycle évolutif du virus syphilitique, cycle comportant un stade infravisible, quoique parfaitement virulent. Seule la phase spirochétienne serait capable de déterminer des réactions tissulaires, qui, suivant l'évolution de la syphilis et l'état allergique de l'organisme, se traduisent par un syphilome primaire, par une papule ou par une gomme. La phase infravisible, elle, assure la conservation du virus dans certains organes pendant la période latente de l'infection.

Résistance des animaux aux inoculations intra-cérébrales de toxine tétanique. — M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALAMON prouvent par leurs expériences que les animaux ne peuvent résister à l'inoculation des doses mortelles de toxine tétanique dans le cerveau que lorsque l'antitoxine tétanique est présente dans le liquide céphalo-rachidien.

Chez les animaux vaccinés activement *par la voie méningée* cette antitoxine s'y trouve toujours en fortes quantités, et les animaux ainsi traités résistent régulièrement au tétanos cérébral, tandis que ceux qui sont vaccinés *par la voie sous-cutanée* se montrent, tantôt réfractaires, tantôt sensibles à l'inoculation de la toxine dans l'encéphale. Ce phénomène s'explique aisément par une pénétration passive de l'antitoxine sanguine dans le liquide céphalo-rachidien, grâce au fléchissement de la barrière vasculo-méningée provoquée par l'injection du bouillon toxique dans la cavité cranienne. Elle y pénètre en quantités variables, selon que la réaction méningée est fortement ou faiblement accentuée.

Sur le polymorphisme du streptocoque gourmeux. — MM. Ach. URBAIN, G. GUILLOT et Maurice VALLE montrent que le streptocoque gourmeux est très polymorphe et qu'il se présente assez fréquemment dans les hémocultures sous une forme bacillaire. Ces germes sont disposés en paquets d'épingles ou en palissades, rappelant l'aspect des bacilles diphtériques longs ou moyens. Par repiquage, en milieu approprié, tel que le bouillon sérum, les microbes reprennent d'emblée, leur forme typique, en longues chaînettes.

Conservation du bactériophage à l'état sec. — M. Pierre ROSENTHAL, en mélangeant le colloïde bactériophage à un colloïde de protection (gélatine ou gomme adragante) augmentant la viscosité du milieu, a obtenu des conditions de conservation du bactériophage à l'état sec bien plus favorables.

Synthèse du glutathion dans la glande surrénale. — MM. A. BLANCHETIÈRE, Léon BINET et A. ARNAUDET montrent que la perfusion de la capsule surrénale avec du sang additionné de cystine et d'acide glutanique amène l'élévation du taux du glutathion et dans le liquide de perfusion et dans le tissu surrénal. Le rein, exploré dans le même sens, s'est montré sans effet.

Sur l'affinité de l'antitoxine diphtérique pour l'antigène spécifique (toxine ou anatoxine). — M. G. RAMON. Des expériences rapportées il résulte que l'union de l'antitoxine et de la toxine diphtérique n'est ni instantanée ni indissoluble; ceci infirme, une fois de plus, la conception d'Ehrlich du mode d'union de l'antitoxine et de la toxine mais est en faveur des théories d'Arrhénius et Madsen, et de Bordet. L'antitoxine possède pour l'antigène spécifique une « affinité » dont l'intensité se manifeste *in vitro* par la vitesse de floculation, ceci confirme ce qui a été avancé dès 1923 par l'auteur de cette note à savoir que la valeur réelle de l'antitoxine est représentée par la somme de deux valeurs : l'une quantitative correspondant au taux de floculation (et par conséquent au pouvoir antitoxique exprimé en unités d'Ehrlich), l'autre qualitative appréciable par la vitesse de floculation.

Sur l'appréciation des différentes propriétés spécifiques de l'anatoxine diphtérique, par la méthode de floculation. — M. G. RAMON. Des résultats obtenus dans des essais variés il ressort que : 1° l'anatoxine diphtérique possède pour l'antitoxine correspondante une affinité sensiblement équivalente à celle qu'offre la toxine elle-même, puisqu'elle peut prendre une partie plus ou moins importante de la place occupée par celle-ci auprès de l'antitoxine dans le mélange neutre toxine-antitoxine; 2° la méthode de floculation nous fait connaître non seulement la valeur antigène intrinsèque de l'anatoxine, indice de son pouvoir immunisant mais encore son affinité pour l'antitoxine. Cette méthode est donc bien capable de nous renseigner aussi facilement et aussi exactement qu'il est possible sur les diverses propriétés spécifiques que peut présenter l'anatoxine diphtérique.

Pouvoir floculant et pouvoir immunisant de l'anatoxine diphtérique. — M. D. D'ANTONA. D'expériences effectuées *in vitro* et *in vivo* il résulte que : 1° l'anatoxine de Ramon représente un moyen efficace d'immunisation active vis-à-vis de l'intoxication diphtérique; 2° le degré d'immunité conférée par l'anatoxine est proportionnel à son pouvoir floculant; 3° la réaction de floculation permettant d'apprécier le pouvoir antigène intrinsèque de l'anatoxine est une méthode sûre et pratique pour contrôler la valeur des différents échantillons d'anatoxine diphtérique.

Premier essai d'application du photomètre de Vernes-Bricq-Yvon et de la méthode de précipitation au diagnostic sérologique de la syphilis et de la tuberculose par le phénol. — MM. C. NINNI et R. DE BLASIO font connaître que l'acide phénique cristallisé en concentrations différentes, peut servir à déceler les troubles humoraux du sérum des

syphilitiques et des tuberculeux soit par la mesure de la densité optique soit par une réaction de précipitation.

Circulation cérébrale. Action de l'adrénaline. — MM. Riser et Raymond Sorel. L'adrénaline pure, introduite dans la veine, la carotide, le muscle, sous la peau, ne détermina pas de spasme réel des artères cérébrales ni pendant ni après l'injection, comparable même de loin à la contraction intense des artères périphériques.

Circulation cérébrale et adrénaline. — MM. Riser et Raymond Sorel. Chez le sujet normal, il est possible de provoquer des spasmes importants des artères cérébrales par excitation mécanique de ces vaisseaux : attouchement, courant électrique. Ces spasmes sont importants, parfois durables (jusqu'à soixante minutes) et demeurent localisés aux points excités.

Ces faits paraissent confirmer l'hypothèse suivant laquelle les lésions d'artérites joueraient un rôle mécanique d'excitant déterminant ou entretenant le spasme.

Spirochétose des dindonneaux. — M. Stefanopoulo. La spirochétose de poules affecte le dindon et peut déterminer chez les dindonneaux une maladie dont l'aspect rappelle la diarrhée blanche des poussins. Le spirochète de poules inoculé expérimentalement au dindon, provoque chez lui une maladie dont la symptomatologie est superposable à celle de la spirochètose de poule. Le virus de poule par un premier passage par le dindon ne paraît pas subir des modifications.

Fièvre jaune. — MM. A. Pettit, G. Stefanopoulo et E. Roubaud montrent que le magot algérien est très sensible au typhus amaril et qu'il en meurt rapidement.

En outre, ils établissent que les stegomies des régions, indemnes de fièvre jaune, sont aussi capables de transmettre le virus amaril, que les stegomies des contrées d'endémicité.

En particulier, la stegomie du Nord-africain est capable de jouer le rôle de vecteur de virus.

Ces notions sont importantes à connaître pour les hygiénistes, à une époque où les avions peuvent véhiculer un ajuneux encore infectieux dans un pays jusqu'alors exempt du redoutable fléau.

Sur la propriété qu'ont les savons d'abaisser la tension artérielle. — M. Maurice Renaud a reconnu que l'injection intraveineuse de savons, d'oléate de soude en particulier, à la dose de quelques centigrammes détermine un abaissement lentement progressif de la tension artérielle qui peut atteindre 5 et même 10 divisions du Pachon. Cet abaissement porte à la fois sur la maxima et la minima avec une légère diminution de l'index oscillométrique mais augmentation du rapport oscillométrique. Il semble qu'en raison des propriétés physico-chimiques des savons et des particularités de la chute de tension qu'elles déterminent, il agissent en provoquant des modifications physiques de la masse sanguine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 7 mars 1930)

Elimination spontanée par les voies naturelles d'une broche métallique avalée par un enfant de sept mois. — M. Laurence présente une série de radiographies montrant quelques étapes de la migration d'une broche métallique déglutie. En moins de quarante-huit heures, le corps étranger avait atteint l'ampoule rectale.

A propos de la vésiculographie. — M. Luys confirme l'importance de la vésiculographie ; les données qu'elle fournit permettent une meilleure action du massage local ; elle apporte un appui intéressant à l'opération du lavage des vésicules dont l'auteur a relaté les résultats de 194 cas dans un travail récent.

Butée osseuse pour luxation congénitale de la hanche. — M. Raphaël Massart apporte le résultat éloigné d'une butée osseuse faite depuis trois ans ; l'aspect radiographique du greffon pris à l'aile iliaque montre que celui-ci a considérablement augmenté de volume et qu'il forme un appui puissant.

Double uretère bilatéral. — M. Aubourg insiste sur la nécessité, en cas d'anomalies de l'uretère, d'adjoindre à la sonde opaque une injection de liquide opaque avant de pratiquer l'examen radiologique. C'est le seul moyen de déceler les uretères en Y.

Des opérations substituées à l'énucléation et en particulier de l'amputation du segment antérieur du globe oculaire. — M. Bourguet fait un rapport sur un travail de M. Coutela (de Paris) où l'auteur, après avoir passé en revue l'énucléation et l'éviscération du globe oculaire, décrit son procédé opératoire qui permet de ne pas comprendre dans la suture la choroïde et la rétine, ce qui peut amener de l'ophtalmie sympathique.

Invagination subaiguë du côlon sigmoïde dans le rectum provoquée par un cancer sigmoïdien. — M. Hautefort fait un rapport sur cette observation de M. Pierre Laurent (de Paris). Il montre que les cas d'invagination du côlon sigmoïde dans le rectum, provoqués par un cancer, sont d'une extrême rareté. Il étudie les divers modes opératoires qui peuvent être utilisés pour ces invaginations basses.

Tumeur inflammatoire de la cloison recto-vaginale. — M. Devraigne fait un rapport sur une observation de M. Ehrenpreis (de Paris). La tumeur, qui siégeait à la base de la grande lèvre gauche, était fistulisée. L'auteur a extirpé la tumeur en dédoublant la cloison.

Un cas d'épithélioma des os du pied et de la jambe secondaire à un cancer du sein opéré depuis trois ans et non récidivé. — M. René Le Fur communique l'observation d'un épithélioma des os du pied et de la jambe d'abord considéré comme primitif et qui, en réalité, était secondaire à un épithélioma du sein. La radiographie montre une destruction complète des deux phalanges du gros orteil, une destruction incomplète des métatarsiens et des os du tarse, une atteinte du tibia et de la rotule. L'examen histologique a montré l'identité de la tumeur du sein et du cancer osseux.

Appendicite et salpingite droite ouvertes dans la vessie. — MM. Barbet et Pasteau communiquent l'observation d'une jeune fille soignée depuis six ans pour pyélonéphrite, chez laquelle la cystoscopie décela une fistule vésicale en dehors du méat urétérique droit. L'examen clinique révélait un point appendiculaire.

Une laparotomie permit de découvrir un appendice sectionné par une crise ancienne, les traces d'un abcès localisé par des adhérences, une grosse trompe remplie de pus, adhérant à la vessie et communiquant avec elle. Ablation de l'appendice et de l'annexe droite. Mikulicz; sonde à demeure. Guérison.

M. Iselin insiste sur la nécessité, lorsqu'une salpingite est fistulisée dans la vessie, de faire, par laparotomie, l'ablation de l'annexe sans s'occuper de la perforation vésicale.

M. Burty rappelle un cas analogue où, après l'extirpation de la trompe et la mise d'une sonde à demeure, la malade a guéri.

Diverticule de l'anse sigmoïde. — MM. Victor Pauchet et G. Luquet ont observé chez un confrère deux petits diverticules de la partie moyenne de l'anse sigmoïde. A l'examen clinique, en raison des troubles accusés par le malade, on avait cru à un cancer. L'opération a consisté en une ligature au fil de lin des deux diverticules qui furent ensuite sectionnés. Le malade reste guéri.

Fibromyomes intra-utérins volumineux et sessiles. — M. Gaume (de Quimper) communique trois observations de malades atteintes de fibromyomes, tendant à s'accoucher spontanément. Ces femmes qui se croyaient enceintes et ressentaient des douleurs ont été guéries, l'une par hystérectomie, les autres par simple énucléation.

Traitement chirurgical des vertiges labyrinthiques par l'évidement des canaux semi-circulaires. — M. Bourguet présente une malade qui, à la suite d'une otite suppurée chronique, souffrait de vertiges labyrinthiques. L'auteur pratique dans ces cas l'évidement labyrinthique. Il expose sa technique personnelle. Par sa méthode, son opérée a été totalement débarrassée de ses vertiges.

Appendicite avec ectopie du cæcum et diverticulite de Meckel. — M. P. Muller (de Belfort) a opéré quarante-cinq heures après le début de la crise d'appendicite, un malade chez lequel il a trouvé le cæcum sur la ligne médiane, au niveau des premières vertèbres lombaires. Un diverticule de Meckel enflammé siégeait sur l'intestin grêle; l'appendice était congestionné.

Torsion du pédicule d'une rate flottante. Obstruction intestinale. — M. Raymond Petit communique l'observation d'une rate pesant 1.250 grammes qui s'est tordue sur son pédicule de droite à gauche, faisant quatre tours complets. Elle a entraîné par adhérences une obstruction intestinale.

Volvulus chronique du côlon pelvien. — M. Croisier (de Blois) communique cette observation de volvulus survenu chez une fillette de onze ans. Phénomènes d'obstruction chronique. A l'opération, on constate que les branches du côlon pelvien sont tordues l'une sur l'autre; détorsion de l'anse. Guérison.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale (1), par F. Dumarest et R. Brette. — Troisième édition de la *Pratique du pneumothorax thérapeutique*, de F. Dumarest et Ch. Murard, avec la collaboration de F. Guillot, P. Garcin, assistants et J. Angirany, radiographe au sanatorium Félix Mangini, à Hauteville.

Cet ouvrage devenu classique depuis plusieurs années contient une étude d'ensemble de cette importante méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire : technique, appareils, accidents, conduite de la cure, etc...

« Cette troisième édition est en réalité un livre nouveau; en effet, si la collapsothérapie du poumon reste toujours à la base de la thérapeutique de la phtisie pulmonaire, les méthodes de collapsothérapie sont devenues plus nombreuses et la technique du pneumothorax même n'est plus la même que celle qu'avait préconisée Forlanini au début. La collapsothérapie étant la meilleure arme contre la phtisie, contre la broncho-pneumonie tuberculeuse, il faut à tout prix obtenir ce collapsus et si celui-ci ne peut être réalisé par l'insufflation de gaz dans la plèvre, ou s'il est réalisé d'une façon insuffisante, il faut tenter d'autres méthodes, chercher par la

(1) Un vol. de 410 pages avec 54 fig. et 30 pl. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

technique de Jacobæus à libérer les brides pleurales sous le contrôle de l'endoscopie, obtenir la paralysie et la remontée du diaphragme par la phrénicectomie, supprimer l'obstacle apporté par la paroi thoracique à la rétraction du poumon par la thoracoplastie ».

Ce sont toutes ces notions que l'on trouvera exposées dans cette troisième édition, qui ne porte plus seulement le titre de « La pratique du pneumothorax », mais bien aussi celui « de la collapsothérapie chirurgicale », et qui devient ainsi un véritable traité, aussi complet que possible, de la collapsothérapie pulmonaire. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRRHOSE DE LAENNEC[1]

4. Liquide d'ascite. — Quelques notions récentes sont venues modifier les conceptions que l'on avait de la composition du liquide d'ascite.

a. Pour les auteurs classiques, le liquide d'ascite diffère à la première ponction qui révèle seule ses caractères propres, et au cours des ponctions suivantes.

Le liquide de première ponction a tous les caractères d'un transsudat : liquide citrin, Rivalta négatif, peu d'albumine, placards endothéliaux plus nombreux que les lymphocytes.

Au cours de ponctions réitérées, le Rivalta peut devenir positif, et la lymphocytose augmenter de façon importante, ce qui voudrait généralement dire : tuberculisation du liquide.

b. Pour certains auteurs récents (Lemierre et Levesque, Villaret et H. Bénard), ce serait un peu différent.

L'ascite des cirrhoses *non compliquées* est bien le type du transsudat, mais les caractères essentiels en sont les suivants : albuminose au-dessous de 12 grammes par litre, cytologie faite uniquement de placards endothéliaux.

Au cours de ponctions successives, on note l'appauvrissement graduel du liquide en albumine et en éléments figurés. Toute modification à cette formule est symptomatique d'une complication, et l'on peut alors observer deux catégories de faits :

La *polynucléose* signifie péritonite aiguë à pyogènes, cliniquement discrète, mais façon de mourir fréquente de ces malades.

La *lymphocytose* est rarement le fait de la tuberculose, et serait aussi rare au cours de la cirrhose de Laennec que fréquente au cours des cirrhoses malignes. Quand elle existe, elle relève généralement d'une périviscérite abdominale qui ne donne qu'une lymphocytose légère. Si elle est abondante, il faut suspecter l'origine syphilitique de cette périviscérite.

ÉVOLUTION

Si le malade est traité assez précocement, on peut voir, sous l'influence des injections de *cyanure de mercure* ou de *neptal* lorsque celles-ci sont rendues possibles par un assez bon fonctionnement des reins, des poussées diurétiques importantes et un temps d'arrêt dans l'évolution de la cirrhose.

Finalement, les ponctions que l'on est obligé de répéter épuisent le malade, entraînent la classique anémie séreuse, et le malade meurt, pouvant succomber à diverses complications.

COMPLICATIONS

1. **Ictère grave**. — Façon de mourir très fréquente de ces malades, il a des signes très discrets et risquerait de passer inaperçu, si on ne le soupçonnait en présence de somnolence, subdélire, ictère discret, hémorragies.

2. **Hémorragies**. — Liées surtout à l'insuffisance hépatique, elles peuvent être mortelles par leur abondance ou leur répétition : hémorragies intestinales, gingivorragies, hématémèses, ou hémorragies d'origine œsophagienne dues à la rupture d'une varice de l'œsophage.

3. **Infection intercurrente**. — Les cirrhotiques qui sont des malades très fragiles, sont une proie facile à toute infection intercurrente : pneumonie, érysipèle, etc.

4. **Tuberculose pulmonaire**. — Fréquente surtout en milieu hospitalier, elle a une évolution torpide et se termine parfois par une poussée granulique touchant également le péritoine.

FORMES CLINIQUES

La cirrhose de Laennec ne s'accompagne généralement que de subictère. Des *formes ictériques* ont été signalées, avec ictère franc, tenace ou éphémère, très rarement ictère hémolytique.

DIAGNOSTIC

1° **Période pré-ascitique**. — A cette phase, on ne peut que craindre le développement d'une cirrhose atrophique ascitogène et y penser. Les erreurs le plus souvent commises consistent à croire à une simple gastrite alcoolique, à un cancer ou à un ulcère de l'estomac à cause des hématémèses, à un ictère banal.

2° **Phase ascitique**. — L'ascite ne pouvant, à un examen attentif, être confondue avec une rétention d'urine, un kyste de l'ovaire qui peut d'ailleurs provoquer la formation d'ascite, une grossesse avec hydramnios, il faut ramener cette ascite à son origine hépatique et pour cela éliminer.

La péritonite tuberculeuse. — C'est un diagnostic facile car dans sa forme ascitique, elle survient chez des sujets plus jeunes et ne s'accompagne pas de signes d'hypertension portale. Le liquide est franchement inflammatoire, contient des lymphocytes en grande quantité (100 à 200 par millimètre cube), et tuberculise le cobaye.

Le diagnostic ne saurait être délicat qu'en cas de péritonite tuberculeuse survenant chez un sujet plus âgé, et alcoolique. C'est du bilan général de l'examen clinique que ressortira le diagnostic de la maladie en cause.

La *péritonite cancéreuse*, secondaire à un cancer généralement digestif, provoque une ascite hémorragique, contenant des placards cancéreux. Il n'y a pas de signes d'hypertension portale et le diagnostic est facile.

Il s'agit bien d'une cirrhose ascitogène. Est-elle du type Laennec? — Cette question ne peut être résolue qu'après ponction de l'ascite qui permet de palper le foie, et de savoir si la cirrhose est atrophique ou hypertrophique. Cette dernière variété dans sa forme bénigne se caractérise encore par la reproduction moins rapide de l'ascite, son pronostic moins grave que celui de la cirrhose de Laennec.

Enfin, il est une affection qui à la phase ultime de son évolution simule de près la cirrhose de Laennec, c'est la maladie de Banti. Le diagnostic n'en sera guère possible que si l'on a pu suivre les étapes antérieures de la maladie, dans leurs divers aspects.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 39, p. 726.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC.
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
et Cie
ADRIAN & Cie
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 mai. — M. Gutmann, 19; Mme Bertrand-Fontaine, 19,27; MM. Pichon et Hamburger, 15.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 19 mai. — Questions données : « Anatomie macroscopique et rapports de l'anse mobile du côlon pelvien chez la femme. — Fonction glycolytique du foie. »

— Nous publierons dans notre prochain numéro un arrêté modifiant les articles 213, 218, 225 *bis*, 227, 229, 230, 233, 237, 261, 263 et 264 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale.* — Voici les notes de l'épreuve clinique de la section de médecine générale dont nous avons publié dans notre dernier numéro le résultat final :

MM. Delmas-Marsalet et Drouet, 19; Abel et Mathieu, 18; Janbon, Michon, Sendrail et Sorel, 17; Doubrow, 12; Baumel, 10.

Section de chirurgie. — Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 20 mai. — M. Guilleminet : Tumeurs villeuses du rectum.

M. Guibal : Les tumeurs incluses dans les ligaments larges.

M. de Rougemont : Diagnostic et traitement de l'estomac biloculaire.

Séance du 21 mai. — M. Mallet (Guy) : La chirurgie des abcès du poumon.

M. Piquet : Traitement des arthrites aiguës suppurées du genou.

Notes : MM. Michon, 18 1/2; Cadenat, Creyssel, Guibal, Guilleminet et Roux, 18; Ingelrans, Mallet (Guy), Ricard et de Rougemont, 17; Labry, Piquet et Razemon, 16; Guillemain et Perrin, 15.

Classement après les deux épreuves d'admissibilité :

MM. Guilleminet, 37; Roux, 36; Michon, 35 1/2; Cadenat et Creyssel, 35; Mallet, 34; Guibal, Guillemain, Ingelrans, Perrin, Piquet et Ricard, 33; Labry, 32; de Rougemont et Razemon, 31.

Section d'obstétrique. — Epreuve clinique. — MM. Eparvier, 19; Pigeaud, 18 3/4; Kreiss, 19.

Sont proposés :

Faculté de Lyon : M. Eparvier.

Faculté de Strasbourg : M. Kreiss.

Médecine légale. — Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Simonin : Le sang des noyés; note : 19.

Epreuve pratique. — M. Simonin, 16.

M. Simonin est proposé.

Section d'anatomie. — Epreuve de titres. — Séance du 19 mai. — MM. Thomas, 19; Laux, 18; Dufour, 16.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 21 mai. — M. Laux : Commissures interhémisphériques; anatomie et embryologie; note : 17.

M. Thomas : Appareil vestibulaire de l'oreille interne (vestibule et canaux semi-circulaires) et ses connexions centrales; note : 18.

M. Dufour : Dérivés wolffiens chez la femme; anatomie et embryologie; note 14.

Section de chimie. — Leçon orale de 3/4 d'heure. — Notes : MM. Roche, 20; Cristol, 19; Giberton, 18; Wolff, 16,5; Machebœuf, 16; Chambon et Enselme, 15.

Epreuve clinique. — Notes : MM. Chambon, 14; Cristol, 13,5; Enselme et Roche, 12,5; Giberton et Wolff, 11; Machebœuf, 10.

Section de physique. — Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Swynghedauw : Les diplopies. Etude et correction physique.

M. Bugnard : La photosensibilisation.

M. Imbert : Tension superficielle et applications biologiques.

M. Reiss : La radiosensibilité cellulaire en général.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Le concours pour une place de professeur suppléant, que nous avons annoncé dans le numéro 40, s'ouvrira devant la Faculté *de Paris* et non de Bordeaux.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le médecin lieutenant-colonel A. Schneider a été nommé médecin des palais nationaux de Paris en remplacement de M. le médecin général Cadiot, démissionnaire.

GUERRE. — SERVICE A EFFECTUER PAR LES INDIGÈNES NORD-AFRICAINS ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, PHARMACIE, ART DENTAIRE ET ART VÉTÉRINAIRE. — Les indigènes nord-africains étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire, sont affectés, lors de leur incorporation, dans une section d'infirmiers, ceux qui sont étudiants sont affectés dans un régiment de spahis.

Les étudiants en médecine, en pharmacie ou en art dentaire possesseurs :

Soit de douze inscriptions validées de médecine.

Soit de huit inscriptions validées de pharmacie.

Soit de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire.

Et les étudiants vétérinaires admis en quatrième année d'étude sont autorisés, sur leur demande, à suivre pendant leurs six premiers mois de service des cours d'application spéciaux.

Ils peuvent, à la suite de ces cours, être nommés médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires auxiliaires à titre indigène et être affectés, en cette qualité, soit à un corps de troupe composé d'indigènes de l'Afrique du Nord, soit à une formation du service de santé (médecins, pharmaciens et dentistes) pour y effectuer le reste du service auquel ils sont astreints. (*J. O.*, 20 mai 1930.)

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Le Cann est mis à la disposition du sous-secrétaire d'Etat de la marine, tout en conservant ses fonctions de médecin-major du centre militaire de la marine à Paris.

TRAITEMENTS DE LA LÉGION D'HONNEUR ET DE LA MÉDAILLE MILITAIRE. — L'article 79 de la loi de finances du 16 avril 1930 double, à dater du 1er décembre 1929, les traitements de la Légion d'honneur et de la médaille militaire et rétablit l'échéance du 1er juin, qui avait été supprimée par l'article 44 de la loi du 27 décembre 1927.

Les dispositions ci-après ont été prises par la grande Chancellerie de la Légion d'honneur pour son application :

1° Les légionnaires et médaillés militaires, titulaires de livrets de traitements comportant par page deux coupons semestriels payables les 1er juin et 1er décembre de chaque année, utiliseront ces livrets pour percevoir les arrérages de eurs nouveaux traitements;

2° Les légionnaires et médaillés militaires, titulaires soit d'un livret de traitement comportant par page un seul coupon annuel à l'échéance du 1er décembre, soit d'un livret à coupons semestriels dont les coupons, aux échéances du 1er juin, ont été annulés par la grande Chancellerie ou par les comptables, percevront exceptionnellement à l'aide du coupon du 1er décembre 1930 les arrérages de l'échéance du 1er juin 1930.

Au moment du paiement de ces arrérages, chacun de ces livrets sera retenu par le comptable payeur qui l'adressera, accompagné de sa fiche mobile, à la grande Chancellerie (1er bureau), aux fins d'échange contre un nouveau livret et une nouvelle fiche.

A l'appui de cet envoi, le comptable devra mentionner la qualité et l'adresse exacte du titulaire.

Les unités administratives, services, directions et établissements, qui payent certains de ces traitements conformément aux circulaires des 3 novembre 1921 (*B. O.*, p. 487) et 6 février 1922 (*B. O.*, p. 211), devront se conformer à ces dispositions. (*J. O.*, 15 mai 1930.)

LE CENTENAIRE DE LÉOPOLD OLLIER. — En commémoration du centenaire de la naissance de Léopold Ollier, qui naquit aux Vans (Ardèche) le 2 décembre 1830, la Société de chirurgie de Lyon tiendra le samedi 28 juin une séance solennelle consacrée à la chirurgie osseuse et articulaire. Désirant associer les chirurgiens français et étrangers à cet hommage au maître lyonnais, elle organise à cette occasion, d'accord avec la Faculté de médecine, une journée d'Ollier dont voici le programme :

A 9 h. 30, réception par les chirurgiens lyonnais dans leur service respectif : Hôtel-Dieu : professeur Tixier, professeur Bérard, professeur Patel, professeur agrégé Laroyenne, professeur Cotte, docteur Alamartine; Charité : professeur Nové-Josserand, professeur Villard, docteur Molin; Antiquaille : professeur Kochet, docteur Desgoutte, docteur Perrin; Croix-Rouge : professeur agrégé Santy; Debrousse: professeur agrégé Tavernier.

A 2 h. 30, visite du Musée Ollier à la Faculté de médecine, visite de la nouvelle Faculté et de l'hôpital Grange Blanche en construction.

A 5 h., séance solennelle de la Société de chirurgie, à l'Hôtel-Dieu, salle Pasteur.

A 7 h. 30, banquet offert par la Société de chirurgie.

Une excursion à Aix-les-Bains sera organisée pour le dimanche. Réception par la municipalité, qui offrira un lunch, et une excursion l'après-midi.

Les adhésions devront être adressées avant le 15 juin au professeur Nové-Josserand, 9, rue des Archers.

LES VACANCES DE LA PENTECÔTE A VALS-LES-BAINS. — La Société générale des eaux minérales de Vals-Saint-Jean nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à MM. les médecins et à leurs familles des conditions tout amicales, du 1er au 30 juin, au Grand Hôtel des Bains et à son annexe l'Hôtel des Touristes.

Ces deux hôtels, récemment remis à neuf, offrent tout le confort désirable.

En raison de l'affluence habituelle pendant les vacances de la Pentecôte, il est bon d'écrire sans retard pour renseignements et inscriptions à M. Caminale, directeur du Grand Hôtel des Bains, Vals-les-Bains (Ardèche).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le professeur agrégé de la Faculté de médecine F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Aubin, Maduro et Rémy-Néris, assistants du service, commencera le lundi 2 juin, à 14 h., et continuera tous les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Mercredis et samedis matin, le docteur Clovis Vincent examinera les malades atteints de tumeurs de la moelle et du cerveau qu'il opérera dans la semaine.

Le jeudi, sauf le premier jeudi du mois, il étudiera les sujets atteints d'affections du système nerveux qui ne sont pas des tumeurs.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par M. Georges ANDRIEU,
Médecin-capitaine,
Assistant des hôpitaux militaires.

Deux arguments, qui nous paraissent d'une grande importance, militent en faveur d'une étude d'ensemble de la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu.

C'est, d'abord, sa *fréquence* : si dans notre pays, celle-ci subit des fluctuations, il n'en est pas moins vrai que la maladie de Bouillaud constitue un élément important de la morbidité des jeunes sujets.

C'est ensuite, quand le rhumatisme articulaire aigu s'est déclaré, sa *longue évolution*, dont la physionomie toute spéciale lui est imprimée au premier chef par l'importance de ses localisations sur l'appareil cardio-vasculaire. Pour Bezançon et M. P. Weil, Ribierre et Pichon, Swift, Ehrstrom, Coombs, la maladie de Bouillaud est une « maladie chronique », dont la cardiopathie est l'élément constant, décelable ou non par nos investigations cliniques.

L'importance de ces données amène à envisager la thérapeutique de cette infection d'une manière un peu différente de celle de certains auteurs classiques particulièrement en ce qui concerne l'action et l'emploi du médicament réputé spécifique : le salicylate de soude.

A. **Propriétés pharmacologiques du salicylate de soude.** C'est, en effet, le salicylate de soude qui est le médicament par excellence de la maladie de Bouillaud.

A Striecker (de Berlin), en 1876, revient l'honneur d'avoir montré l'action énergique de l'acide salicylique dans cette maladie. C'est Germain Sée qui introduisit en France son sel sodique, le salicylate de soude, pour la thérapie du rhumatisme articulaire aigu (1877). Avant eux, les tisanes d'écorce ou de feuille de saule, la salicine, glucoside qui en fut extraite par Leroux (1830) étaient déjà utilisées, mais c'est en application des vues un peu superficielles de Maclagan : à savoir qu'une plante croissant dans un terrain humide ne peut que guérir une affection favorisée par le froid humide.

L'acide salicylique (acide ortho-oxy-benzoïque) en raison de son action très irritante sur les muqueuses et sur la peau (agent kératolytique) n'est pas employé; mais grâce à sa fonction acide, nous possédons des *dérivés salins* ou des *éthers alcooliques*, dont l'action est manifeste (salicylate de soude, aspirine, salicylate de méthyle).

Le salicylate de soude se présente soit à l'état de paillettes, d'aiguilles cristallines, ou de poudre amorphe de couleur blanche; s'il est gris ou violacé, il est impur (Caussade et Charpy). Il est peu soluble dans l'alcool, par contre, *l'eau peut en dissoudre son propre poids.*

Sur la peau et les muqueuses, son action irritante est très faible, sauf en solution concentrée; celle-ci est douée d'une certaine nocivité, particulièrement sur la muqueuse gastrique.

1° Absorption. — L'absortion du salicylate est très rapide.

Per os : c'est la voie de choix; très rapidement, le sel sodique passe dans la circulation. Fiessinger et Hérissey ont pu déceler la salicylémie dix minutes après l'ingestion de 1 gramme. Le mécanisme de l'absorption n'est pas bien élucidé.

Le salicylate de soude est-il en partie décomposé comme certains l'ont prétendu par HCl du liquide gastrique? On ne peut l'affirmer, non plus qu'on ne peut préciser les réactions ultérieures qui précèdent l'absorption par la muqueuse intestinale.

Par voie rectale : l'absorption est très rapide (Heyn, Rist); c'est ainsi qu'en quatre ou cinq minutes, 90 p. 100 de la dose serait passé dans la circulation (Friedberg), cependant que Lesné, Mme Linossier, Ardoin et Beaufils signalent un léger retard par rapport à la voie buccale. Disons enfin que par cette voie la dose utilisée est difficile à mesurer.

Par la peau : Bourget, dès 1893, avait insisté sur cette voie d'absorption; Linossier et Lannois ont montré que le salicylate de soude étant un solvant de la cholestérine, le revêtement cutané, riche en cette substance, l'absorbait rapidement. Mais cette voie est aveugle quant aux doses utilisées.

Nous étudierons ultérieurement, à propos des méthodes thérapeutiques, la voie endoveineuse. Nous verrons aussi ce qu'il faut penser des injections sous-cutanées ou intramusculaires.

2° Action sur les parenchymes. — Le salicylate de soude est décelable dans le *sang* par la technique précise de Hérissey, à la dose de 0,01 par litre de sérum. La salicylémie maxima est atteinte pour une dose donnée par ingestion après 1 h. ou 1 h. 30.

Ce médicament, s'il est en dissolution dans le plasma, s'accole aux protides plasmatiques par véritable collage (Chabanier, M. Lebert et Labo-Onell).

Il agirait assez rapidement sur le sang pour déterminer une rupture de l'équilibre acide-base, et maints troubles constatés ne sont que des accidents d'acidose, faciles à éviter par l'ingestion simultanée de hautes doses de bicarbonate de soude (Langmead, Danielopolu, P. Delore).

Le salicylate ne produit pas de modifications appréciables au niveau des grands appareils. Il est d'une innocuité absolue pour le *cœur* (Laubry et Bordet, Ribierre et Pichon, Frederischen). Certains auteurs lui ont attribué une action dépressive sur le myocarde; il déterminerait, à hautes doses, des troubles du rythme. Il n'en est rien aux doses thérapeutiques (Pichon) et ce n'est qu'à des doses infiniment supérieures, que Pichon a pu les reproduire chez des chiens. Vaquez attribue la toxicité pour le cœur à l'élément sodium. Enfin, Clerc, R. Lévy et Vialard, attribuent la bradycardie de certains rhumatisants, traités par le salicylate, non au médicament mais à l'action du virus rhumatismal sur le myocarde. Le salicylate de soude se fixe électivement sur le myocarde, sur le système nerveux, sur les

muscles et les jointures. Déjà, Bondi et Jacobi avaient signalé qu'on en retrouvait plus dans les articulations que partout ailleurs; Fillipi et Nesti le décèlent dans le liquide synovial, deux heures après l'ingestion. Enfin, Carnot et Coquoin ont apporté la preuve de cette fixation sur les tendons, les aponévroses et les cartilages par des méthodes photochimiques.

Le *foie* ne retient pas le salicylate (N. Fiessinger, Walter, Hérissey, Debray, Van Dooren et Destrées, contrairement à ce que signalent Roch et Schiff). Une petite partie du médicament est éliminée par la bile (Gambillard) et, cela, suivant un rythme que cet auteur avait proposé comme test de l'insuffisance hépatique, mais dont la valeur est discutable (Marsh).

Pouchet admettait que le salicylate agissant sur la chromatine des noyaux abaisserait l'activité du protoplasma cellulaire, ce serait un véritable poison des cellules, surtout des cellules nerveuses. En réalité, cette action n'est qu'une hypothèse, encore ne s'applique-t-elle qu'aux doses énormes non thérapeutiques; au total, nous sommes dans l'ignorance la plus absolue quant à l'action du salicylate sur les tissus normaux.

3° Elimination. — Si le fonctionnement du rein est satisfaisant, il n'y a jamais accumulation de salicylate de soude dans l'organisme. Ce médicament est éliminé par les urines, pour un tiers sous forme d'acide salicylurique (combinaison de glycocolle et d'acide salicylique), pour les deux autres tiers, en nature (Caussade et Charpy), cette élimination serait favorisée par le régime végétarien qui fournissant en abondance du glycocolle, permettrait la formation d'acide salicylurique en plus grande abondance (Feser et Friedberger). L'addition à l'urine contenant du salicylate, de quelques gouttes d'une solution officinale de perchlorure de fer, donne une coloration violette caractéristique. Le procédé suivant, dû à Grimbert, est plus sensible : « Aciduler 100 centimètres cubes d'urine par 1 $^{cm}3$ d'acide sulfurique, agiter avec 50 ^{cm3} d'éther. L'éther décanté est agité à son tour avec 5 ^{cm3} d'eau distillée, contenant une goutte de perchlorure de fer. La liqueur aqueuse se colore en rouge violacé. »

Dans certains cas où la médication salicylée a été mal conduite, il peut y avoir acidose; pour déceler celle-ci, la méthode de Gerhardt n'étant plus utilisable, on s'adressera au procédé de Funning, recommandé par Martinet : « A quelques centimètres cubes d'urines, on ajoute deux à trois gouttes de teinture d'iode et quelques gouttes d'ammoniaque et l'on chauffe. Si acétonurie, il y a production d'iodoforme, reconnaissable à son odeur, à sa couleur, à la forme de ses cristaux »

Quelle que soit la voie d'introduction du médicament dans l'organisme, *son élimination est très rapide.* Celle-ci est fonction du collage du salicylate par les albumines du plasma et de la valeur sécrétoire des reins. Tout se passe comme si cette dernière agissait seule et la constante uréo-sécrétoire donne la grandeur de son mode d'élimination (Chabanier).

Le début d'élimination après ingestion de 1 gr. est décelable par la réaction colorimétrique au bout de cinq minutes (Herissey, N. Fiessinger et Debray), de vingt minutes pour Friedberger. En quelques heures, la totalité du médicament est éliminée : Lewin, Korf Petersen (cités par Bezançon) ne le retrouvent plus dans le sérum après la quarantième heure (ingestion de 1 à 4 grammes de salicylate de soude). Etudiant chez des enfants l'élimination comparée urinaire après introduction du salicylate de soude par les trois voies : buccale, rectale ou intraveineuse, Lesné, Mme Linossier-Ardoin et Beaufils sont arrivés aux conclusions suivantes : la voie rectale ne paraît qu'une voie adjuvante; la voie veineuse n'est pas à préférer à la voie buccale.

4° Action toxique. — De l'étude qui précède découlent deux principes :

a. La rapidité d'élimination du médicament;
b. Sa très faible accumulation.

Néanmoins, le salicylate de soude serait capable de créer toute une série de troubles. Ils sont connus en clinique sous le nom d'accidents d'intolérance. Les uns sont légers (*petite intolérance*) : hypoacousie et bourdonnements d'oreilles, pesanteurs gastriques, nausées, vomissements, diarrhée. D'autres sont parfois impressionnants (*grande intolérance*) : exagération des troubles sensoriels, crampes musculaires avec asthénie, délire accompagné de chute thermique, de céphalée légère, d'hallucinations, surtout auditives; pas de coma.

Mais, en réalité, la part de ces accidents qui revient à l'imprégnation salicylée, est très faible; on doit relever trois éléments perturbateurs :

1° Accidents toxiques dus pour une plus grande part aux impuretés du salicylate, particulièrement par ses isomères chimiques (Caussade) : ils sont exceptionnels.

2° On prend pour de l'intolérance les signes de localisation du rhumatisme (Grenet, Enriquez et M. P. Weil).

3° L'imprégnation de l'organisme par les doses de salicylate de soude utilisées, est génératrice d'acidose : c'est celle-ci qui est responsable de ces accidents, c'est contre elle qu'il faut lutter pour la médication alcaline administrée concurremment (Langmead).

Cependant, il est réel que certains sujets présentent une véritable idiosyncrasie au salicylate. C'est un fait bien connu que l'enfant supporte mieux le salicylate que l'adulte (Lesné), que la femme est facilement intolérante (Caussade et Charpy); il en est souvent de même chez les adultes de plus de trente ans. Ces données nous seront très utiles pour fixer la posologie du salicylate.

B. **Action du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.** — Si la salicylothérapie du rhumatisme fut vivement combattue lors de son apparition, depuis plus de cinquante ans qu'elle est utilisée, c'est tout un faisceau d'observations qui militent en faveur de son action. H. Barbier remarque que « grâce à la drogue, nous ne revoyons plus ces rhumatismes qui évoluaient des semaines et des mois ». Nous-même, avons montré

que, depuis son utilisation systématique, la mortalité était tombée dans l'armée française, pour cette affection, de 0,10 p. 1000 (1871), à 0,02 et au-dessous depuis 1910.

Mais, son mode d'action est essentiellement le nœud où se heurtent les opinions. Pour certains, le salicylate n'est qu'un antipyrétique banal (Riess), d'autres lui attribuent seulement une action antiseptique, ou bien purement locale, calmant des douleurs et des fluxions articulaires (G. Sée). On a beaucoup discuté pour savoir s'il méritait la dénomination de « médicament spécifique ». Il semble que cette dénomination soit justifiée si l'on n'exige pas plus de lui que des arsenicaux dans la syphilis ou de la quinine dans le paludisme (Bezançon) et si l'on admet que « spécificité ne veut pas dire réussite rapide assurée » (Codvelle). Le professeur H. Vincent a montré que le salicylate est capable de neutraliser certaines toxines. Est-ce par le même mécanisme que ce médicament exerce une action favorable vis-à-vis du virus rhumatismal ou de ses toxines? La question mérite au moins d'être posée.

Si le salicylate de soude est le médicament par excellence du rhumatisme articulaire aigu, comme la crise articulaire ne représente qu'une des localisations du virus, est-il logique de l'employer aussi dans ses autres localisations et, en particulier, dans les cardiopathies rhumatismales? Nombreux ont été les travaux critiques qui se sont efforcés de faire le point; d'une étude récente de Bezançon et M. P. Weil, il semble bien démontré que les lésions associées sont moins facilement accessibles et curables. Mais, il n'en reste pas moins vrai que le traitement par le salicylate est capable d'agir, surtout s'il est appliqué avec une grande persévérance. « L'efficacité du salicylate dans les arthropathies commande l'emploi de cette drogue dans les autres manifestations de la maladie de Bouillaud » (Codvelle).

C. **Le traitement d'attaque.** — Le salicylate constitue la base du traitement de l'atteinte rhumatismale; mais, quelles qu'en soient les doses administrées, il importera d'appliquer certaines règles :

1° *Donner le salicylate dilué :* il est ainsi moins irritant pour les muqueuses gastriques;

2° *Associer à la salicylothérapie une médication alcaline,* non seulement pour pallier aux troubles gastriques, mais surtout pour éviter l'acidose;

3° *Maintenir toujours le malade sous l'action du médicament;*

4° *Eviter d'interrompre trop tôt la médication,* même en l'absence de toute localisation, pour éviter la possibilité d'une rechute.

La fixation de la dose a une très grande importance : le Codex indique comme maxima : 2 grammes par dose, et 12 grammes par vingt-quatre heures; aussi, les auteurs classiques donnaient-ils de 4 à 5 grammes. Ces doses sont manifestement insuffisantes chez l'*homme adulte jeune* (Peters) et nombreux sont ceux qui les dépassent largement; nous en avons relevé quelques chiffres :

Lees	30 à 40 grammes
Krause	12 à 24 —
Caussade et Tardieu	14 à 16 —
Weissembach	20 grammes
Danielopolu	15 à 25 —
Rieux et Zoeller	15 à 24 —
Keersmackers	22 à 30 —
Bezançon	8 à 16 —

Les variations des doses sont nécessaires suivant la gravité variable de l'atteinte, mais, seules les doses élevées réduisent la fréquence des complications particulièrement des complications cardiaques (Rieux).

I. Formes légères et d'intensité moyenne. — Quelle que soit l'intensité des manifestations articulaires, le traitement doit être toujours conduit avec vigueur, car ce n'est pas l'apparence de bénignité qui peut faire présager de l'évolution ultérieure.

Méthode progressive. — Danielopolu débute par 8 grammes, puis augmente de 1 à 2 grammes par vingt-quatre heures, jusqu'à donner de 15 à 18 grammes. Rieux et Zoeller augmentent aussi progressivement de 2 à 4 grammes par jour; enfin, Keersmackers, partant de 10 grammes, n'atteint 20 à 30 grammes qu'en quelques jours.

Méthode massive. — Proposée par Caussade et Tardieu, qui administrent d'emblée 14 à 16 grammes, en une potion à prendre en plusieurs prises. Puis, suspension de la médication pendant trois à quatre jours, en surveillant l'élimination par les urines. Dès que la salicylurie devient très faible, c'est une preuve que l'imprégnation salicylée disparaît; il faut redonner une nouvelle prise (méthode réservée aux sujets non tarés et de moins de trente ans).

Méthode classique. — Le professeur Pilod donne d'emblée 18 à 24 grammes par jour, par prises égales toutes les trois ou quatre heures. C'est aussi la méthode proposée par Bezançon, Weissembach et Perles, Grenet.

Pour tous, même unité de vue : thérapeutique *précoce* et *intense*.

Une fois arrivé au maximum de la dose, que l'on peut schématiser comme suit pour un sujet jeune, de moins de trente ans et non taré : donner en grammes de médicament le tiers du poids du malade évalué en kilogrammes (Weissembach); on maintient la dose quatre à huit jours. S'il y a chute thermique et sédation des phénomènes douloureux, diminuer, mais avec une extrême prudence, en se souvenant que « l'apyrexie est un signe trompeur » (Bezançon).

Le professeur Pilod diminue très progressivement de 2 grammes tous les trois ou quatre jours, jusqu'à la dose de 6 grammes qui est maintenue longtemps encore. Danielopolu diminue la dose journalière de 1 gramme tous les deux jours, quand cessent fièvre et arthralgies (durée approximative du traitement salicylé : quarante-cinq jours).

En un mot, thérapeutique *prolongée*.

II. Formes graves. — Celles-ci, très fréquentes surtout chez les jeunes sujets, peuvent prendre des aspects cliniques très polymorphes : depuis la grande crise rhumatismale polyarticulaire, jusqu'au syndrome infectieux sans localisations. C'est dans ces formes que les fortes doses sont indiquées et que le traitement sera longtemps prolongé. Il est difficile de proposer un test permettant la cessation du traitement d'attaque.

Le test bactériologique n'est qu'un espoir en l'absence d'un virus hypothétique; le test humoral d'Hayem au moment où diminue l'hyperfibrinose; le test globulaire lors de la réapparition d'un chiffre globulaire normal : ce sont tous là des faits fragiles. Le professeur Pilod, des constatations cliniques qu'il a faites de la fréquence de la péricardite sèche chez les rhumatisants jeunes (92 p. 100), ne cesse la médication que lorsque disparaît cette accentuation râpeuse du deuxième bruit du cœur, à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche (signe de Josserand), ou les frottements méso-systoliques de la région rétrosternale.

III. Variations des doses suivant la voie d'introduction, l'âge, le sexe. — *a*. Per os. — C'est la voie de choix utilisée par le plus grand nombre des auteurs. Nous avons vu les doses à utiliser chez l'adulte de moins de trente ans; chez l'homme plus âgé, chez le *vieillard*, il sera, par contre, nécessaire de tâter la susceptibilité en débutant à 8 grammes (Keersmackers); on augmentera ensuite progressivement et lentement, sans jamais atteindre les très hautes doses.

La *femme* est souvent intolérante (Caussade et Charpy) chez elle, la dose maxima ne saurait dépasser les 7/10 de la dose de l'homme adulte; on sera particulièrement prudent dans l'administration de ce médicament chez la femme enceinte.

Le salicylate ne sera jamais administré en cachets (Ségard); très exceptionnellement, sous forme de globules kératinisés, il faut alors en donner beaucoup et s'assurer que le médicament est bien utilisé (Chevalier).

La dose sera donnée dissoute dans une certaine quantité d'eau, au moins 100 grammes par prise (Danielopolu), ou bien dissoute dans une tisane qui en masquera le goût (chiendent, badiane, prêle). Les formules classiques contiennent le salicylate masqué par un sirop. Chevalier remarque qu'il ne faut pas y ajouter de sirops acides (orange, groseille).

Toute dose de la drogue sera accompagnée d'une dose double de bicarbonate de soude (Danielopolu); dans ce cas, la potion ne contiendra jamais d'alcool (rhum) qui rend ce dernier médicament insoluble. Cette nécessité d'ajouter une dose double de bicarbonate de soude, a entraîné certains travaux et Keersmackers fait remarquer que l'élément sodium, étant souvent hydropigène, il y a intérêt à remplacer ce produit soit par du carbonate calcique, soit par du phosphate bisodique.

Il faut, soit prescrire le salicylate en paquets, par dose à dissoudre au moment de l'ingestion; soit en solution que l'on mélangera extemporanément avec la solution alcaline. Les prises seront réparties toutes les deux, trois ou quatre heures dans la journée; si le malade se réveille la nuit, il prendra même dose. Le rhumatisant souffre, on respectera son repos nocturne, aussi, pourra-t-on lui faire prendre une dose double vers vingt heures, ce qui dispensera de troubler son sommeil.

L'*enfant* supporte très bien le salicylate de soude; aussi, comme chez lui le rhumatisme est grave, souvent même viscéral d'emblée, y a-t-il intérêt à frapper vite et fort (Taillens).

Lesné prescrit 0g50 par année d'âge *per os*, Grenet et Delalande 6 à 8 grammes au-dessous de dix ans et 8 à 10 grammes au delà. Lereboullet commence par 3 à 4 grammes au-dessous de cinq ans, 5 à 6 grammes jusqu'à dix ans et élève progressivement les doses presque aux doses d'adulte.

Le jour, c'est toutes les deux heures que le médicament sera donné; il faudra presque toujours en masquer le goût par un sirop. Il est absolument nécessaire de maintenir l'enfant sous l'effet de la drogue même la nuit (Marfan, Apert) pour lutter contre le virus. L'enfant sera réveillé au moins toutes les quatre heures (Blechmann). C'est à ce prix seulement que l'on obtient des résultats thérapeutiques.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, il y a intérêt, indépendamment du régime, de faire suivre chaque absorption du médicament par une cuillerée de compote, un morceau de pain ou une purée de légumes (Codvelle).

Avec une diététique rigoureuse, une administration toujours précise, il ne doit y avoir qu'exceptionnellement intolérance.

b. Rectale. — Préconisée depuis quelques années par Friedberg, Heyn, cette voie ne présente que peu d'avantages sur la voie buccale; elle est en tout cas moins précise quant aux doses effectivement utilisées par l'organisme.

Elle peut être indiquée chez les dyspeptiques, chez les enfants, enfin la nuit pour éviter de réveiller le malade ou pour suppression d'une prise *per os* (Weissembach). Ce peut être sous forme de lavement, du goutte à goutte rectal, plus rarement de suppositoire.

Lavement. — Doit être précédé d'un lavement évacuateur. Le salicylate sera administré en solution glucosée :

Salicylate de soude..........		4 grammes
Glucose....................		12 —
Eau..............	Q. S. P.	250 —

ou bien dans du lait bouilli (Crouzet).

Salicylate de soude..........		6 grammes
Gomme arabique.........	2 à	4 —
Lait...............	Q. S. P.	150 —

Les lavements sont malheureusement souvent rejetés, aussi peut-on y ajouter, mais avec prudence, quelques gouttes de laudanum.

Goutte à goutte. — Le salicylate sera en solution dans du sérum glucosé isotonique (5 à 6 grammes de salicylate pour une période de six heures).

Le goutte à goutte sera réglé très lentement; il y aura intérêt à utiliser une canule de du Bouchet.

Suppositoire. — Dont un type de formule est

Salicylate de soude...............	1 gramme
Beurre de cacao.................	3 —

ne peut constituer qu'une méthode adjuvante.

On se rappellera la nécessité de donner au malade, d'heure en heure ou au réveil, du bicarbonate de soude par voie buccale.

c. INTRAVEINEUSE. — Dès 1904, Mendel l'a utilisée; depuis, Lutembacher, Gilbert et H. Bernard, Carnot. Elle a fait l'objet de travaux importants de la part de Lesné, Carnot et Blamoutier, René Bénard, Marchal et Bureau, Adnot, Bezançon, Giroux et Kervarec, Schlesser et de nombreux autres auteurs.

Le salicylate, en solution concentrée, provoquant une très rapide phlébosclérose, sera injecté très dilué; malheureusement, la masse du liquide sera toujours assez forte. Cette méthode ne provoque pas de malaises gastriques, très rarement des troubles auriculaires ou des vertiges. Enfin, le choc salicylé est exceptionnel, si l'on a soin de faire les injections très lentement.

Le taux des solutions varie suivant les auteurs : 2 p. 100 pour Weil-Hallé et Chabanier, 4 p. 100 pour Carnot et Blamoutier, 5 p. 100 pour Lesné.

R. Bernard a proposé une solution salicylée glucosée (*ââ* 10 p. 100) qui évite la phlébosclérose dans une très large mesure. La dose totale de salicylate injecté sera au moins sept fois moins forte que par une prise *per os*.

Pour Carnot et Blamoutier, c'est la méthode de choix pour le traitement d'assaut du rhumatisme articulaire aigu ainsi schématisé :

Injecter 0g20 à 0g40 dans les cas d'intolérance gastrique absolue ou de faiblesse myocardique;

De 1 à 3 grammes, dans les formes graves, pour prévenir une atteinte myocardique possible;

Plus de 3 grammes, si localisation grave ou forme récidivante, en une ou plusieurs injections de préférence.

Les injections intraveineuses calment très rapidement les arthropathies, même les plus douloureuses (Lesné); elles ont le gros avantage de multiplier l'activité pour une même dose, ou encore de réactiver une médication par voie buccale, jusqu'alors faiblement opérante.

Si la voie veineuse est d'utilisation facile à l'hôpital, il en est tout autrement en clientèle; aussi Fiessinger et Keersmackers opposent à cette méthode l'ingestion, dont l'efficacité n'est nullement inférieure, à condition toutefois que le traitement d'attaque soit institué avec vigueur et le traitement global poursuivi pendant tout le temps nécessaire (1).

d. CUTANÉE. — N'est qu'une voie adjuvante. Le salicylate de soude sera remplacé par le salicylate de méthyle, incorporé à une pommade (1 p. 10 à 1 p. 20). Mais l'odeur en est désagréable aux malades. On pourra l'éviter dans une faible mesure, après les onctions sur les jointures atteintes par un enveloppement occlusif à l'ouate entouré d'un imperméable. Il y aura intérêt même à remplacer ce médicament par certains composés salicylés, peu odorants, du domaine des spécialités : algolane, ulmarène, rhésal, salicéral, etc.

Nous ne citerons que pour mémoire les *injections sous-cutanées* : 10 centimètres cubes par 50 kilogrammes de poids du corps, d'une solution à 20 p. 100 (Seibert); ou, loco dolenti, d'une solution à 1 p. 1.000 (Séjournet), de même les *injections intramusculaires*; ces injections sont très douloureuses à dose opérante, elles peuvent occasionner des escarres; elles sont à proscrire.

(*A suivre.*)

(1) Depuis la rédaction de cette Revue générale a paru un très important article de R. Lutembacher, in *Presse médicale* du 10 mai 1930 : Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les polysalicylates.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 MAI 1930)

Recherches sur la cause de l'encéphalite et de la poliomyélite aiguë (*avec projections*). — M. ALDERSHOFF, directeur de l'Institut sérologique de l'Etat néerlandais, expose le résultat de ses recherches dans une très importante communication :

Les frottis de gorge de malades atteints d'encéphalite postvaccinale ou de poliomyélite aiguë décèlent des Monilia.

La fréquence des Monilia est plus grande dans les familles où sévissent les deux affections sus-indiquées et surtout chez les infirmières qui soignent ces malades.

Les Monilia sont pathogènes pour les lapins et les singes inférieurs.

M. Aldershoff émet l'opinion que la Monilia pourrait être la cause connue de l'encéphalite postvaccinale, de la poliomyélite aiguë et peut-être d'autres affections aiguës du système central.

L'encéphalite postvaccinale et son traitement. — M. HEKMAN (de Rotterdam). Les commissions officielles de Hollande, d'Angleterre, de la Société des Nations, ont pensé que l'encéphalite survenant chez des sujets récemment vaccinés n'est pas le fait du virus vaccinal, mais d'un virus différent qui n'a d'ailleurs jamais été mis en évidence et dont l'activité serait déchaînée à la suite de la vaccination. Cette opinion est également acceptée dans la plupart des pays.

M. Hekman pense cependant plus naturel d'invoquer l'intervention du virus vaccinal dont l'expérimentation a démontré les affinités neurotropes.

C'est en partant de cette idée qu'il a, depuis le mois d'août dernier, recouru dans les encéphalites postvaccinales aux injections intraveineuses de sérums de sujets récemment vaccinés avec succès. Dans presque tous ces cas le sérum provenait de parents vaccinés en même temps que leurs enfants et avec le même vaccin. Il en a été de même dans d'autres encéphalites traitées par six de ses confrères. Chez un de ses malades il a employé avec le même succès en injections intramusculaires le sang total citraté du père vacciné quatre ans auparavant.

Le nombre des encéphalites après primo-vaccination traitées ainsi par l'auteur et ses confrères a été de 16 sur lesquelles il a été relevé 14 guérisons complètes et rapides, soit

une proportion de guérisons de 87,50 p. 100 si on élimine un cas injecté in extremis.

Cette efficacité du traitement, en même temps que la modification marquée suivant de très près la première injection apporte un argument décisif en faveur de la nature vaccinale de ces encéphalites.

Dans les encéphalites survenant chez les revaccinés, beaucoup plus rares que chez les primo vaccinés, l'apparition de l'encéphalite est sensiblement plus précoce : quatre ou cinq ours au lieu de dix à quatorze. Cette incubation plus courte correspond à l'apparition plus hâtive de l'éruption vaccinale. Elle doit être rapprochée de la durée moindre de l'incubation de la variole chez les sujets vaccinés, relevée par de Jong chez les varioleux à La Haye.

Les encéphalites postvaccinales sont devenues plus fréquentes alors que la vaccination jusqu'à ces dernières années passait, à bon droit, pour inoffensive. Cette différence tient vraisemblablement à ce que, sous l'influence de causes encore mystérieuses, le vaccin, virus, a acquis un pouvoir pathogène plus marqué. On vient d'assister à Rotterdam à une modification de même ordre portant sur le bacille diphtérique contre lequel le sérum s'est montré moins efficace.

Discussion. — M. Netter. L'intéressante communication du docteur Hekman fournit un argument précieux en faveur de la thèse soutenue par nous ici même de la nature vaccinale de l'encéphalite postvaccinale.

La connaissance des résultats obtenus par lui a incité le professeur Paschen (de Hambourg) à faire recueillir et à garder dans la glacière le sérum prélevé dix à douze jours après la vaccination chez les élèves infirmières qui, dès leur admission, sont à la fois vaccinées et soumises à l'épreuve de la tuberculine.

Mis à la disposition du docteur Gruneberg d'Altona, ce sérum a été utilisé dans deux cas d'encéphalite postvaccinale et les effets des injections intraveineuses ont été très favorables et très rapides.

La connaissance de ces résultats a amené le ministre de la Santé de Prusse à émettre le 13 février dernier une circulaire invitant les médecins, en cas d'encéphalite, à prélever le sang des parents ou de personnes saines vaccinées avec succès et à injecter sans retard ce sang total citraté dans les muscles du malade.

Des erreurs commises actuellement dans l'alimentation « seconde » de l'enfance et de leurs fâcheuses conséquences. — M. Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux). « Le problème de l'alimentation de début de l'enfance est aujourd'hui résolu de façon définitive. Il n'en est pas de même quand il s'agit, le moment venu, de donner à l'enfant autre chose que du lait.

Les avis sont partagés. Une certaine école professe même qu'il y a lieu de nourrir les enfants plus tôt et plus fortement qu'autrefois, de leur donner des aliments plus complexes, même de la viande, et de la viande rouge, dès l'âge de douze, quinze et dix-huit mois. On leur éviterait ainsi les maladies par carence alimentaire, le rachitisme et l'anémie. Et beaucoup de praticiens, sinon de pédiatres emboîtent le pas.

Qu'est-ce à dire? L'assimilation, et non le nombre de calories, c'est aujourd'hui bien démontré, n'est-elle donc plus le phénomène fondamental et ultime de la *nutrition*, et n'est-ce pas elle qu'il faut avant tout assurer, pour maintenir à l'organisme son équilibre normal et régulier?

J'estime, pour ma part, et d'après ce que j'ai vu et longuement observé, qu'il y a dans le fait d'imposer à des organes jeunes, imparfaits, incomplètement développés, un travail excessif, auquel ils ne sont pas adéquats, il y a, dis-je, un véritable contre-sens, dénoncé à la fois par les lois de la physiologie et par les leçons de l'expérience. Pour éviter un mal, plutôt problématique, on se jette dans un pire, combien certain, celui-là, et combien fréquent : l'indigestion, la toxi-infection avec toutes ses conséquences, la dilatation, la constipation, la stase — et aussi avec les fermentations et putréfactions, la pullulation des germes morbides, du coli-bacille entre autres — et alors l'anorexie passagère ou permanente, la dyspepsie gastro-intestinale, les vomissements périodiques la gastro-entérite, la colite dysentériforme, et même l'appendicite.

C'est ainsi que par suite de cette diététique erronée s'établit un état d'opportunité morbide capable de favoriser les assauts pathologiques les plus divers, et de compromettre, d'altérer l'état général en faisant dévier le diagnostic. Le moyen de parer au danger qui va croissant, c'est de revenir aux sages et judicieuses pratiques d'antan et dans l'appréciation des faits de ne pas confondre les effets avec les causes. »

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la IVe division (sciences biologiques, physiques, etc.). Les candidats étaient ainsi classés.

En première ligne : MM. Ambard (de Strasbourg) et Bordier (de Lyon).

En seconde ligne *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Argaud (de Toulouse), Cluzet (de Lyon), Grynfeltt (de Montpellier) et Schaeffer (de Strasbourg).

MM. Ambard et Bordier sont élus membres correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 12 février 1930)

Poliomyélite à forme méningée traitée par le sérum de Pettit. — MM. Duhamel et Seval, relatent un cas de poliomyélite chez un adolescent de seize ans avec des symptômes généraux de la plus haute gravité.

La sérothérapie ne fut commencée que le sixième jour; son action se traduisit par la disparition des phénomènes généraux, par l'arrêt de la progression ascendante des phénomènes paralytiques, par son rôle inhibiteur vis-à-vis des complications trophiques. La voie intramusculaire fut associée à la voie intrarachidienne, qui paraît aux auteurs avoir une action démonstrative et exempte de tout danger.

La consommation exclusive de lait détermine-t-elle constamment de l'anémie chez le rat? — Mme L. Randoin et R. Lecoq. On sait que le lait est un aliment pauvre en fer, et que son emploi exclusif prolongé est une cause d'anémie, aussi bien pour le nourrisson que pour les jeunes animaux en voie de croissance. On peut se demander toutefois, depuis les travaux récents de Waddell, Steenbock, Elvehjem et Hart, si c'est bien au manque de fer dans la ration que doit être attribuée l'anémie ainsi observée. Tout conduit à penser, en effet, que c'est plutôt une insuffisance en cuivre corrélative qu'il convient d'accuser. Dans ces conditions les laits traités industriellement dans des appareils de cuivre : laits desséchés et laits concentrés sucrés, par exemple, et enrichis accessoirement en ce métal, ne devraient plus se montrer producteurs d'anémie. C'est ce que les auteurs ont constaté expérimentalement sur de jeunes rats blancs, maintenus cinq mois consécutifs à de tels régimes.

L'analyse biologique des laits de distribution et des laits concentrés sucrés au point de vue de leur valeur antiscorbutique. — Mme L. Randoin et R. Lecoq. Certains résultats expérimentaux, publiés antérieurement pouvaient faire penser que le lait concentré sucré jouissait de propriétés antiscorbutiques très nettes. Pratiquement, à vrai dire, un certain nombre de pédiatres avaient signalé d'autre part, quelques cas de scorbut infantile se développant au cours d'une alimentation exclusive au lait concentré sucré, ou au lait de distribution des villes. Mme L. Randoin et R. Lecoq

montrent que chez le cobaye, l'addition de l'un ou de l'autre de ces laits à un régime scorbutigène ne modifie que fort peu l'évolution du scorbut expérimental. Il est donc préférable dans tous les cas, d'adjoindre des jus frais à la ration des jeunes enfants qui ne sont pas nourris au sein.

Emploi de la pseudo-cocaïne droite au cours de la cure de désintoxication des cocaïnomanes. — MM. F. MERCIER et GROUCHMANN, démontrent que la pseudo-cocaïne droite peut être employée dans les cures de désintoxication; les auteurs en rapportent trois cas.

D'autre part, il ne semble pas que la pseudo-cocaïne droite soit stupéfiante. Il y aurait donc grand intérêt à utiliser cette dernière à la place de la cocaïne normale.

Contribution à l'étude des indications du salicylate de soude dans les diverses pneumopathies rhumatismales. Broncho-pneumonie et maladie de Bouillaud. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU, communiquent l'observation d'un homme de trente-deux ans, ancien rhumatisant, atteint de polyarthrite rhumatismale aiguë, compliquée dès le huitième jour, d'une infection pulmonaire à pneumocoques, du type broncho-pneumonique, et qui guérit au bout de deux mois par le traitement banal. Le salicylate administré à hautes doses (14 à 16 grammes) et de façon discontinue, très efficace contre les fluxions articulaires, demeura sans effet contre la pneumopathie. Au cours de chacun des accès antérieurs, l'affection s'était déjà compliquée de manifestations pulmonaires toujours rebelles au salicylate.

Parmi les diverses pneumopathies, observées au cours de la maladie de Bouillaud, il faut distinguer :

1° L'œdème aigu congestif du poumon par dilatation aiguë du ventricule gauche ou consécutif à la péricardite intense localisée au pourtour des troncs artériels avec atteinte des plexus nerveux péri-aortiques (Barbier).

2° L'œdème pulmonaire subaigu paroxystique et dyspnéisant (accidents pulmonaires cardiogènes de Pichon), consécutif à la dilatation de l'oreillette gauche, est semblable à celui que l'on observe parfois en dehors de toute polyarthrite chez les sujets porteurs d'un rétrécissement mitral.

3° La congestion pleuro-pulmonaire ou cortico-pleurite, véritable œdème infectieux rhumatismal du poumon, comparable par ses caractères fluxionnaires, sa mobilité et la douleur qu'il entraîne, à un accès aigu rhumatismal localisé aux différents plans du thorax.

4° Les infections broncho-pulmonaires dues à des germes secondaires (pneumocoques le plus souvent).

De toutes ces pneumopathies, seule la cortico-pleurite est généralement et directement améliorée par la médication salicylée, administrée à hautes doses et de façon continue ou discontinue. Le salicylate paraît d'autant plus rapidement et complètement efficace dans le traitement des pneumopathies rhumatismales qu'il s'adresse à une cortico-pleurite dont les manifestations fonctionnelles et douloureuses, accompagnées de sueurs profuses, sont plus voisines des manifestations fonctionnelles et algiques articulaires.

L'hydrothérapie dans le traitement des psychonévrosés. — M. R. DUBOIS (de Saujon), attire l'attention sur l'action importante que l'hydrothérapie peut avoir sur les perturbations physiques des psychonévrosés, que la méthode concentrique de M. Laignel-Lavastine met en évidence. Il fixe les conditions qui doivent être remplies pour obtenir les meilleurs résultats : séjour du malade en villégiature libre, hydrothérapie faite par le médecin traitant, lui-même.

(SÉANCE DU 12 MARS 1930)

La définition de l'urine normale. — M. L. LEMATTE a précisé ce qu'il faut entendre par urine normale.

L'auteur dit que la biochimie n'a pas rempli son but. Elle devrait permettre au praticien de prévoir l'apparition des phénomènes pathologiques. Ce que nous savons sur les caractéristiques des terrains tuberculeux, cancéreux ou arthritiques ne nous donne pas encore la possibilité de les modifier afin d'éviter l'éclosion de l'infection.

La diététique et la sémiologie manquent de bases vraiment scientifiques. L'analyse des urines ne peut être utile au médecin que si elle est faite dans des conditions que Lematte a essayé de déterminer. Il fait un essai de comptabilité biologique en montrant les rapports qui unissent les minéraux de la ration et ceux qu'on retrouve dans les urines et les fèces.

Si on ne soumet pas le malade à un régime strictement défini, on ne peut tirer aucune conclusion d'une analyse complète des urines.

Les stérols du beurre de cacao. — M. Henri LABBÉ présente des stérols du beurre de cacao irradié et non irradié, et ayant toutes les actions de l'ergostérol.

Endocardite rhumatismale aiguë et salicylate de soude. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU rapportent l'observation anatomo-clinique d'un sujet de dix-huit ans, atteint d'une polyarthrite rhumatismale aiguë sévère (deuxième attaque) compliquée d'emblée de pancardite avec infarctus pulmonaires, d'épanchement péricarditique (300 centimètres cubes), de phrénite avec hoquet incessant et dysphagie entravant l'ingestion même des liquides, de congestion pleuro-pulmonaire bilatérale et, enfin, d'albuminurie (0g20 à 2 grammes par litre).

Le salicylate de soude, administré d'abord à doses moyennes (6 à 8 grammes), quotidiennement, puis à doses élevées (14 à 16 grammes) administrées de façon discontinue, se révéla très efficace contre la polyarthrite et la fièvre du début; mais fut totalement impuissant à enrayer l'extension des lésions endocarditiques, phréniques et pulmonaires. A l'autopsie, n'existaient que des lésions cardiaques de formation récente (végétations de la dimension d'un grain de mil, dépourvues de fibrine et de caillot, groupées et friables, ne contenant aucun microorganisme décelable après l'examen direct ou après culture sur les différents milieux usuels). Du point de vue pulmonaire, il s'agissait de lésions œdémateuses et congestives (transsudat sans infection secondaire).

Cette observation remet en discussion le problème si controversé de la spécificité et de l'efficacité du salicylate de soude dans le traitement des complications aiguës et récentes de la maladie de Bouillaud, ce médicament ne semblant doué d'une action manifeste que sur les lésions séreuses. Toutefois parmi les altérations viscérales, endocarditiques notamment, seules celles qui n'évoluent que très lentement, sont susceptibles d'être favorablement influencées par la médication salicylée.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PATENTE

LOI DE FINANCES DU 16 AVRIL 1930

Depuis quelque temps, les problèmes financiers, dont les Pouvoirs publics se sont préoccupés, ont changé d'aspect. Il ne s'est plus agi de trouver des ressources pour le budget, mais bien d'examiner l'emploi qui pourrait être fait des plus-values résultant du rendement des impôts. On a été unanime à demander que les excédents de recettes ne fussent pas affectés à des prodigalités inutiles et que les Pouvoirs publics entrassent dans la voie des dégrèvements : certaines personnes ont désiré des dégrèvements massifs, certaines autres les ont voulu très modérés, dans la crainte de voir surgir des années « de vaches maigres ». Quelle que fût la proportion envisagée, il était nécessaire, impérieux, d'alléger les charges du

contribuable; car, si le pays a pu supporter pendant quelques années le poids d'impôts fixés à des taux exceptionnels par mesure de salut public, un pareil régime ne pouvait être maintenu en période normale. On a alors inventé les « trains de dégrèvements »; on a dégrevé modérément, trop modérément même; car, si on peut craindre parfois des réactions inattendues, il ne faut pas cependant que l'impôt soit, par son caractère excessif provenant tant du taux élevé que de la superposition, un obstacle à l'épargne qui est, en définitive, dans une nation bien organisée, la condition de sa vie et de sa prospérité. Le capital et le travail sont deux éléments qui ont chacun leur fonction; ils doivent collaborer et non être ennemis.

Il y a une catégorie de contribuables qui mérite indiscutablement une attention bienveillante de la part des Pouvoirs publics; ce sont les travailleurs intellectuels, ceux qui exercent une profession libérale, comme les médecins, chirurgiens, avocats. Nous avons déjà eu l'occasion, dans de précédents articles, de critiquer l'imposition de la patente qui est un impôt non seulement lourd, mais encore injustement établi. La patente est une charge qui préoccupe à juste titre celui qui va installer son cabinet et entrer dans la vie médicale ou la vie judiciaire.

Or, la dernière loi de finances du 16 avril 1930 vient de donner une satisfaction très intéressante à ces travailleurs intellectuels. Il convient de signaler que ce résultat a été obtenu grâce aux efforts persistants de ceux qui connaissent les difficultés de la vie de ces derniers, et particulièrement de Me Louis Sarrau, avocat à la Cour de Paris, secrétaire général adjoint de la Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I), auquel nous devons en grande partie les nouvelles dispositions légales : l'effort dirigé dans une voie juste est, comme la vertu, toujours récompensé!

La nouvelle loi de finances comporte, en effet, un article 27E qui est ainsi conçu :

« *A partir du 1er janvier 1931, le droit proportionnel prévu à l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880 cessera d'être établi sur la valeur locative de l'habitation des patentables.*

S'ils jugent utile de faire face à la diminution des recettes résultant de cette disposition, les Conseils généraux et les Conseils municipaux auront, chacun en ce qui le concerne, la faculté de recourir à des centimes additionnels portant, soit sur la patente seule, soit sur les contributions directes, soit à des taxes établies en conformité de la loi du 13 août 1926. »

Il résulte de cette disposition nouvelle que l'assiette de la patente est désormais restreinte à la seule valeur des locaux commerciaux ou professionnels, *à l'exclusion des locaux d'habitation.* Ainsi disparaît une injustice fiscale contre laquelle on a protesté depuis longtemps; elle résultait de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1880 qui décidait que le droit proportionnel était établi sur la valeur locative tant de la maison d'habitation que des locaux servant à l'exercice des professions imposables. La contribution des patentes est un impôt spécial frappant les revenus produits par le travail; établie plus particulièrement sur le commerce et l'industrie, elle a été étendue plus tard aux professions libérales. De cette conception même de la patente, l'imposition du patentable au droit proportionnel en raison de sa maison d'habitation était essentiellement critiquable et a toujours suscité les plus vives controverses. La maison d'habitation du patentable n'a rien à faire dans l'établissement de la patente, impôt sur le travail, qui logiquement ne doit avoir pour assiette que les locaux affectés à l'exercice de la profession.

Comment se déterminera la valeur locative de ces locaux? ce sera une question quelque peu délicate à résoudre pour

ceux qui exercent leur profession dans leur appartement même, comme le font en général les médecins. Mais il semble qu'un accord pourra intervenir facilement avec l'administration.

La nouvelle loi laisse une question en suspens; c'est celle concernant la détermination des ressources qui, dans les budgets départementaux et municipaux, viendront remplacer le déficit provenant de la réduction du produit des patentes. Comme on le voit par le texte législatif, les conseils généraux et les conseils municipaux ont le choix entre trois procédés : 1° répartition du déficit entre les seuls patentés, commerçants ou professionnels, au prorata de la valeur locative des seuls locaux commerciaux ou professionnels; 2° répartition du déficit entre tous les contribuables assujettis aux contributions directes; 3° remplacement du déficit par l'établissement ou l'augmentation des taxes prévues par la loi du 31 août 1926 (cette loi a été suivie d'un décret en date du 11 décembre 1926 qui a institué 23 taxes).

Par conséquent, c'est auprès des Conseils généraux et des Conseils municipaux que les groupements de patentés devront agir en vue de l'adoption du système le plus favorable et le plus équitable. Il y a là une question très importante à prendre en considération; et il apparaît que les syndicats de médecins devraient étudier cette question avec une particulière attention.

Il est vraisemblable que le déficit à provenir de l'application de la loi variera avec les départements et les communes, suivant l'importance du rendement de l'impôt des patentes.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire gynécologique du praticien (1), par le professeur agrégé JEANNENEY et M. ROSSET-BRESSAND (de Bordeaux).

La bibliothèque du praticien vient de s'enrichir d'un précis de thérapeutique gynécologique qui vient heureusement combler une lacune importante de nos formulaires et de nos consultaires, où ce sujet était sommairement traité et où l'on ne tenait pas suffisamment compte des progrès de la thérapeutique moderne.

Après un exposé d'ensemble de l'exploration gynécologique, toujours délicate, et sans laquelle il n'est pas possible de poser un diagnostic précis, les auteurs abordent les grands principes de la thérapeutique générale des affections génitales de la femme.

On lira avec intérêt le chapitre où sont exposées les indications et les techniques de la physiothérapie, de la diathermie, de la radio et radiumthérapie en gynécologie.

La vaccinothérapie, très bien mise au point, permettra au praticien de choisir, parmi la foule de vaccins actuellement dans le commerce, quels sont ceux auxquels il convient de s'adresser, et sous quelle forme : c'est un chapitre essentiellement nouveau et clairement présenté.

Les auteurs passent ensuite en revue les différentes affections de l'arbre génital : sans vouloir en faire un compte rendu complet, signalons entre autres le traitement du prurit vulvaire rebelle et des vaginites, celui, très détaillé et très complet, de toutes les formes de métrite depuis la forme aiguë jusqu'à la forme chronique, en passant par la métrite du col, les métrites puerpérales, la métrite hémorragique, juvénile et sénile. C'est avec raison que les auteurs ont insisté sur toutes ces formes, les unes si graves, les autres si récidivantes, pour lesquelles on a trop souvent tendance à appliquer un traitement omnibus.

Le praticien lira avec intérêt les indications et les techniques du traitement des cancers utérins : c'est là un chapitre que les auteurs ont pu étudier longuement au centre anticancéreux du Sud-Ouest, et ils y apportent le fruit de leur grande expérience.

A signaler encore l'excellent chapitre du traitement des différentes formes de salpingite, avec les indications respectives des thérapeutiques médicales, hydrominérales et chirurgicales; enfin celui, si important, des syndromes de dysfonctionnement ovarien pour lesquels les praticiens sont si souvent consultés à l'heure actuelle.

En somme, ce livre est la synthèse de toute la thérapeutique génitale de la femme. Conçu dans un style clair, présenté sous une forme précise et quasi-schématique, il met au point d'une façon parfaite un des chapitres les plus importants de la gynécologie. On reconnaît là l'œuvre d'un maître des plus sympathiques et dont l'autorité scientifique est incontestée.

P. FOUCAULT.

(1) In-8 de 200 pages avec 15 figures. — Prix : 32 fr. — Paris, Doin.

Education physique de l'enfance et de l'adolescence (1), par le docteur Maurice BOIGEY, directeur médical des Etablissements de cure et de l'Institut d'éducation physique de Vittel. Bibliothèque de pathologie infantile, publié sous la direction des professeurs Nobécourt et Cruchet. Secrétaire de la direction : docteur R. Pierret.

L'activité physique à tout âge indispensable l'est davantage encore dans l'enfance, et comme le montre l'auteur c'est dès le début de l'existence qu'il est possible et souhaitable d'assurer à l'enfant le minimum indispensable d'activité corporelle. Les deux tableaux complémentaires des effets sur l'organisme en général et sur les divers appareils de l'exercice ou de la sédentarité sont un plaidoyer propre à convaincre les plus endurcis — et l'on imagine difficilement qu'il y en ait encore — de l'utilité des exercices physiques.

Encore faut-il que ceux-ci satisfassent à certaines conditions que l'auteur étudie tout d'abord relativement à la première et à la deuxième enfance.

Passant à des considérations plus pratiques, l'auteur étudie successivement ce que doit être pour les garçons et pour les filles la leçon d'éducation physique; quels sont les jeux qui donnent à cet enseignement à la fois tout leur intérêt et toute leur efficacité; comment les jeux de l'enfance doivent faire place aux sports de l'adolescence.

Ce n'est pas qu'il fasse nier l'existence du surmenage ni ses graves inconvénients; et c'est sur cette étude que se clôt un ouvrage qui vient à son heure pour tempérer des excès toujours menaçants et encourager une pratique raisonnée, si nécessaire au bien de l'individu et de la race.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 27 mai. — Jury : MM. Carnot, président; Bernard, Tanon et Chabrol. — M. WIDDER. Le traitement conjugué arséno-bismuthé de la syphilis. — M. GRONICH. De l'hygiène physique et psychique de l'enfant.

Samedi 31 mai. — Jury : MM. Cunéo, président; Duval, Claude et Gatellier. — M. PETIT. Etude du phénomène de Babinski. — M. COLUMNA. Etude de l'ostéomyélite subaiguë du corps vertébral. — M. REVEL-MOREAU. Etude du drainage dans les hystérectomies pour salpingites graves.

(1) In-8 couronne de 252 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 21 mai. — MM. Célice, 14; Garcin, 20; Bith, 19,45.

Séance du 22 mai. — MM. Lelong, 20; Weissmann, 18,72; Decourt, 20.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de chirurgie.* — *Epreuve clinique.* — MM. Guilleminet, 19; Guillemain et Piquet, 16; Michon, 15; Guibal, 13; Ingelrans, 10.

Classement des admissibles par facultés :

Lyon : MM. Guilleminet et Michon.

Lille : MM. Ingelrans et Piquet.

Nancy : MM. Guibal et Guillemain.

Sont proposés :

Faculté de Lyon : M. Guilleminet.

Faculté de Lille : M. Piquet.

Faculté de Nancy : M. Guillemain.

Section de physique. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Notes : MM. Bugnard, 18; Reiss, 17; Imbert, 14; Swynghedauw, 13.

Epreuve pratique. — MM. Reiss, 15,5; Bugnard, 13; Swynghedauw, 12,5.

Sont proposés : MM. Reiss et Bugnard.

Section de chimie. — Sont proposés : MM. Roche, Cristol, Chambon et Giberton.

Section d'anatomie. — *Epreuve pratique.* — MM. Laux, 17; Thomas et Dufour, 18.

Sont proposés : MM. Thomas, Laux et Dufour.

Section de parasitologie. — *Epreuve de titres.* — M. Morenas, 19.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Morenas : Etiologie, diagnostic et prophylaxie de la bilharziose; note : 18.

Epreuve pratique. — M. Morenas, 19.

M. Morenas est proposé.

Section d'anatomie pathologique. — *Exposé de titres.* — MM. Huguenin, 19; Grandclaude, 19.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Huguenin : Les réactions anatomo-pathologiques générales dans les inflammations des séreuses.

M. Grandclaude : La phagocytose; sa valeur biologique et pathologique.

— PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Jury : M. le professeur Roger, président; MM. Gosset, P. Duval, J.-L. Faure, Ombrédanne, Rouvière, Hovelacque.

Suppléants : MM. Richet, Gatellier, Olivier.

Suppléants : MM. Olivier, Mondor, Richet.

Liste des candidats : MM. Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Cordier, Couvelaire, Dessaint, Funck-Brentano, Galtier, Lapeyre (Jean), Lecœur (P.), Merle d'Aubigné, Padovani, Patel, Sauvage (R.), Sicard (André).

Concours de l'adjuvat. — Jury : M. le professeur Hartmann, président; MM. Cunéo, Lenormant, Binet, Hovelacque.

Liste des candidats : MM. Asselin (J.), Audouin, Baudelot, Baumann, Bénaërts, Billet, de Langre, Dreyfus (P.), Dufour, Gandy, Gaulier, Gosset, Guibé, Hepp, Husseinstein, Jullien (R.), Laffaille, Leroy (J.), Longuet, Luzuy, Maës, Mérigot, Monod, Palmer, Roquejeoffre, van der Elst, Vuillième.

Composition écrite. — Séance du 26 mai. — Questions données :

1. « Artère vertébrale. »
2. « La régulation de la pression artérielle. »

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée à titre posthume : à M. le docteur Arbel, maire de Maissemy, mort victime de son dévouement; à M. le docteur Laventure, médecin radiologiste à Nancy, mort victime de son dévouement; à Mme Cahen, née Bourmalatz, externe à l'hôpital Ambroise-Paré, morte victime de son dévouement.

VOYAGE MÉDICAL CÉVENNES-PYRÉNÉES. — Rappelons que le grand Voyage annuel de juin, dans la région Languedoc-Cévennes-Pyrénées, organisé sous le patronage de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, se déroulera du 20 juin au 2 juillet 1930. La réception inaugurale aura lieu à la Faculté de Montpellier et la fête terminale à Luchon. Une visite à Lourdes sera prévue à la fin du Voyage pour ceux qui en feront la demande.

Le programme est très remarquable par la variété de ses composantes. Au point de vue historique, les Cités médiévales d'Aigues-Mortes, de Maguelone, de Carcassonne et les monuments romains de Nîmes. Au point de vue touristique, l'Aigoual, l'Abîme de Bramadiau, l'Aven-Armand, les Gorges du Tarn et la route des Pyrénées. Au point de vue médical, La Malou, Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Superbagnères et Luchon. C'est là un ensemble d'attraits qui ne peuvent qu'être bien rarement réunis.

La direction scientifique du Voyage sera assurée par le professeur agrégé Laignel-Lavastine, dont l'éloquence naturelle ne sera pas un des moindres avantages offert aux amateurs d'art et d'érudition. Quant à l'organisation matérielle, elle sera réalisée par la même direction que les Voyages médicaux sur la Côte d'Azur, direction qui, depuis dix ans, a fait ses preuves. Le nombre des places étant strictement limité par le nombre et la contenance des auto-cars, prière de se faire inscrire d'avance afin d'éviter les embarras du dernier moment.

Les demandes de renseignements et les inscriptions sont reçues chez le docteur M. Faure, à La Malou (Hérault).

CRÉATION D'UN CAMP THERMAL A SAINT-HONORÉ-LES-BAINS. — CURE DES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES. — Après le premier camp thermal sous la tente organisé par le docteur Meillon à Cauterets et l'ardente campagne menée par le docteur Molinéry qui a abouti au vœu récent émis par l'Académie de médecine, la station de Saint-Honoré-les-Bains a créé grâce à l'initiative du docteur du Pasquier une nouvelle organisation de camp thermal.

Dans un vaste immeuble (et non sous la tente) les enfants seront confortablement logés à l'abri des refroidissements. Ils seront confiés en toute sécurité à l'Association générale des camps de vacances qui a fait ses preuves et présente toutes garanties, puisqu'elle fait camper chaque été à la campagne plus de 4.000 enfants.

Les enfants mèneront la vie hygiénique des camps de boys-scouts. Outre les moniteurs qui les accompagneront d'ordinaire, ils auront avec eux une infirmière diplômée attachée au camp. Ils seront conduits tous les jours à l'établissement thermal et surveillés dans l'accomplissement de leur cure par le médecin. Des promenades en forêt, de petites excursions, des jeux et des sports variés concourront à leur distraction, mais on leur évitera soigneusement toute fatigue et tout refroidissement, et la cure thermale sera la dominante du séjour.

Un certificat médical sera exigé à l'arrivée, affirmant l'absence de toute affection contagieuse.

Cette organisation nouvelle a le gros avantage de permettre la cure thermale aux enfants de familles nombreuses ou peu fortunées qui ne pouvaient en bénéficier jusqu'ici, car l'enfant (de huit à dix-huit ans) pourra être envoyé isolément sans être accompagné de ses parents et dans des conditions particulièrement économiques.

Pour tous détails matériels, s'adresser à l'Association générale des camps de vacances, 11, rue Huyghens, Paris (XIVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Leblond (de Beauvais), ancien interne des hôpitaux de Paris.

HÔPITAL TENON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DE L'ENDOCARDE, DU PÉRICARDE, DU MYOCARDE, DE L'AORTE ET DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — Ce cours, qui aura lieu du 10 au 21 juin 1930, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. Haguenau, médecin des hôpitaux; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service; H. Welti, prosecteur, chef de clinique chirurgicale; Gilbert Dreyfus et P. Puech, anciens internes du service; Mme Barras (de Bucarest), assistante du service; Marchal, assistant d'électro-radiologie du service; P. Merklen, interne du service.

Tous les matins, à 10 h., conférence clinique avec projections; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midis, à 15 h. et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections; à 16 h., démonstration pratique (exercices cliniques d'auscultation sur les maladies ayant fait l'objet des conférences, sphygmomanométrie, électrocardiographie, radiologie).

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1. arythmies; 2. grands syndromes cardiaques; 3. endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire; 4. artères, veines et capillaires. Le cours de novembre 1930 portera donc sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.

S'inscrire auprès du docteur Blondel, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. — Droit d'inscription : 250 fr.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Guérie à la suite d'injections intrapéritonéales de thiosulfate d'or et de sodium

Par MM. MAURICE VILLARET, BERNAL et LEDUC.

L'injection intrapéritonéale de substances modificatrices est une méthode déjà ancienne. Elle remonte à l'emploi de l'eau boriquée par Debove et du naphtol camphré par Rendu. Capparoni a conseillé l'iodoforme en suspension dans la glycérine. La solution isotonique de chlorure de sodium a été utilisée par Mathes et Monnier. Plus récemment, on a pratiqué des injections d'air (Noleu, Durau, Folet) ou d'azote (Pierre Tissier).

Aucune de ces thérapeutiques n'est entrée dans l'usage courant. On a pu reprocher aux unes leur inefficacité, à d'autres les accidents occasionnés parfois. Aussi, chaque fois que les circonstances ne permettent pas le repos dans un climat favorable et l'héliothérapie, l'application sur l'abdomen des rayons ultraviolets semble actuellement le traitement de choix, après les observations d'Ausset, Bédard, Buscher, Balsancoff, Barjon et E. Albert Weill.

A vrai dire, la plupart des ascites tuberculeuses, survenant chez de jeunes sujets exempts d'autre lésion, guérissent facilement et même spontanément. Au contraire, chez des malades plus âgés, présentant d'autres localisations bacillaires, l'évolution tend plus souvent à la chronicité et vers les formes ulcéro-caséeuse ou fibreuse.

C'est dans un de ces cas d'aspect moins favorable, chez une malade de quarante-cinq ans atteinte d'ascite avec d'autres foyers de tuberculose génitale et articulaire, que l'aurothérapie nous a donné un résultat encourageant, après échec des irradiations.

Nous avons été conduits à cette technique par les bons effets des sels d'or obtenus par l'un de nous dans certaines pleurésies purulentes bacillaires (1), effets confirmés par les travaux de M. Kindberg. Actuellement nous employons aussi l'aurothérapie contre certaines pleurésies séro-fibrineuses dont elle nous semble raccourcir l'évolution.

OBSERVATION. — T..., couturière, entre à Saint-Antoine le 3 août 1929 pour une ascite.

Elle fait remonter le début de sa maladie au mois de janvier 1929. A cette époque elle a présenté un épisode pulmonaire de trois à quatre semaines, étiqueté grippe et accompagné d'une expectoration très abondante, mais où la bacilloscopie, faite une seule fois, s'est montrée négative. Elle n'a pu reprendre son travail depuis cette époque : ses forces déclinaient; elle se plaignait de vives douleurs abdominales et de dyspnée au moindre effort, d'œdème des membres inférieurs très accentué le soir. En même temps son ventre augmentait de volume. C'est sa distension, devenue très marquée, qui la décide à entrer à l'hôpital.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de notable, sinon la fréquence d'épisodes pulmonaires, plus ou moins prolongés, toujours accompagnés d'expectoration abondante, mais où le bacille de Koch, cherché plusieurs fois, n'a jamais été constaté.

A son entrée, on constate l'existence d'une ascite libre, donnant le signe du flot, extrêmement abondante. La malade est très dyspnéique, son pouls à 120. Une ponction évacuatrice est pratiquée et restreinte à 1l500 de liquide. Elle permet l'examen de l'abdomen : le foie et la rate paraissent normaux.

L'examen complet de la malade ne montre aucun symptôme clinique, ni radiologique de lésion pulmonaire. Le toucher vaginal décèle l'existence d'une grosse masse salpingienne, sans antécédent infectieux local.

L'étude du liquide d'ascite donne les résultats suivants :

Cellules endothéliales	6 p. 100
Polynucléaires neutrophiles	8 p. 100
Lymphocytes	80 p. 100
Grands mononucléaires	3 p. 100
Moyens mononucléaires	3 p. 100

Les réactions de Bordet-Wassermann et Hecht sont négatives dans le liquide et dans le sang.

Les réactions de Rivalta, de Gangi et du collargol sont positives dans l'ascite.

En somme, il s'agit d'une ascite abondante, apparue au lendemain d'un épisode pulmonaire, accompagnée d'une tuberculose génitale.

Au cours du mois d'août 1929, la malade est traitée par les rayons ultraviolets : L'ascite se reproduit lentement après sa ponction. La malade continue à se plaindre de vives douleurs abdominales. La température se maintient autour de 38 degrés. La diurèse est très faible, 250 à 500 centimètres cubes. Après six séances, on arrête les irradiations.

Au début d'octobre, un mois après la cessation des ultraviolets, l'ascite reste très abondante, quoiqu'elle ait légèrement diminué ; l'examen du liquide montre 54 p. 100 de lymphocytes, des réactions de Rivalta, de Gangi et du collargol nettement positives. Il n'y a donc pas d'amélioration nette, mais seulement un début d'atténuation de la lymphocytose.

A ce moment, on commence l'aurothérapie.

La dose employée est de 10 centigrammes de thiosulfate d'or et de sodium. L'injection intrapéritonéale est faite une fois par semaine au début, deux fois ensuite, et toujours précédée d'une injection intramusculaire d'extrait hépatique de 10 centigrammes, comme l'a déjà préconisé l'un de nous (1).

Le traitement est parfaitement supporté. Aucune piqûre n'a déclanché de réaction.

Très rapidement des résultats s'affirment : La température redevient normale, l'appétit s'améliore. Le nombre des lymphocytes du liquide d'épanchement tend rapidement à diminuer, tandis que celui des cellules endothéliales augmente.

Puis, au début de novembre, une diurèse de plus en plus abondante s'établit, et l'ascite diminue lentement.

Dès le 29 octobre la réaction de Rivalta y est négative, mais les réactions de Gangi et du collargol, plus sensibles, persistent.

A la fin du mois de novembre, cette lente amélioration semble compromise, mais temporairement seulement : la proportion des polynucléaires augmente légèrement; la réaction de Rivalta redevient positive : le nombre des lymphocytes continue pourtant à diminuer. Il ne s'agit probablement là que d'un incident de ponction : Dans les semaines suivantes, les réactions, en effet, se négativent à nouveau, et la formule continue à évoluer vers une prédominance de placards endothéliaux, en même temps que l'épanchement diminue.

(1) Maurice VILLARET et Roger EVEN. L'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et pleurale, *La Science médicale pratique*, n° 14, p. 467, 1er déc. 1928.

(1) Maurice VILLARET, IMBERT et JUSTIN-BESANÇON. Etude critique sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or, *Progrès méd.*, n° 6, p. 193, 5 fév. 1927.

La réaction au collargol reste positive partiellement, alors que celles de Rivalta, puis de Gangi sont déjà négatives.

Le 24 janvier 1930, la ponction ne donne pas de liquide. Il n'y a plus de matité. L'épanchement semble disparu. On n'en retrouve aucun symptôme ni par la percussion, en genu pectorale, ni par le toucher vaginal.

Toutefois le ventre est un peu sensible à la palpation. D'autre part, la malade présente une brusque augmentation

	Cellules endothéliales	Polynucléaires			Mononucléaires			Rivalta	Gangi	Collargol
		Neutr.	Eosin.	Basoph.	Lymph.	Moyens	Grands			
9 août....	14,52	17,04	—	—	54,20	7,35	6,87	+		
11 oct.....	33	5	—	—	42	12	5	+		
18 oct.....	54,93	7,63	—	—	34,72	2,71	—	+	+	+
29 oct.....	61	8	—	—	19	12	—	—	+	+
5 nov.....	78,26	5,04	—	—	9,34	5,27	2,06	—	—	+
12 nov.....	62	10	—	—	26	2	—	—	—	+
19 nov.....	68	8	—	—	21	3	—	—	—	+
28 nov.....	41,88	22,22	—	—	23,07	11,96	0,87	+	+ légèrement	+
5 déc.....	59,86	21,05	—	—	17,10	1,98	—	+ légèrement	+	+
12 déc.....	48	24,8	—	—	16	9,6	3,6	+	+	+
19 déc.....	46	16	—	—	21	10	7	+ légèrement	—	+
9 janv....	62	11	—	—	24	3	—	—	+	+
16 janv....	59	6	—	—	21	14	—	—	—	+

Examen en série du liquide d'ascite. Début de l'aurothérapie : 11 octobre.

de volume du genou droit. L'examen montre l'existence d'un épanchement séreux lymphocytaire (80 p. 100 de lymphocytes).

Une injection d'or intraarticulaire est pratiquée, et, au bout de quinze jours, le genou est redevenu normal.

Toutefois, le 5 février, le ventre reste encore un peu douloureux; il existe même quelques frottements. Dans les jours suivants, la malade reçoit encore six applications de rayons ultraviolets. Les douleurs disparaissent en huit à dix jours. Le poids de la malade augmente. Le 27 février, elle peut sortir dans un état excellent.

Il convient, cependant, de noter un point assez curieux : au moment où l'ascite se résorbait, permettant la palpation de l'abdomen, nous avons constaté l'apparition dans la fosse iliaque gauche d'une petite masse ronde, de surface lisse, de consistance rénitente, de forme régulière, extrêmement mobile, non douloureuse : l'examen radiologique n'apporte aucun renseignement sur sa nature. Peut-être s'agit-il d'un kyste mésentérique, dont on s'explique mal l'apparition.

Depuis sa sortie de l'hôpital, nous avons revu fréquemment notre malade. Elle va parfaitement bien. L'état général est satisfaisant, le poids en augmentation légère. L'ascite n'a pas reparu. Il n'existe aucun symptôme de tuberculose fibrocaséeuse ou fibro-adhésive du péritoine.

En somme, il s'agit d'une péritonite tuberculeuse survenue chez une femme de quarante-deux ans, au lendemain d'un épisode pulmonaire un peu imprécis, accompagnée au cours de son évolution d'une salpingite, puis d'une hydarthrose épisodique.

Cette forme assez extensive n'a pas tiré de bénéfice appréciable de l'actinothérapie. Les injections d'or intrapéritonéales semblent bien être seules à avoir provoqué et maintenu l'amélioration.

Mais, surtout, cette observation nous semble comporter un certain nombre d'indications pronostiques et thérapeutiques.

Il faut noter, d'abord, que ce traitement a été parfaitement bien supporté et n'a pas comporté le moindre incident, cutané, hépatique ou rénal. Nous avons employé des doses peu considérables, il est vrai : 30 centigrammes par semaine, par voie intrapéritonéale, qui assurent probablement une moindre absorption que l'injection intramusculaire ou intraveineuse. Avant chacune des ponctions, la malade recevait 10 centigrammes d'extrait hépatique souscutané, dont l'un de nous a montré le rôle contre les accidents de l'aurothérapie (1).

De nombreux malades du service, rhumatisants et bacillaires en particulier, sont traités par le thiosulfate d'or et de sodium, précédé par l'administration parentérale d'extrait hépatique. Aucun n'a jamais présenté de symptômes d'intolérance.

Dans l'évolution de l'ascite, nous nous sommes guidés, ainsi qu'il est classique, sur l'étendue de la matité, la formule cytologique du liquide et la réaction de Rivalta.

D'autres recherches, moins courantes, nous ont fourni des renseignements peut-être plus précis.

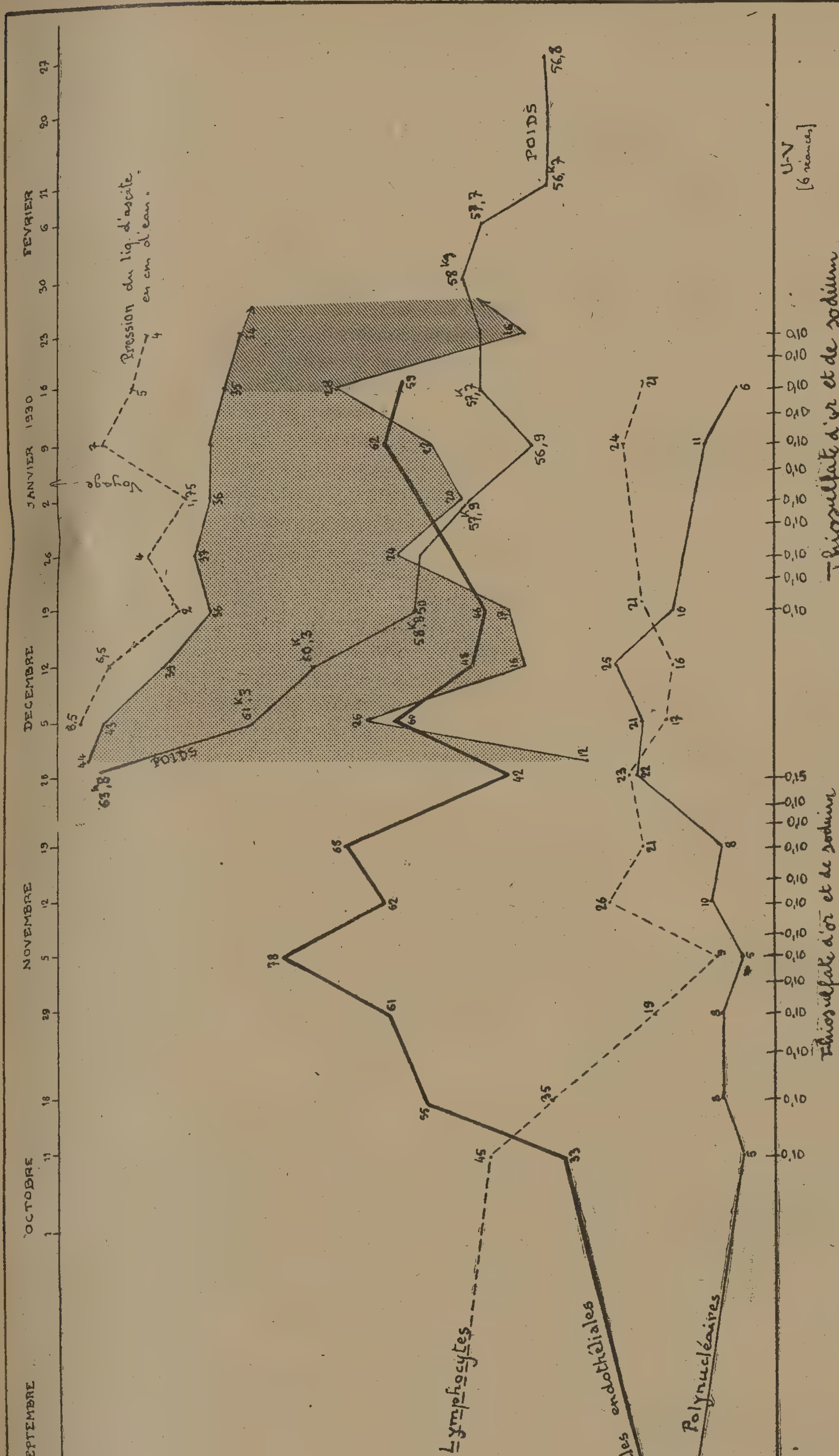
L'étude de la tension péritonéale donne des indications très exactes sur l'abondance de l'épanchement. L'un de nous a déjà insisté sur l'importance de ce test pour juger de la tendance à la résorption ou à l'accroissement d'une ascite (2). C'est une mesure d'une extrême simplicité. Elle permet d'exprimer la quantité de liquide par des chiffres comparables d'une ponction à l'autre. Une tension élevée indique l'urgence d'une ponction. Lorsque le manomètre indique une baisse trop rapide, on arrête la ponction pour s'assurer contre la possibilité d'accidents.

On peut ainsi décider de la paracentèse et la régler d'une façon très stricte.

La réaction de Rivalta et l'examen cytologique, pratiqués à maintes reprises, nous ont permis de suivre de près l'évolution du liquide de notre malade. Mais, alors que la réaction de Rivalta a disparu rapidement, la réaction du collargol persista pendant toute l'évolution, ce qui confirme, encore une fois, l'intérêt de cette réaction pour le diagnostic

(1) Maurice VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. Loc. cit.

(2) Maurice VILLARET et PICHANCOURT. Note sur la tension des liquides d'ascites symptomatiques des cirrhoses alcooliques, *C. R. de la Soc. de biol.*, mai 1913.



L'aire ombrée représente le volume du liquide d'ascite ; elle est limitée par une courbe supérieure construite en prenant pour ordonnées les distances entre l'appendice xiphoïde & le pubis [qui varient dans le même sens que le volume total de l'abdomen], et par une courbe inférieure construite en prenant pour ordonnées les distances entre l'appendice xiphoïde & la limite supérieure de la matité (qui représentent la zone de sonorité).

Les différentes courbes représentent le rythme des injections, le poids et les variations de la cytologie péritonéale.

rétrospectif de la nature primitive des exsudats, quand une ascite a déjà évolué dans sa cytologie (1).

Pour conclure, l'aurothérapie intrapéritonéale semble bien avoir la plus grande part à la guérison de notre malade. Il suffit, pour s'en persuader, de comparer les diverses courbes, des proportions leucocytaires, du poids, de la tension péritonéale, que nous donnons ici (voir fig.), ainsi que le rythme des injections.

Si une seule observation n'a qu'une valeur affirmative restreinte, elle suffit, du moins, à conseiller l'essai d'une thérapeutique facile et exempte de risques.

DU ROLE DE L'INNERVATION PARIÉTALE DES ARTÈRES ET DU SYMPATHIQUE

dans le rétablissement de la circulation collatérale après oblitération ou ligature d'après les recherches expérimentales de P. Stricker et F. Orban

Par R. LERICHE.
(Clinique chirurgicale A, Strasbourg).

Dans la physiologie pathologique des accidents consécutifs aux maladies des artères (traumatiques, infectieuses ou spontanées), on ne tient compte, d'habitude, que du *déficit sanglant périphérique*, que du *phénomène ischémie relative ou absolue*. On raisonne toujours comme si l'artère était un tuyau de caoutchouc inerte, indifférent vecteur de sang, sans connexion avec l'ensemble du système circulatoire.

Dans ces dernières années (1), j'ai à maintes reprises attiré l'attention sur l'importance qu'avait dans la pathologie artérielle l'élément « *trouble d'innervation à distance par atteinte des nerfs de la paroi* ». Ces nerfs sont en grande partie des nerfs sensitifs, leur excitation normale contribue à équilibrer partout les actions vasomotrices, leur irritation anormale et répétée engendre à la périphérie des troubles vasomoteurs généralement du type vaso-constrictif, avec stase veineuse consécutive qui gênent les circulations collatérales, troublent la nutrition du tissu conjonctif produisent des troubles trophiques et créent ainsi peu à peu des lésions anatomiques bientôt irréversibles. J'en ai multiplié les preuves expérimentales, surtout d'ordre opératoire.

Dès 1917 j'en avais conclu qu'une *artère oblitérée n'était plus une artère, mais un nerf plexique* en conditions pathologiques, qu'il était indiqué dans les syndromes d'oblitération de le réséquer, pour améliorer la circulation périphérique, en enlevant toutes les fois qu'il était possible le segment artériel oblitéré.

J'avais montré, dès cette époque, qu'après la résection d'un cordon artériel oblitéré, on voyait la périphérie du membre se réchauffer, l'indice oscillométrique devenir appréciable ou se relever, alors que, quelquefois, le pouls reparaissait faiblement, que certains muscles retrouvaient leur contractilité, et que les troubles trophiques disparaissaient.

Dans ces dix dernières années, j'ai fait de multiples artériectomies dans des conditions variées (1), et tout ce que j'ai observé m'a montré, d'une part, le rôle considérable des phénomènes réflexes partis de la paroi d'une artère oblitérée, et d'autre part, l'efficacité thérapeutique de la résection artérielle dans la plupart (2) des syndromes d'oblitération artérielle (artérite localisée spontanée, thrombose après embolie non opérée à temps, thrombose après traumatisme, ligature chirurgicale, gelure, etc.). Je suis tellement convaincu de la réalité du rôle nuisible des nerfs artériels d'une paroi thrombosée, et de l'efficacité thérapeutique de l'artériectomie, que si le diagnostic d'une thrombose coronarienne était fait avec certitude, je n'hésiterais pas à essayer de réséquer le segment thrombosé, persuadé que l'on arrêterait ainsi les crises d'angor si souvent mortelles en pareille occurrence. De même, je pense que devant le diagnostic de thrombose de la sylvienne, on devrait aller réséquer le segment thrombosé.

Avec de pareilles directives, j'ai demandé, dans ces dernières années, à deux de mes élèves P. Stricker, mon chef de laboratoire de chirurgie expérimentale et F. Orban, de la clinique de Delrez, à Liége, qui a travaillé quatorze mois à Strasbourg, de faire une série de recherches expérimentales sur ces questions. Je crois utile d'attirer brièvement l'attention sur les résultats qu'ils ont obtenus, au point de vue spécial de l'artériectomie.

* * *

Ils ont commencé par reprendre l'étude expérimentale des ligatures artérielles chez le chien. Ils ont vu que la ligature isolée d'une fémorale, combinée à celle des deux tibiales ou à celle des deux iliaques du même côté, ne produisait qu'un refroidissement temporaire, de la claudication durant deux à trois jours, et un peu d'œdème. De même, pour les ligatures combinées de l'axillaire, de l'humérale et de la cubitale.

En faisant des interventions étagées et successives, de huit jours en huit jours, ils sont arrivés à ligaturer chez le même chien, unilatéralement, tous les gros troncs importants à destination des membres, iliaques, hypogastrique et ses branches, fémorale commune, tibiale, axillaire, humérale, cubitale et radiale, enfin l'ischiatique et la fessière. Même

(1) Maurice VILLARET. Contribution à l'étude comparée de quelques réactions de diagnostic entre les exsudats et les transsudats (réactions de Rivalta, de Gangi et du collargol), *C. R. de la Soc. de biol.*, 3 mai 1913, et *Thèse* de BERTHET, Paris, juin 1913.

(1) Du syndrome sympathique consécutif à certaines oblitérations artérielles traumatiques, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 janv. 1917. — De la réaction vaso-dilatatrice consécutive à la résection d'un segment artériel oblitéré, *C. R. de la Soc. de biol.*, 3 fév. 1917. — Résultats éloignés des ligatures et des résections artérielles, rapport au *XXXIe Congrès français de chir.*, oct. 1922. — Voyez aussi STRICKER. Les résections artérielles étendues dans le traitement de certaines artérites oblitérantes, *Revue de chir.*, 1928, n° 3, p. 214, et LERICHE et POLICARD. *Physiologie pathologique chirurgicale*, 1 volume, 1930, Masson, édit.

(1) Voyez en particulier : LERICHE et STRICKER. Documents anatomo-cliniques de chirurgie vasculaire, *Lyon chir.*, mars 1930, p. 137.

(2) Dans la maladie de Buerger, le résultat est physiologiquement observable, mais thérapeutiquement nul.

avec des ligatures aussi nombreuses, jamais l'œdème n'était durable; il ne se faisait pas d'ulcération et toujours la claudication était passagère. Certains de leurs animaux ont été conservés pendant neuf mois, et sont restés absolument normaux en tout point, capables de saut et de course notamment.

L'examen radiographique, après injection opaque montrait que le rétablissement artériel se faisait suivant les deux types décrits par Luigi Porta, exactement comme je l'ai indiqué moi-même en 1922. Les radiographies montrent bien l'énorme développement du rétablissement circulatoire par les muscles, transformés en éponges sanguines.

Ceci étant bien établi, j'ai demandé à P. Stricker, et à Orban, d'essayer de *faire « des chiens sans grosses artères* », et d'essayer de supprimer tout le système des troncs artériels d'un membre. En procédant par temps successifs, en 7 ou 8 séances, ils sont arrivés à conserver vivants des chiens dont les seuls gros troncs persistants sont l'aorte, ses branches intra-thoraciques et intra-abdominales jusqu'à la mésentérique inférieure et les carotides. Ils supprimaient successivement les fémorales, les tibiales antérieures et postérieures, la pédieuse, l'ischiatique, la fessière, les iliaques interne et externe, les branches hypogastriques, la sacrée, l'axillaire, l'humérale et la radiale, en finissant généralement par la résection de la bifurcation aortique. Les chiens ainsi artériectomisés courent, se dressent sur leurs pattes postérieures et rien ne permet, pour un observateur prévenu, de les distinguer d'un chien témoin.

Or, dans tous les cas, dès les premières heures, on ne constatait qu'un refroidissement minime, pas ou presque pas d'œdème, et très précocement, avant les trente premières heures, la patte redevenait plus chaude que ne l'était le membre sain; l'animal marchait avec appui sur le sol, ce que ne faisaient pas les simples ligaturés.

Pour rendre plus sensible et plus frappante cette rapidité de la suppléance circulatoire chez les artériectomisés, des chiens ont été artériectomisés d'un côté et ligaturés de l'autre. La supériorité du rétablissement circulatoire du côté réséqué était manifeste : le membre ligaturé a toujours mis plus de temps pour se réadapter au mouvement que l'autre; le rétablissement d'une température normale, la disparition de l'œdème, l'utilisation active ont toujours été plus lentes que de l'autre côté : quelques heures du côté réséqué, quelques jours du côté ligaturé.

Chez tous ces animaux, le rétablissement circulatoire a été étudié par des radiographies après injection opaque : du côté réséqué, il n'y avait pas de vaisseaux néoformés du type collatéral direct de Luigi Porta, et pas de vaisseaux de calibre très important. Mais par contre les collatérales étaient manifestement plus nombreuses. Si l'on classe, sans les connaître, les radiographies des réséqués et des ligaturés, d'après la seule impression que donne l'image, on met toujours ensemble les radiographies des résections parce que les vaisseaux musculaires et sous-cutanés atteignent dans ces cas leur maximum de développement et leur nombre maximum : on a l'impression en regardant ces clichés que la richesse de la circulation est telle que l'irrigation du membre est bien supérieure à ce qu'elle était auparavant.

Poussés par ces résultats, Stricker et Orban ont essayé de faire des résections massives, en un temps, des gros troncs à partir de la bifurcation aortique. Tous leurs animaux sont morts dès les premiers jours, avec les pattes glacées, œdémateuses et paralysées, sans avoir, le plus habituellement, fait la moindre tentative d'appui sur leurs membres, sans avoir pu se relever.

L'impossibilité de la résection du carrefour aortique et de ses branches étant ainsi bien établie, Stricker et Orban ont tenté d'en corriger les effets en faisant précéder la résection du carrefour d'une ablation bilatérale de la chaîne lombaire ou d'une ramisection lombaire.

Dès leur réveil, les animaux ainsi opérés essayaient de se mettre sur leurs pattes, prenaient appui sur les pattes postérieures, puis commençaient à marcher, malaisément bien entendu, mais marchaient. Ils ne présentaient pas d'œdème. Leur train postérieur était froid, mais au bout de vingt-quatre heures, il se réchauffait et devenait bientôt plus chaud que les pattes antérieures. Au bout de cinq à six jours, les animaux marchaient presque normalement. Au bout de quelques semaines, plus rien dans leur attitude au repos ou à l'effort ne révélait l'intervention subie. Au bout de trois à quatre mois, aucun trouble trophique n'était apparu, et ces chiens étaient capables des mêmes efforts que des chiens intacts.

La constance des résultats, mort habituelle chez les réséqués en un temps, guérison constante des réséqués après ramisection lombaire, ne permet pas de chercher une explication dans le hasard ou la coïncidence. Il est évident que c'est à l'énorme action vaso-dilatatrice périphérique de la sympathectomie lombaire qu'il faut rapporter la possibilité de faire tolérer aux chiens pendant les premiers jours, le grand sacrifice artériel que représente l'ablation du carrefour aortique et des iliaques.

L'étude radiographique du système circulatoire chez ces réséqués sympathectomisés a été faite au bout d'un mois ou plus tardivement. L'irrigation des pattes semble pratiquement la même que chez l'animal normal : les fémorales et les ischiatiques remplies par voie indirecte s'injectent avec la même intensité et ont le même calibre. La distribution artérielle aux membres et à la peau se fait comme chez les multiréséqués, mais avec moins d'ampleur évidemment, puisque les artères principales des membres sont conservées, et qu'il n'y a pas nécessité de néoformations de collatérales.

*
* *

Il me semble que les très nombreuses recherches expérimentales dont je viens de parler établissent sans conteste le rôle de l'élément vaso-moteur dans la physiologie pathologique des phénomènes consécutifs aux oblitérations artérielles : les chiens sans

artère dont j'ai parlé, ont eu moins de troubles postopératoires que les chiens ligaturés, ils n'ont presque pas eu d'œdème, presque pas de refroidissement périphérique, presque pas de parésie musculaire. Ils se sont rétablis plus vite et mieux que les autres physiologiquement et anatomiquement. Ceci prouve, je crois, que dans la paroi d'une artère thrombosée ou ligaturée naissent des réflexes vaso-constrictifs pour la périphérie.

D'autre part, les chiens auxquels on a réséqué le carrefour aortique sont morts ; ceux auxquels on l'a réséqué après sympathectomie lombaire ont guéri et n'ont présenté aucun trouble. Donc la vaso-dilatation active due à la suppression du sympathique est une réalité physiologique utile.

Cela justifie amplement les procédés thérapeutiques nouveaux que je défends depuis treize ans, et qui chez l'homme sont remarquablement efficaces, quand ils sont employés à bon escient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1930)

Maladie de Kümmel-Verneuil. — M. MOUCHET à propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur cette maladie, estime qu'on doit conserver ensemble les deux noms de Kümmel et Verneuil et que selon l'opinion de M. Leriche, les troubles vaso-moteurs jouent un rôle important dans l'apparition du syndrome.

A propos du bactériophage. — M. D'HÉRELLE précise par lettre à la Société, certains points sur lesquels il n'est pas absolument d'accord avec M. Gratia.

Deux cas d'injection intracardiaque d'adrénaline au cours de syncopes graves. — M. MATHIEU rapporte ce travail de M. Daniel Ferey (de Saint-Malo) : le résultat fut excellent dans les deux cas de l'auteur. Dans le premier cas il s'agissait d'une anesthésie au chlorure d'éthyle, dans le second d'une anesthésie rachidienne.

Epithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome. — M. Robert MONOD fait un rapport sur ce travail de M. Georges Ferry (de Strasbourg) : ce chirurgien a observé le fait classique d'une récidive sur le moignon restant. M. Monod remarque que ces néoplasmes surviennent surtout après les hystérectomies subtotales pour fibromes. Il conseille l'hystérectomie totale car laisser un moignon, si évidé soit-il, c'est laisser un fragment de tissu cicatriciel favorable au développement du cancer.

M. PROUST est partisan de la radiumthérapie dans les cancers du col restant.

M. SAUVÉ a observé après hystérectomie totale des récidives sur la cicatrice vaginale.

M. Louis BAZY signale qu'en enlevant un utérus par hystérectomie subtotale pour fibrome, on a découvert un cancer de la corne utérine resté guéri depuis onze ans.

M. J.-L. FAURE fait en général des subtotales, considérant cette opération comme la moins grave et les récidives cancéreuses comme exceptionnelles.

M. SCHWARTZ estime que parfois on fait des subtotales pour utérus saignant, qui ne sont pas toujours des fibromes.

M. LENORMANT fait surtout des totales et a observé des récidives sur la cicatrice vaginale.

M. DUJARIER estime que les récidives sur cancer du col sont fréquentes.

M. LAPOINTE en a vu très peu.

M. BASSET n'en a jamais vu.

M. BROCQ considère que l'intervention pour ces épithéliomas est difficile.

M. GERNEZ a obtenu de bons résultats de la curiethérapie.

M. Robert MONOD considère que la curiethérapie est difficile dans ces cas, mais que l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée.

Maladie de Kümmel-Verneuil. — M. MOUCHET fait un rapport sur deux observations de M. Ibos (de Saint-Quentin) : il s'agit en réalité de fractures méconnues avec intervalle libre après l'accident.

Dilatation kystique du cholédoque d'origine lithiasique. — M. CHIFOLIAU rapporte ce travail de M. Gautier (d'Angers) : M. Gautier réséqua la portion kystique et rétablit le conduit sur tube de Kehr. La guérison se maintient depuis onze mois. Une artère anormale expliquait la localisation de la dilatation kystique. On peut soulever la possibilité d'une dilatation congénitale manifestée tardivement car l'origine lithiasique n'est pas rigoureusement démontrée.

Physiologie pathologique des anémies artérielles. — M. LERICHE depuis treize ans estime que les troubles d'innervation partis de la paroi, priment la question du débit sanguin. Il est partisan de la résection des artères oblitérées. Dans les cas d'oblitérations segmentaires qu'il a fait exécuter chez le chien par Stricher, l'œdème, le refroidissement cèdent au bout de quelques jours. On peut conserver des chiens sans grosses artères des membres. Les chiens artériectomisés se rétablissent plus vite que ceux qui ont eu de simples ligatures. Si on résèque le sympathique lombaire on peut même réséquer la bifurcation aortique. L'artériectomie provoque en effet une vaso-dilatation périphérique considérable avec rétablissement dans certaines maladies artérielles de l'indice oscillométrique.

M. MOURE estime que dans les plaies artérielles il faut tenir compte de l'infection possible.

M. LERICHE estime qu'en cas d'endartérite d'origine infectieuse c'est l'artériectomie qui constitue le meilleur traitement.

M. BROCQ pense que pour les artères coronaires il faut tenir compte du caractère terminal de ces artères.

M. LERICHE estime qu'enlever une artère oblitérée ne diminue en rien l'apport sanguin et n'agit que sur les nerfs.

Présentation de malades. — M. MOURE présente un beau résultat de résection condylienne du maxillaire pour ankylose d'origine gonococcique. Cette malade avait été opérée il y a sept ans par M. Hallopeau et appareillée par Darcissac.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DE MARS 1930)

Hétérotopie d'une dent de sagesse inférieure. — MM. BELLARD, MERVILLE et DUFIEUX rapportent un cas de dent de sagesse évoluée dans l'apophyse coronoïde, vers l'échancrure sigmoïde ; la dent avait fait effraction dans la loge ptérygo-maxillaire. Malgré de très grandes difficultés, l'extraction put être faite par voie buccale.

**Destruction du cément et de la dentine avec mise à nu de la pulpe d'une dent de douze ans inférieure résultant

de la compression par une dent de sagesse en ectopie. — M. Michel DECHAUME.

Fistules mentonnières. Contrôle de l'origine par le lipiodol. — MM. BERGER et LANDAIS ont pu, en injectant du lipiodol, mettre en évidence sur une radiographie un trajet fistuleux allant de la région mentonnière à la canine inférieure qui en était cause.

HOPITAUX DE PARIS

ARRÊTÉ MODIFIANT LES ARTICLES 213, 218, 225 BIS, 227, 229, 230, 233, 237, 261, 263 ET 264 DU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.

Candidats ex æquo.

ART. 213..

(par. 3 nouveau). — En ce qui concerne les concours de l'internat en médecine et de l'internat en pharmacie les candidats seront classés de la manière suivante :

Pour l'internat en médecine, la priorité sera accordée aux externes en premier en exercice, puis aux externes, en tenant compte pour ces derniers de la plus grande ancienneté de nomination; dans chaque catégorie (externes en premier et externes) le classement sera établi pour les élèves issus du même concours en tenant compte du rang de classement obtenu par chacun d'eux.

Pour l'internat en pharmacie la priorité sera accordée au candidat qui aura obtenu la meilleure note à l'épreuve écrite; en cas d'*ex æquo* à cette dernière épreuve, le meilleur classement sera attribué à l'élève qui aura obtenu la note la plus élevée à l'épreuve orale. Si des candidats se trouvaient encore *ex æquo* à l'issue de ce classement il sera tenu compte pour les départager du plus grand nombre d'inscriptions à la Faculté au moment de l'inscription au concours.

Internat en pharmacie.

ART. 218, par. 3..

...... Pour l'internat en pharmacie au quart du cadre total des internes, déduction faite du nombre des internes lauréats et des internes autorisés, à l'issue du concours de l'année précédente, à accomplir une cinquième année.

(Le reste sans changement.)

Concours de chirurgien des hôpitaux.

ART. 225 *bis*, par. 27. — Le nombre des admissibles sera égal à 4 ou 6 suivant qu'il sera ouvert dans l'année un ou deux concours de nomination; en aucun cas, il ne pourra toutefois être supérieur à la moitié des candidats *ayant effectivement pris part aux épreuves d'admissibilité*; en cas de nombre impair le quantum des admissibles sera arrêté au chiffre entier immédiatement inférieur à la moitié.

(Le reste sans changement.)

Concours d'accoucheur des hôpitaux.

ART. 227, par. 13. — Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admissibles sera au maximum de 3 pour une place et de 5 pour 2 places sous la réserve qu'ils auront obtenu un total de points au moins égal aux deux tiers du maximum fixé ci-dessus. Toutefois, le nombre des candidats déclarés admissibles pourra être ramené suivant le cas à 2 ou 4 si le nombre des candidats *ayant effectivement pris part au concours est inférieur* au double du chiffre réglementaire des admissibles.

(Le reste sans changement.)

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.

ART. 229, par. 24. — Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à 3 pour une place et 5 pour 2 places; il pourra être ramené à 2 ou à 4 si le nombre des candidats *ayant effectivement pris part aux épreuves d'admissibilité* est inférieur à 6 ou à 10, suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

(Le reste sans changement.)

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

ART. 230, par. 22. — Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à 3 pour une place et 5 pour 2 places; il pourra être ramené à 3 ou à 4 si le nombre des candidats *ayant effectivement pris part aux épreuves d'admissibilité* est inférieur à 6 ou à 10 suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou à deux nominations.

(Le reste sans changement.)

Concours de stomatologiste des hôpitaux.

ART. 233, par. 24. — Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à 3 pour une place et 5 pour 2 places; il pourra être ramené à 2 ou à 4 si le nombre des candidats *ayant effectivement pris part aux épreuves d'admissibilité* est inférieur à 6 ou à 10 suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou à deux nominations.

(Le reste sans changement.)

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.

ART. 237, par. 19. —..

3° Une épreuve pratique comportant deux questions :

La première sur le matériel utilisé en radiologie et radiumlogie ou sur la technique radiologique ou radiumlogique.

La seconde sur le matériel utilisé en électrologie.

La première de ces épreuves doit permettre aux candidats de montrer qu'ils sont au courant du montage, des connexions, de la mise en marche, des causes des arrêts de fonctionnement, des dangers d'une installation défectueuse et qu'ils connaissent la technique des examens radioscopiques et radiographiques ou des traitements qu'on peut instituer sur un malade déterminé.

La seconde doit permettre aux candidats de montrer qu'ils sont au courant du montage, des connexions, du démontage, de la mise en marche, des causes, des arrêts de fonctionnement, des dangers d'une installation défectueuse, des appareils de thermothérapie, de luminothérapie, d'actinothérapie, d'électrodiagnostic, d'électrothérapie, etc., et qu'ils connaissent la technique de l'électrodiagnostic et des applications de ces divers appareils aux traitements qu'on peut instituer sur un malade déterminé.

ART. 237, par. 34. — A la suite de ces épreuves, sont déclarés admissibles deux candidats par place mise au concours.

Leur classement est effectué dans les conditions déterminées à l'article 213 du présent règlement.

ART. 237, par. 26. — Les candidats titulaires de deux admissibilités sont déclarés admissibles définitifs; ils sont seuls admis à prendre part aux épreuves de nomination.

Ils rentreront de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves définitives jusqu'à concurrence des cinq concours de nomination qui suivront le concours à la suite duquel ils auront été déclarés admissibles définitifs.

(Le reste sans changement.)

Concours de l'externat en médecine.

ART. 261, par. 39 nouveau. — Tout candidat n'ayant pas remis trois copies sera éliminé de la liste des concurrents à

l'externat. Il en sera de même pour celui qui obtiendra la note zéro à l'ensemble des questions afférentes à l'une des trois épreuves.

ART. 261, par. 60. — Les candidats classés *ex æquo* pour la première place sont appelés à subir, en vue de leur classement définitif, une épreuve supplémentaire que jugent les trois sections réunies.

(Le reste sans changement.)

Concours de l'internat en médecine.

ART. 263, par. 1 et 2. — Les élèves externes reçus au concours et justifiant d'une année révolue d'externat ou du titre obtenu au concours d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de France possédant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'interne en médecine.

Ils ne peuvent se présenter à ce concours que cinq fois.

(Le reste sans changement.)

Composition du jury du concours de l'internat en médecine.

ART. 264, par. 14. — Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de compositions, savoir :

Pour la composition d'anatomie, un médecin et deux chirurgiens ou un médecin, un chirurgien et un spécialiste.

Pour la composition de pathologie médicale, trois médecins.

Pour la composition de pathologie chirurgicale, deux chirurgiens et l'accoucheur.

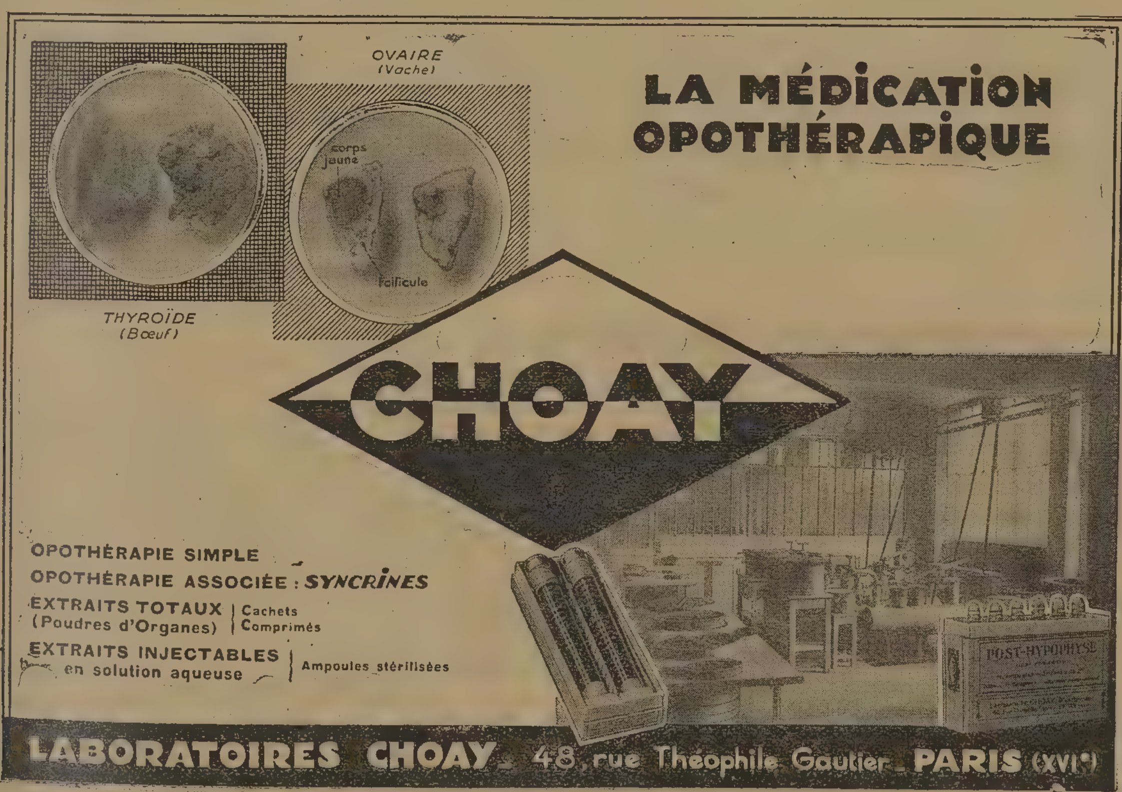
(Le reste sans changement.)

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

COMMENT IL FAUT PRENDRE LES CACHETS EN GÉNÉRAL, CEUX DE « PHYTINE », « FERROPHYTINE » ET « PÉRISTALTINE », EN PARTICULIER.

Si l'on immerge *in vitro* dans de l'eau simple, à la température 16/22 degrés, des cachets fermés à sec par emboitement, les deux cupules s'ouvrent au bout de deux ou trois minutes. Si l'on immerge, dans les mêmes conditions, des cachets fermés par humectation et soudure des bords sous pression, les cachets ne s'ouvrent qu'au bout de plusieurs heures, *mais si le cachet a été préalablement insalivé*, la ptyaline agissant par digestion de l'azyme, l'ouverture s'effectue au bout de trois ou quatre minutes.

Conclusion. — Pour que les cachets médicamenteux s'ouvrent promptement dans l'estomac et y libèrent leur contenu par digestion rapide de l'azyme, il convient de placer le cachet à sec dans la bouche, de l'insaliver pendant dix à vingt secondes, et de l'avaler ensuite avec une gorgée de liquide : le cachet s'ouvrira dans l'estomac de deux à cinq minutes après et son contenu n'adhérera pas l'azyme qui sera digéré. Ces résultats observés *in vitro* ont été contrôlés radioscopi-


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY 48, rue Théophile Gautier PARIS (XVIe)

quement *in vivo* avec des cachets à contenu opaque aux rayons X (1).

Cette façon d'absorber les cachets de *Phytine*, de *Ferrophytine* (surtout) et de *Péristaltine* est très recommandable au double point de vue de l'activité et de la tolérance médicamenteuse.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA LANGUE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le cancer de la langue, d'un diagnostic souvent facilité par la biopsie qui permet un dépistage rapide, est l'un des cancers les plus accessibles à la chirurgie et à la radiumthérapie.

C'est l'un des plus fréquents des cancers digestifs.

CLINIQUE

1. **Terrain.** — En général *homme* ayant dépassé la quarantaine.

On a cité comme cause prédisposante le tabac, mais surtout la *syphilis*, les deux tiers des néos de la langue surviendraient sur terrain spécifique, en particulier sur des *plaques leucoplasiques* (état précancéreux).

2. **Description.** — Nous prendrons comme type de description le cancer marginal de la moitié antérieure de la langue.

Période de début. — Phase de longueur variable, quelques mois, d'un intérêt capital, car un diagnostic précoce est souvent possible, permettant une véritable *prophylaxie* du cancer.

En effet, c'est presque toujours au niveau d'une lésion antérieure de la muqueuse que le cancer apparaît, pratiquement dégénérescence locale d'une *plaque de leucoplasie*, et on assiste à des modifications de cette lésion.

1. Le malade s'est inquiété pour une sensibilité anormale à ce niveau, ou pour un suintement sanguin inhabituel.

A l'examen local, on constate :

L'extension de la plaque en surface, en même temps qu'elle *s'indure et s'épaissit*.

Souvent elle se craquèle, *se fissure*, devenant légèrement *douloureuse* au palper et *saignant* au moindre contact.

Parfois, elle est le siège d'un *bourgeonnement* papillomateux et irrégulier, saignant et friable.

Quant aux *adénopathies*, elles sont encore imperceptibles.

En résumé, toute plaque leucoplasique qui s'étend, se fissure, s'indure, saigne au moindre contact, est très suspecte et doit être excisée largement (*biopsie élargie*).

2. Plus rarement début profond, *forme interstitielle*.

Le malade vient pour de la gêne fonctionnelle progressive.

A l'examen, en palpant la langue entre deux doigts, on constate l'existence d'un *noyau dur*, profond, indolent, diffus, mal limité.

La muqueuse est légèrement cartonnée à son niveau; elle adhère au noyau profond.

3. Rare également le début sur une *ulcération antérieure* (mécanique surtout, tuberculeuse ou syphilitique).

Période d'état. — On est en présence d'une *tumeur ulcérée*.

Signes fonctionnels. — Avec l'ulcération, les signes fonctionnels sont devenus pénibles.

Gêne fonctionnelle. — Le malade a de la peine à mastiquer, à déglutir, à parler.

Douleurs provoquées par le moindre contact, aliments, surtout mets acides, aliments chauds ou froids; par les mouvements, mastication, phonation.

En même temps, il y a de l'hypersalivation avec fétidité de l'haleine s'accentuant progressivement.

Signes physiques. — A l'examen, la langue est *déformée*; soit augmentée de volume inégalement, pouvant s'insinuer entre les arcades dentaires, soit partiellement rétractée.

1. *L'ulcération* siège le plus souvent sur le bord latéral.

Elle est profonde, anfractueuse, irrégulièrement découpée. Ses bords irréguliers sont saillants, éversés et indurés. Son fond sanieux est bourgeonnant et souvent semé de points jaunes dont la pression fait saillir des boyaux épithéliaux (vermiothes).

L'ensemble saigne au moindre contact.

A l'entour, lésions banales : muqueuse rouge sombre, œdématiée, avec empreintes dentaires.

Au-dessous de l'ulcération, une tumeur.

2. *La tumeur.* — Vérifier son étendue; souvent toute la moitié de la langue, parfois infiltrant déjà l'autre côté.

Sa *diffusion*,

Sa *dureté* ligneuse, son *indolence* sont caractéristiques.

Dans l'ensemble, dureté, diffusion de la tumeur, saignement, friabilité de l'ulcération sont les éléments du diagnostic.

3. Les *adénopathies* viennent encore confirmer; elles sont devenues apparentes.

On en trouve :

Dans la région sous-mentale et sous-maxillaire;

Dans l'épaisseur du plancher de la bouche;

Le long des chaînes jugulo-carotidiennes, et souvent des deux côtés.

Ce sont des ganglions petits, durs, indolents, mobiles, car il n'y a pas de péri-adénite.

Phase terminale. — Signes fonctionnels. — *Les douleurs* sont au premier plan du tableau clinique.

Devenues très violentes, elles prennent le type de douleurs névralgiques, paroxystiques, persistant la nuit, ne cédant plus qu'à la *morphine*. Souvent à type de névralgies dentaires, d'*otalgies*.

Elles entraînent l'insomnie complète.

La gêne fonctionnelle intense peut entraver l'alimentation.

L'état général s'altère parallèlement :

— Amaigrissement;
— Anémie;
— Asthénie.

Localement, le néo a progressé considérablement.

L'ulcération est étendue, entamant largement le bord de la langue, laissant suinter une sanie fétide et sanguinolente.

La tumeur a envahi de proche en proche :

— Le plancher de la bouche qui est induré;
— Le sillon gingivo-lingual et la gencive qui se déchausse et s'ulcère;
— La glande sous-maxillaire;
— Parfois même le maxillaire auquel elle adhère, et la joue qui devient cartonnée.

Les ganglions ont pris le type cancéro-inflammatoire : ils sont empâtés, sensibles, parfois même il y a de la rougeur de la peau qui peut s'ulcérer.

Ils peuvent évoluer pour leur propre compte et envahir de proche en proche maxillaire, sous-maxillaire, veine jugulaire; ou évoluer sous le type infectieux. *(A suivre.)*

(1) Ouverture et digestion des cachets contrôlées par la radioscopie, par M. Janot (*Bull. de pharmacol.*, 1928, 35.486).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 mai. — MM. Bith, Decourt, Garcin, Mme Fontaine, MM. Gutmann et Lelong, 20.

Classement : MM. Lelong, Decourt et Garcin, 40; Bith, 39,45; Mme Fontaine 39,27; M. Gutmann, 39.

Le jury propose à la nomination de M. le directeur général pour occuper les trois places :

MM. Lelong, Decourt et Garcin.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la proposition de M. Villar pour le titre de chirurgien adjoint des hôpitaux.

— NIMES. — Après concours devant la Faculté de Montpellier, M. le docteur Barbusse vient d'être nommé médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

— VALENCE. — Le concours pour une place d'oto-rhino-laryngo-ophtalmologiste à l'hôpital de Valence, qui vient d'avoir lieu à la Faculté de Lyon s'est terminé par la nomination du docteur Fournier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section d'anatomie pathologique.* — *Exposé de titres.* — Lire : M. Grandclaude, 18 au lieu de 19.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Notes : MM. Huguenin et Grandclaude, 19.

Sont proposés : MM. Huguenin et Grandclaude.

— CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le mardi 17 juin 1930, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, sans traitement, 6 ; II. Clinicat médical propédeutique : titulaire, sans traitement, 1 ; III. Clinicat médical infantile : titulaire, avec traitement, 1 ; adjoint, 1 ; IV. Clinicat d'hygiène et clinique de la première enfance : titulaires, sans traitement, 2 ; V. Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans traitement, 2 ; VI. Clinicat des maladies infectieuses : adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au mardi 10 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétaria de la Faculté de médecine.

LA DÉFENSE DU B. C. G. — Sous ce titre, notre ami, M. Maurice de Fleury, dont on connaît la sûreté d'information, vient de publier dans le *Figaro* un article très documenté sur les accidents qui se sont produits à Lubeck à la suite d'injections du B. C. G.

« Le 24 juillet 1929, le professeur allemand Biedelfeld demandait au docteur Calmette d'adresser une culture de B. C. G. au docteur Altstaedt, directeur de l'Office d'hygiène de Lubeck, dans l'intention d'introduire la méthode de vaccination préventive contre la tuberculose dans les familles contrôlées par les assurances sociales. Le 27 juillet, le service des vaccins de l'Institut Pasteur faisait l'expédition d'une culture qui arriva à destination vers le 1er août. La même

souche fut utilisée à la préparation d'émulsions vaccinales peu après expédiées dans diverses régions de la France et bientôt employées à vacciner 373 enfants. Chez nous, aucun accident n'a été signalé, pas plus qu'à Mexico et à Riga (Lettonie), où des vaccins de même souche furent dans le même temps utilisés. Or, si l'on en croit la note présentée le 14 mai dernier au Conseil de santé du Reich, à Berlin, par le docteur Eckoldt, la culture reçue au mois d'août 1929 par le docteur Alstaedt, fut remise par celui-ci au docteur Deycke avant d'être utilisée pour la vaccination des nouveau-nés; elle fut inoculée à des animaux de contrôle. Le 20 mai dernier, à la tribune du Reichstag, M. le chancelier Wirth déclarait que la culture ne s'était révélée nullement pathogène. C'est à partir du 18 février 1930 que commença l'application de la méthode aux enfants.

Dès le 26 avril suivant survenait un décès, cependant que plusieurs enfants vaccinés prenaient tournure de malades. On arrêta aussitôt la distribution du vaccin, mais se manifestèrent encore des cas graves d'infection tuberculeuse intestinale et quelques-uns mortels. Les autopsies qui furent pratiquées ne laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie. Il était donc certain que la culture utilisée pour la préparation des émulsions vaccinales de Lubeck avait été contaminée par un bacille de Koch très virulent. »...

« ... Deux hypothèses seulement sont à envisager. Ou bien la culture de B. C. G. envoyée par l'Institut Pasteur a été accidentellement infectée par un germe tuberculeux virulent provenant d'autres cultures du laboratoire; ou bien, par mégarde, des ballons ou des tubes de cultures tuberculeuses virulentes malencontreusement placés dans la même étuve à incubation que les cultures de B. C. G. ont été substitués à celles-ci pour la préparation des premières émulsions vaccinales de février dernier. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est absolument inconcevable que le B. C. G. ait pu devenir tout à coup virulent dans l'organisme des nourrissons. Rien de pareil ne s'est jamais produit.

Le professeur Calmette a minutieusement recherché quelles avaient été, ailleurs qu'à Lubeck, les conséquences des inoculations pratiquées avec la même souche de B. C. G. à 3.016 enfants : nul accident n'a été signalé. L'inoculation au cobaye n'a rien donné non plus. Il est prouvé que non seulement la souche envoyée à Lubeck, mais encore les souches qui en sont issues par réensemencement, ont conservé toutes les caractéristiques du B. C. G. et sa complète innocuité »...

M. de Fleury termine en rappelant les précautions minutieuses qui sont toujours prises à l'Institut Pasteur pour éviter toute contamination accidentelle des cultures du B. C. G.

— D'autre part, *Le Temps* publie une dépêche d'Allemagne annonçant qu'une enquête est ouverte sur la façon dont les souches envoyées de Paris ont été cultivées à Lübeck.

LE CENTENAIRE D'OLLIER. — Ollier est né le 2 décembre 1830. Le centenaire de cette naissance doit donc être commémoré cette année, ainsi que nous l'avons déjà annoncé. La Société de chirurgie de Lyon organise à cette occasion, d'accord avec la Faculté de médecine, une Journée d'Ollier qui aura lieu le samedi 28 juin.

Cette fête aura un caractère strictement privé; la Société de chirurgie de Lyon, obligée de se limiter, a adressé un nombre restreint d'invitations personnelles aux élèves d'Ollier et aux membres des grands corps scientifiques.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Dimanche 18 mai a eu lieu l'Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. le docteur Bellencontre, président.

Pour la première fois, cette réunion qui est la 68e, avait lieu dans la salle des séances de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, siège de la Confédération des syndicats médicaux français et qui sera bientôt aussi le siège de l'Association générale.

Soixante Sociétés départementales étaient représentées par leur président, secrétaire, trésorier ou délégués et après avoir approuvé le compte rendu financier du trésorier et attribué, sur le rapport du docteur Lutaud dix pensions viagères, a passé à l'examen des vœux émis par les Sociétés locales.

A 20 h., dans les salons du Cercle d'Iéna, un banquet de 95 couverts réunissait, sous la présidence de M. le docteur Rousseau-Saint-Philippe, président de la Société de la Gironde, les invités de l'Association et tous les délégués ayant pris part à la réunion.

Au dessert, M. le président Bellencontre remercia avec son éloquence et sa bonne grâce habituelles les personnalités qui avaient honoré de leur présence ce banquet confraternel ainsi que les représentants des Sociétés venus de toutes les régions de France. M. le docteur Rousseau-Saint-Philippe, dans un discours fort applaudi, retraça la vie déjà longue de l'Association, énuméra les nombreux et signalés services rendus aux déshérités de la profession et fit un pressant appel aux jeunes confrères en les invitant à s'inscrire à l'Association dès qu'ils débutent dans la carrière.

M. le docteur Dartigues, au nom de l'U.M.F.I.A. et M. le docteur Garrigues, au nom de la presse médicale remercièrent l'Association de l'aimable invitation qui leur avait été adressée, rendant hommage au rôle bienfaisant qu'elle remplit depuis soixante ans.

LA Ve CONFÉRENCE ANNUELLE DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE se tiendra à Paris, le vendredi 6 juin 1930, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe).

Des rapports seront présentés :

Le matin, de 9 h. à midi, par MM. Hesnard et R. Laforgue sur *Les mécanismes psychiques d'auto-punition dans la psychologie des névroses et des psychoses, la psychologie criminelle et la pathologie générale.*

L'après-midi, de 15 à 18 h., par Mme Marie Bonaparte sur *La prophylaxie infantile des névroses*, et par Mme Sophie Morgenstern sur *La psychanalyse infantile et son rôle dans l'hygiène mentale.*

INSTITUT PROPHYLACTIQUE. — Une série de Conférences sur la Pratique des sérofloculations dans la syphilis et la tuberculose, avec exercices individuels au laboratoire, et perfectionnement au dispensaire, sera faite du mardi 17 juin 1930 au samedi 28 juin inclus, sous la direction du docteur Arthur Vernes, et avec la collaboration des docteurs P. Uffoltz, Machtou, M. Bricq, docteurs Chauchard, Gustave Martin, Marcel Léger, Lhuerre.

Tous les jours de 10 à 12 h. et de 15 à 18 h.

Ces Conférences et exercices s'adressent aux médecins, aux pharmaciens, aux sérologistes en général, aux étudiants en dernières années de médecine.

Aucun droit d'inscription n'est requis. Le nombre des auditeurs sera limité à 30. Adresser les demandes au docteur Marcel Léger, Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (VIe), qui enverra le programme détaillé.

**

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU[1]

Par M. Georges ANDRIEU,
Médecin-capitaine,
Assistant des hôpitaux militaires.

D. **Les adjuvants du traitement d'attaque.** — 1° **Hygiéno-diététique.** — Le rhumatisant *doit garder le lit*, non seulement pendant la période fébrile et des douleurs articulaires, mais encore pendant quinze jours après cessation de tout symptôme cliniquement décelable. Le lit est peut-être une des méthodes les plus sûres de la prophylaxie des localisations cardiaques.

Durant la période des arthropathies, on immobilisera par un pansement ouaté compressif si l'on ne pratique pas des onctions au salicylate de méthyle ou à l'un de ses succédanés. Il faut, dans tous les cas, protéger les articulations contre le poids des couvertures avec un cerceau.

Sur la peau, de larges frictions seront faites quotidiennement avec de l'alcool faible (40 à 50 degrés); il est imprudent de donner des bains tant que persistent quelques petits signes articulaires.

On traitera, s'il y a lieu, par lavages, par gargarismes, les lésions dentaires ou amygdaliennes, portes d'entrée possibles, suivant certains, du virus rhumatismal.

Il faut veiller très attentivement au bon fonctionnement de l'appareil digestif. C'est ainsi que, dès le début de la maladie, on administrera un léger purgatif (sulfate de soude 10 grammes ou citrate de magnésie 30 grammes). Durant le cours de l'affection, on luttera, très énergiquement, contre la constipation, s'il y a lieu le mieux est de donner des lubréfiants intestinaux, non assimilables, type huile de paraffine ou mucilage, plus rarement on aura recours à un petit lavement huileux (100 à 150 gr.).

Le malade, atteint de maladie de Bouillaud, doit être soumis à un *régime alimentaire* qui favorisera non seulement l'hydratation de l'organisme, mesure utile contre les sueurs profuses, mais qui constituera aussi un régime de désintoxication très favorable à la bonne utilisation du salicylate de soude. Danielopolu recommande le régime lacté strict quarante-huit heures, puis le régime lacto-végétarien ou végétarien; Martinet, le régime lacté; Caussade et Tardieu, le régime végétarien; Delore rappelle que le salicylate étant producteur d'acidose, on doit proscrire les graisses et les albumines animales; c'est aux hydrates de carbone, aux farineux, aux sucreries qu'il faut faire appel. En somme, régime lacté les deux premiers jours, avec lactose en quantité suffisante (10 à 20 grammes) dans du lait ou dans infusions de feuilles de frêne, de reine des prés. Ce régime sera maintenu tant que la température restera élevée. Dès la chute thermique nette, commencer bouillon de légumes, potages, farineux, sucreries. L'alimentation carnée ne sera reprise que lorsqu'on ne sera plus qu'à 6 grammes de salicylate pro die (Danielopolu).

Pas de tabac (Danielopolu).

2° **Les adjuvants.** — Nombreux ont été les médicaments mis en œuvre dans la thérapeutique de la maladie de Bouillaud, seuls ou associés à la cure de salicylate de soude. Seuls, leur action est médiocre; par contre, certains de ces médicaments, dits *adjuvants*, associés au salicylate, ont une action très utile et peuvent être considérés comme des *exaltants* de la médication salicylée.

Ce sont, tout particulièrement, les composés chimiques, dits « agents de choc », dont l'action est manifeste.

Robin a proposé l'argent colloïdal (1907); Pagniez, Martinet l'utilisent sous forme d'électrargol. Grenet a obtenu des résultats remarquables avec la collobiase d'or; il débute par un quart de centimètre cube intraveineux, mais ne continue, dans les jours suivants, qu'avec prudence et en n'augmentant les doses que très lentement. Keersmackers utilise, suivant les malades, les injections intramusculaires ou intraveineuses d'argent colloïdal, la peptone, le lait, les réinjections de 1 à 2 centimètres cubes du liquide articulaire retiré par ponction.

Sorter est fidèle à l'autohémothérapie, en dehors même de la médication salicylée.

Loeper et Vahram, Chevalier et Flandrin, Marchal et Thiolat ont montré les bons effets de la combinaison salicylo-soufrée. Ces auteurs utilisent, soit la collobiase de soufre : débuter par un quart à un demi-centimètre cube intraveineux, augmenter très lentement les doses, sans dépasser 2 centimètres cubes et en se maintenant toujours au-dessous du seuil de la dose produisant le choc; soit encore les injections intraveineuses ou intramusculaires d'eau isotonique d'Uriage (20 centimètres cubes intraveineux, 40 centimètres cubes intramusculaire). On peut injecter aussi dans les veines solution soufrée et solution salicylo-glucosée. Toutes les combinaisons des deux médicaments sont possibles (Marchal). Le soufre n'agit certainement pas dans le rhumatisme articulaire aigu à titre d'agent de choc exclusif, son rôle de catalyseur (Hopkins) pourrait, semble-t-il, être invoqué ici.

Les méthodes de choc atténuent les phénomènes locaux et généraux de la poussée rhumatismale, mais elles n'entraînent pas leur disparition totale (Bezançon et P. Weil). Elles ont une action indéniable sur les endocardites rhumatismales au début. Quand elles seront utilisées, ce sera toujours en association avec la méthode salicylée.

Les travaux de H. Vincent, ceux de Paillard et Thiers, de Sergent, de Ducasse, ont montré l'importance de l'atteinte thyroïdienne au cours du rhumatisme articulaire aigu. S'agit-il d'une thyroïdite infectieuse ou d'une réaction de défense? En tout cas de bons effets ont été publiés par ces auteurs et par Doumer de l'administration de petites doses de *thyroïdine* pro die (0,10 à 0,20), en association au

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 42, p. 769.

salicylate. H. Vincent a montré les heureux effets de la médication associée salicylo-iodée.

L'iode et les iodures ont donné des résultats à Martinet, Laubry et Routier, surtout au cours des cardiopathies. Vaquez prescrit, dans ce cas, 0g5 à 1 gramme d'iodure de sodium.

Le mercurochrome, la trypaflavine (gonacrine), n'ont pas donné de résultats très appréciables.

Bien que nous ne connaissions pas le virus rhumatismal, certains travaux admettent la spécificité du bacille d'Achalme. C'est ainsi que Bertrand, R. Lautier, Vivien utilisent un vaccin préparé avec ce bacille, suivant les données de Bertrand (d'Anvers) (immuno-vaccin antirhumatismal). D'autres auteurs admettent la spécificité de certains streptocoques (streptococus cardioarthrites), et traitent leurs malades par des vaccins ou des sérums préparés avec les microbes incriminés (J. C. Small, Barufaldi).

3° **De la salicylo-résistance.** — Des échecs de la médication salicylée qui ont été publiés, on a pu conclure hâtivement à la salicylo-résistance de certaines formes de l'infection rhumatismale.

Si, dans de nombreux cas, c'est l'insuffisance de la dose du médicament qui en est la cause, par contre, il en est où le salicylate agit peu (Worms et Gilbert Dreyfus, Sicard). Aussi, avant de parler de salicylo-résistance, vaudra-t-il mieux chercher à sensibiliser l'organisme au médicament, à la préparer. Nombreux sont ces petits moyens, ils sont souvent efficaces.

a. *Modification du traitement salicylé.* — Augmenter les doses, employer la voie endoveineuse, arrêter la médication trois à quatre jours, puis, la reprendre (Caussade et Tardieu, Marfan), associer les méthodes de choc, l'extrait thyroïdien.

b. *Emploi de dérivés salicylés.* — Ils sont nombreux, mais tous inférieurs au salicylate :

Aspirine	4 grammes pro die
Salol (Brudfort)	2 à 4 grammes
Salophène (G. Lyon)	3 à 4 grammes
Salipyrine (Hennig)	4 à 8 grammes

Bien que n'étant pas des dérivés salicylés, l'atophan, la créosopirine ont parfois donné des résultats.

L'antipyrine serait un médicament préparant l'action du salicylate, et Chauffard conseille de donner de l'antipyrine (1 à 3 grammes) le premier jour. Le second jour de l'affection, on frappe avec le salicylate.

E. **Schémas thérapeutiques suivant les aspects cliniques et les localisations.** — I. Les aspects cliniques. — 1° Formes traînantes et prolongées (rhumatisme articulaire aigu, à poussées successives). — Quelle qu'en soit l'intensité, la répétition des poussées articulaires indique une ténacité particulière de l'infection. Il faut la considérer comme une forme grave (Weissembach) : repos absolu au lit, fortes doses de salicylate, longtemps prolongées, méthodes de choc.

2° Poussée aiguë chez un ancien rhumatisant (récidive de certains auteurs). — Le traitement d'attaque sera aussi énergique que lors d'une première atteinte ; mais le traitement d'entretien sera continué de longs mois (voir plus loin).

3° Formes camouflées. — Le polymorphisme de la maladie de Bouillaud a été bien mis en évidence ces dernières années (formes infectieuses, typhoïde, digestive, appendiculaire, péritonéale, etc...), il témoigne d'une viscérotropie particulière du virus. Ce sont des formes malignes où le salicylate doit être donné à hautes doses : l'action favorable du médicament est ici un des plus précieux appoints pour le diagnostic.

II. **Les localisations.** — Nous ne passerons en revue que trois d'entre elles, les plus fréquentes, étant entendu que le salicylate est de règle dans toutes leurs variétés.

1° Le cœur. — On admet que le salicylate de soude (Josué, R. Giroux, Ribierre et Pichon, Laubry...) est le médicament de choix dans l'endocardite rhumatismale, la péricardite, le rhumatisme cardiaque évolutif (Pichon, Laubry), les cardites réchauffées; que ce soit même chez les cardiaques faisant une poussée aiguë articulaire.

Tout ce que nous avons dit sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu, en général, s'applique ici, tant est importante la place des cardiopathies rhumatismales.

Mieux vaut, en pareil cas, débuter par les doses moyennes (8 à 12 grammes), pour atteindre en quelques jours les doses fortes, maintenant classiques (Danielopolu, Weissembach). Grenet insiste sur l'action heureuse de l'or colloïdal, Chevalier sur celle de tous les métaux colloïdaux dans l'endocardite au début.

Les médications symptomatiques conservent toute leur valeur suivant les cas : vessie de glace sur la région précordiale, ventouses scarifiées plus rarement; huile camphrée, digitaline, ouabaïne, sparteine.

En règle formelle, repos absolu au lit.

Deux cas cependant ne seront traités que par des doses faibles de salicylate (4 à 8 grammes) : l'hyposystolie (digitale), l'arythmie extrasystolique (quinine, quinidine) (Danielopolu).

2° Le système nerveux : rhumatisme cérébral.

Schéma classique : suppression du salicylate, hydrothérapie tiède à la Wilson Fox.

Schéma actuel : salicylate de soude par voie intraveineuse, tout au début (Denechau et Barbary, Targowla), puis par voie buccale, si possible.

Hydrothérapie tiède à 30 degrés, puis refroidie progressivement jusqu'à 18 degrés.

Vessie de glace sur la tête, goutte à goutte rectal pour hydrater le malade (Chevalier), pas de métaux colloïdaux (Grenet).

3° Le rein. — Il faut surveiller très attentivement les urines au cours du rhumatisme articulaire aigu, mais c'est moins dans la crainte d'une intolérance au salicylate, que dans celle d'une localisation de cette affection sur le rein. « Il faut traiter la néphrite rhumatismale comme le rhumatisme lui-même;

l'imperméabilité au salicylate n'existe pas en pratique, et la néphrite peut guérir, comme les arthropathies, sans laisser de traces » (M. L. Kindberg). On ne peut souscrire qu'avec quelques réserves à ce point de vue optimiste : la néphrite rhumatismale est justiciable du salicylate de soude, mais l'élimination du médicament doit être rigoureusement surveillée.

On débutera par des doses faibles (4 grammes), que l'on élèvera rapidement si elles sont bien tolérées, et si le rythme de l'élimination du salicylate est normal. La diète lactée est ici de rigueur. Bien qu'il soit rare que l'albuminurie persiste par lésion rénale définitive, Josserand recommande de cesser la médication salicylée dès que les symptomes rhumatismaux ayant cessé, l'albuminurie reste fixe; encore, ne faut-il pas cesser trop tôt le médicament.

Chez les rénaux avérés, faisant une crise de rhumatisme aigu, il faut traiter l'infection par le salicylate, mais à doses faibles (4 à 6 grammes), une indication sur l'ordre de grandeur de la médication salicylée étant donnée par la constante uro-sécrétoire (Bonnamour et Blanc-Perducet).

F. **Le traitement d'entretien.** — Nous savons maintenant combien est longue l'évolution de la maladie de Bouillaud (Bezançon et ses collaborateurs) même en l'absence de signes cliniquement décelables, qu'elle se présente souvent comme une maladie d'allure chronique ; aussi, le traitement doit-il être continué longtemps, même après la convalescence.

Il est insuffisant de prolonger celui-ci quelques semaines après la guérison apparente : c'est par mois qu'il faut compter. C'est ainsi que le professeur Pilod administre 2 grammes par jour, une semaine sur deux, pendant six mois au moins. Pichon prescrit des cures mensuelles régulières, de huit à dix jours par mois (2 à 4 grammes, pendant un an et demi à deux ans ; Weissembach donne, pendant les six premiers mois après une forme grave, 5 à 6 grammes, quatre jours consécutifs par semaine ; après une forme moyenne, 2 à 3 grammes. Après les six premiers mois, dix jours chaque mois, à 2 ou 3 grammes par jour, pendant une année.

Cette nécessité d'un traitement longtemps et rigoureusement suivi, est souvent difficile à faire accepter aux malades. C'est au médecin à lui en montrer toute l'importance.

Il est aussi nécessaire que le malade s'astreigne à une surveillance médicale, surtout les enfants, les adolescents, les adultes jeunes, car, chez eux, sont fréquentes les localisations cardiaques à évolution insidieuse.

G. **Les adjuvants du traitement d'entretien.** — De même que le séjour au lit est nécessaire tant que persiste le plus petit signe de localisation rhumatismale, de même, il importe que le convalescent se repose.

L'adulte quittant l'hôpital est souvent encore un malade, il ne faudrait pas qu'il reprît son travail immédiatement. Certains pays ont bien compris cette nécessité et en Amérique, en Angleterre, au Danemarck, en Suède, on a créé de véritables maisons de convalescence pour rhumatisants (Andrieu, Cayet). Là, sous une surveillance médicale constante, le convalescent est mis au repos et la cure d'entretien salicylée peut être ponctuellement suivie. Aux Etats-Unis, l'organisation de cette surveillance médicale est activement poussée et « l'Association américaine du cœur » a créé un véritable service spécial destiné à coordonner les efforts (Corner). Maisons de convalescents, visites à domicile, écoles professionnelles en sont les éléments de base et permettent aux convalescents d'obtenir une guérison stable.

En France, le rhumatisme n'est pas si fréquent qu'en Amérique du Nord, et il a paru jusqu'à ce jour qu'on ne pouvait le considérer comme une maladie sociale ; aussi, n'avons-nous pas eu jusqu'à ces dernières années d'organisme spécialisé dans l'assistance aux cardiaques. Les efforts de Mme Dike, qui fut en France un des précurseurs dans cette voie, ont amené l'an dernier à la création de « l'aide aux cardiaques », sous la présidence du professeur Vaquez. Cette association s'occupera très activement des malades atteints de cardiopathie rhumatismale, et la fondation Dike sera très certainement la semence qui fera créer en France une organisation antirhumatismale.

Le rhumatisant ancien pourra bénéficier dans une large mesure de ces « cures de repos » qui lui sont presque aussi nécessaires qu'au tuberculeux, pendant ces cures il devra observer une hygiène très rigoureuse, où tous abus seront proscrits. Il se préservera, dans la mesure du possible, du froid et de l'humidité, dont on connaît l'importance favorisante dans l'éclosion de la maladie de Bouillaud et dans la genèse de ses récidives ou des poussées aiguës.

En dehors des traitements symptomatiques qui viseront à traiter l'anémie, les lésions cardio-vasculaires fixées, etc..., il faut noter les bons effets de certaines cures climatiques et hydrominérales.

Cures climatiques. — Seuls, conviennent les pays à climat sec et chaud, de basse ou d'altitude moyenne. Les plages très ensoleillées, abritées des vents, ne seront recommandées qu'au moins un an après toute poussée aiguë. Il faut interdire aux rhumatisants les pays froids, humides, à vents dominants, à brusques changements météréologiques.

Cures hydrominérales. — Avec Barbier, on doit considérer deux groupes :

1° Cas récents : (rhumatismes à poussées fréquentes, rhumatismes excitables de Barbier). Les malades bénéficieront de cures à Bagnères-de-Bigorre, Eaux-Chaudes, Chaudes-Aiguës, Luxeuil, Bains, Lamalou, Neris, etc... Enfin à Bourbon-Lancy ou Bagnols-de-Lozère dans la convalescence des rhumatismes cardiaques (Piatot).

2° Cas anciens : (rhumatismes atones de Barbier, avec légères séquelles articulaires). On s'adressera plus particulièrement aux eaux hyperthermales d'Aix-les-Bains, Luchon, Barèges, Bourbonne-les-Bains, Ax, Saint-Honoré, aux boues de Dax, de

Saint-Amand, de Barbotan, pour se borner aux stations françaises qui ont fait leurs preuves et les plus connues. Mais, dans l'un et l'autre cas, le traitement sera très étroitement surveillé et interrompu dès l'apparition du moindre petit signe faisant craindre une poussée aiguë.

Bien que soient rares les atrophies musculaires des groupes moteurs articulaires, on peut les observer dans quelques formes prolongées de la maladie de Bouillaud; les méthodes physiothérapiques seront alors mises en action (massage, mécanothérapie, air chaud, diathermie, etc...), mais toujours avec prudence et seulement après sédation de tout phénomène douloureux ou fébrile.

La porte d'entrée du virus rhumatismal est très probablement le rhino-pharynx : aussi, s'est-on efforcé de prévenir ou d'enrayer l'attaque rhumatismale en traitant cette porte d'entrée. Si l'antisepsie du carrefour respiratoire supérieur constitue une excellente méthode, par contre, deux courants d'opinions très différentes se heurtent quant au traitement des lésions amygdaliennes possibles. Ces controverses ont été particulièrement nombreuses parmi les auteurs anglo-saxons. Les uns recommandent l'amygdalectomie pour prévenir les récidives (Bertoin) : elle supprimerait une source possible d'infection et constituerait, après l'acte opératoire, une véritable barrière cicatricielle. Certains vont même jusqu'à pratiquer l'ablation des amygdales en pleine période rhumatismale (Reuter). D'autres font remarquer que, même après amygdalectomie, il y a 80 p. 100 de récidives : cette intervention leur semble inutile (Ingermann et Wilson).

En réalité, ne jamais enlever les amygdales chez les sujets en crise aiguë; ne traiter que des sujets à amygdales malades et bien se dire que barrière cicatricielle n'est qu'un mot, tant sont étendus les espaces accessibles au virus dans le rhino-pharynx.

BIBLIOGRAPHIE

ADNOT. *Th. de Paris,* 1916.

ANDRIEU. Le rhumatisme articulaire aigu, maladie contagieuse, *Th. de Toulouse*, 1926.

APERT (E.). Le rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, *Presse méd.*, 12 mai 1928, p. 603.

BARBIER (H.). Art. RHUMATISME ARTICULAIRE du *Traité* Roger-Widal-Teissier, t. II, p. 854.

BARUFALDI. *Riforma med.*, 25 oct. 1926.

BÉNARD, MARCHAL et BUREAU. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 janv. 1925.

BERTRAND (L.). Rhumatisme. Arthritisme, *Bruxelles méd.*, juillet 1929, n° 38.

BEZANÇON (F.) et WEIL (M.-P.). *Ann. de méd.*, fév. 1926, n° 2, t. XIX.

BLECHMANN. Le traitement du rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, *La Médecine*, août 1927, p. 856.

BONDI et JACOBI. *Beit. Zeit. Chem. Phys. u. Path.*, 1916, p. 514.

BONNAMOUR et BLANC-PERDUCET. Crise rhumatismale au cours d'une néphrite chronique; traitement salicylé, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 15 avril 1913.

CARNOT (P.) et COQUOIN. Localisations du salicylate de soude dans les tissus, *C. R. de la Soc. de biol.*, 27 mars 1926.

CARNOT et BLAMOUTIER. Injections intraveineuses de salicylate de soude, *Paris méd.*, 24 fév. 1923.

CAUSSADE et CHARPY. *Soc. de thérap.*, 20 janv. 1920; *Revue de méd.*, 1921, n° 3.

CAUSSADE et TARDIEU. De l'administration discontinue de fortes doses de salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1926; *Presse méd.*, 21 août 1926; — Un cas d'encéphalite rhumatismale aiguë rapidement guérie par le salicylate de soude, *Soc. de thérap.*, 8 fév. 1928.

CAYET. Epidémie et contagion dans le rhumatisme articulaire aigu, *Th. de Paris*, 1929.

CHABANNIER, LEBERT (M.) et LOBO-ONELL. De l'absorption de l'ion salicylique par le sérum sanguin in vivo, *C. R. de la Soc. de biol.*, 17 janv. 1923 et 10 mars 1923.

CHALIER et DELORE (P.). *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1925.

CHEVALIER. Traitement du rhumatisme articulaire aigu, *L'Hôpital*, juin 1926 (A), n° 168.

CHEVALIER et FLANDRIN. Travaux récents sur la thérapeutique sulfureuse en médecine humaine, *Soc. de pathol. comparée*, 10 déc. 1929.

CLERC, LÉVY (R.) et VIALARD (S.). Troubles du rythme cardiaque dans le rhumatisme articulaire aigu, *C. R. de la Soc. de biol.*, 11 mai 1929.

CODVELLE. Idées actuelles sur le rhumatisme articulaire aigu, la maladie rhumatismale, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1929, p. 693.

CORNER. L'organisation sociale de la lutte contre les affections cardiaques, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 13 août 1927.

CORTES (Christian). Rhumatisme aigu et salicylate sodique, in *Monde méd.*, 1er nov. 1929.

COURY (A.). Le traitement salicylé prolongé dans l'endocardite rhumatismale, *Soc. de thérap.*, 8 fév. 1928.

DANIELOPOLU. *Presse méd.*, 15 déc. 1923.

DELORE. Salicylate de soude et acidose, *Journ. de méd. de Lyon*, 25 avril 1925, p. 259.

DOUMER. L'extrait thyroïdien associé au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme cardiaque évolutif, *Gaz. des hôpit.*, 23 juin 1926.

ENRIQUEZ et WEIL (M.-P.). La maladie de Bouillaud, in *Nouveau Traité de pathologie interne*, t. I : MALADIES INFECTIEUSES, p. 387.

FIESSINGER (N.). Les abus des injections intraveineuses, *Journ. des prat.*, 27 sept. 1924, p. 633.

FIESSINGER et WALTER. *L'Exploration fonctionnelle du foie*, Masson, p. 204.

FIESSINGER et DEBRAY (J.). Evolution de la salicylémie après ingestion de salicylate de soude chez le sujet normal, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1er juillet 1922.

GAMBILLARD. Le tubage duodénal en pathologie hépatique, *Th. de Paris*, 1924.

GILBERT, COURY et BÉNARD (H.). *C. R. de la Soc. de biol.*, 25 juillet 1921, t. II, p. 421.

GRENET. Art. RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, in *Traité de pathologie médicale*, Maloine, t. XVI.

GRENET et DELALANDE. Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, *Arch. de méd. des enfants*, août 1928.

GIROUX (L.). *Les Rhumatismes aigus et leur traitement*, 1923, Baillière.

GIROUX (R.). *Paris méd.*, 3 juillet 1926.

GIROUX et KERVAREC. *Bull. méd.*, janv. 1928, n° 4.

HÉRISSEY. Technique de la recherche de l'acide salicylique dans le sérum sanguin, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1er juillet 1922.

HÉRISSEY, FIESSINGER (N.) et DEBRAY (J.). Le mode d'élimination par les urines des doses infinitésimales de salicylate de soude, *C. R. de la Soc. de biol.*, 22 juillet 1922.

HEYN. *Journ. amer. of the med. Assoc.*, 1919, p. 1004.

KEERSMACKERS. Le traitement du rhumatisme articulaire aigu

par le salicylate de soude à doses massives, et les méthodes de choc, *Bruxelles méd.*, 14 juin 1925.

KINDBERG (M.-L.). La néphrite hémorragique rhumatismale, *Pratique médicale française*, nov. 1925 (A).

LANGMEAD. *Lancet*, 30 juin 1926, p. 1822.

LAUBRY et ROUTIER. Art. MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE, *Traité* Enriquez, 1929, p. 601.

LAUTIER (R.). *Soc. de thérap.*, 10 oct. et 14 nov. 1928, 13 nov. 1929.

LEREBOULLET. *Clinique et laboratoire*, 20 nov. 1924.

LESNÉ, Mme ARDOUIN-LINOSSIER et BEAUFILS. Elimination du salicylate de soude suivant la voie d'absorption, *Soc. de thérap.*, 14 mars 1928; *Soc. de pédiatrie*, 28 fév. 1928.

LOEPER et VAHRAM. Les injections intraveineuses de soufre colloïdal dans le rhumatisme articulaire aigu, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 juillet 1915, p. 643.

LUTEMBACHER. Le salicylate de soude en injections intraveineuses, *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 mai 1921.

LYON (G.). *Traité de thérapeutique clinique*, 2e édit., Masson.

MARCHAL et THIOLAT. *Monde méd.*, 15 juin 1929.

MARCHAL. L'emploi conjugué du soufre et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, *Pratique médicale française*, janv. 1930 (A); *Revue méd. franç.*, oct. 1929, p. 629.

MARSH (P.). *Brit. med. Journ.*, 25 janv. 1930.

MARTINET. *Les Médicaments usuels*, p. 647, Masson; *Thérapeutique clinique*, 3e édit., Masson.

PETERS. *Deut. med. Woch.*, 28 juin 1929, n° 26.

PIATOT. Le rhumatisme cardiaque et son traitement hydrominéral, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1930.

PICHON. Le rhumatisme cardiaque évolutif, *Th. de Paris*, 1924; *La Médecine*, août 1929, p. 4.

PILOD (M.). Remarques sur la péricardite sèche rhumatismale, *La Science médicale pratique*, oct. 1929, p. 481.

POUCHET. *Leçons de pharmacodynamie*, 1904.

RAVINA. Mouvement médical, *Presse méd.*, 19 fév. 1927.

REUTER. *Zeit. f. Lar.*, t. X, n° 2.

RIBIERRE et PICHON. *Paris méd.*, juillet 1924.

RICHAUD (A.). *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Masson, p. 709.

RIEUX. Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies valvulaires dans le milieu militaire, *Arch. des mal. du cœur*, janv. 1927, t. XX, n° 1.

RIEUX et ZOELLER. *Traitement des maladies infectieuses en clientèle*, 1927, Maloine.

ROCH et SCHIFF. L'épreuve du salicylate pour la recherche de l'insuffisance hépatique, *Congrès de Strasbourg*, 1921.

SEIBERT. *Semaine méd.*, 1911, p. 149.

SCHLESSER. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveineuses de salicylate de soude, *Th. de Paris*, 1922.

SMALL (J. C.). *Amer. Journ. of the med. sciences*, mai 1928.

SICARD (R.). De la salicylo-résistance de certaines manifestations articulaires au cours du rhumatisme articulaire aigu, *Th. de Paris*, 1929.

SORTER. L'autohémothérapie du rhumatisme articulaire aigu, *Med. Klin.*, 7 mai 1926.

TAILLENS. Le salicylate de soude chez l'enfant, *Pédiatrie pratique*, juillet 1921.

TARGOWLA. Le rhumatisme cérébral d'emblée, *Presse méd.*, 1er mai 1929.

VAN DOOREN et DESTRÉES. Valeur de l'épreuve au salicylate de soude, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1923, n° 37.

VAQUEZ. Art. MALADIES DU CŒUR, *Nouveau Traité de médecine* Gilbert et Carnot.

VINCENT (H.). Sur quelques substances non colloïdales à propriétés cryptotoxiques, *Acad. des sciences*, 30 avril 1929; *Soc. de biol.*, 8 mars 1930.

VIVIEN. Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le vaccin antirhumatismal de Bertrand, *Art méd.*, 30 juin 1928.

WEISSEMBACH (R. J.) et PERLES. Technique moderne du traitement de la maladie de Bouillaud, *L'Hôpital*, déc. 1929 (B) et janv. 1930 (A).

WEISSENBACH et DREYFUS (G.). Les injections intraveineuses de salicylate de soude, *Concours méd.*, 11 avril 1926, nos 964 et 965.

WORMS (R.) et DREYFUS (G.). Conceptions actuelles du rhumatisme articulaire aigu et problèmes qu'elles soulèvent, *L'Hôpital*, sept. 1926 (A).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 MAI 1930)

Sur les rapports réciproques de l'antitoxine et de l'antigène diphtériques (toxine et antitoxine). — M. G. RAMON.

(SÉANCE DU 19 MAI 1930)

Sur la tension artérielle et sa mesure par la méthode pulsatoire. — M. Henri-Jean FROSSARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 MAI 1930)

L'organisation internationale de la prophylaxie de la cécité. — M. DE LAPERSONNE. A côté des admirables dévouements que suscite dans le monde entier l'assistance aux aveugles, l'immense problème de la prophylaxie de la cécité est des plus importants. Chez certaines nations, en tête desquelles il faut placer les Etats-Unis et la Grande-Bretagne, les œuvres de préservation de la vue ont rendu d'incomparables services; chez d'autres, au contraire, par ignorance, par manque d'initiative, ces organisations sont à l'état embryonnaire et la proportion des aveugles est énorme. On a cherché à créer un organisme international, capable d'instruire les peuples les moins favorisés sur les mesures reconnues les plus efficaces, d'aider les plus faibles dans cette bienfaisante croisade pour la protection de la vue.

Depuis longtemps, les ophtalmologistes se sont occupés de cette question. En 1928, la puissante *National Society for the prevention of blindness*, des Etats-Unis, en accord avec la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, a provoqué à Paris la réunion d'un Comité d'experts destiné à élaborer un avant-projet, et le 14 septembre 1929, à La Haye-Scheveningue, a été fondée l'*Association internationale pour la prophylaxie de la cécité*, par le vote unanime de plus de 100 délégués, représentant 28 nations. Son siège central a été fixé à Paris. Elle a pour but d'encourager et de favoriser les mesures internationales destinées à faire disparaître les causes de la cécité, de répandre la connaissance de tous les faits servant à la conservation et à l'utilisation de la vue. Chez l'enfant, combattre la syphilis héréditaire, l'ophtalmie purulente, la variole, les maladies contagieuses. A l'école, poursuivre l'étude des meilleures condition de vision. Chez l'adulte, l'énorme développement de la vie industrielle, dans les usines métallurgiques, électriques, chimiques a amené une recrudescence de cécités par accidents du travail; au seul point de vue économique, les indemnités pour invalidités dues aux blessures des yeux dépassent de beaucoup toutes les autres invalidités Les Etats, les Associations des industriels, les Assurances doivent être instruits des meilleurs procédés pour la protec-

tion des yeux des ouvriers. Pour le trachome, maladie mondiale, qui fait des millions d'aveugles, il faut encourager les campagnes de traitement prophylactique et curatif dans les pays les plus contaminés; recommander les meilleures mesures sanitaires pour empêcher l'importation et la diffusion de cette maladie contagieuse : isolement, arrêt aux frontières, désinfection, déclaration obligatoire, etc.

M. de Lapersonne propose d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, constatant l'importance considérable de l'œuvre entreprise par l'*Association internationale pour la prophylaxie de la cécité* et convaincue des grands services qu'elle est appelée à rendre dans la lutte contre la cécité, constatant que la France est, une fois de plus, placée à la tête d'une grande œuvre de paix et de solidarité humaine; a l'honneur de prier M. le ministre de la Santé publique d'accueillir favorablement cette Association, de l'aider de toute sa haute autorité et de lui fournir les moyens de développer en France son action bienfaisante ».

Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. — M. Auguste Lumière, en collaboration avec Mme A. Malespine, revient sur l'explication que l'on peut donner du mécanisme par lequel se produisent les phénomènes connus sous le nom d'anaphylaxie. Il montre que ceux-ci revêtent une allure différente suivant les proportions du sérum antigène et du sérum de l'animal sensibilisé. Il répond surtout aux objections que M. Arthus a opposées à sa théorie de la précipitation et il conclut que, dans tous les cas, ce sont bien les floculations plasmatiques et humorales qui sont la cause première des accidents anaphylactiques.

La malaria, maladie convulsivante. — M. Trabaud (de Damas) expose le côté intéressant la médecine légale psychiatrique que présente l'étude de la malaria.

Il montre que le paludisme dans ses formes classique, larvée ou fruste engendre bien des manifestations épileptiformes. Leur connaissance permet d'identifier une maladie volontiers décevante, de lui apporter une thérapeutique appropriée et facile et permet d'éviter à des malades des peines disciplinaires ou des condamnations tout à fait injustifiées.

Action physiologique des alcaloïdes des mitragyna africains. — MM. Perrot et Raymond Hamet.

Infection fœtale transplacentaire du virus tuberculeux. — MM. Brindeau, Pierre Cartier et Pongin.

Rapport. — M. Renault lit un rapport sur les demandes concernant des autorisations de sérum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 2 mai 1930)

L'insuffisance pancréatique chez les cirrhotiques, envisagée à l'aide de l'épreuve de Hirschhorn. — MM. Maurice Herbain et Guy Albot (présentés par M. Noël Fiessinger) ont étudié la « double épreuve du surmenage pancréatique de dextrose » de Hirschhorn, au cours de diverses affections hépatiques et surtout de cirrhoses du foie. Cette épreuve permet d'étudier divers états de la glycémie : la glycémie à jeun, l'hyperglycémie après une ingestion de 50 grammes de glucose et enfin, la courbe de la glycémie après une seconde ingestion de glucose qui constitue l'épreuve de Hirschhorn. Les résultats au cours des cirrhoses alcooliques sont, le plus souvent normaux. Cette épreuve n'a pas apporté des preuves suffisantes de l'importance ni de la fréquence des altérations pancréatiques associées à celles du foie.

L'oléate de soude médicament hypotenseur. — M. Maurice Renaud montre ce fait intéressant que l'injection de savons divers et particulièrement celle de l'oléate de soude détermine un abaissement important et durable de la pression sanguine, propriété qui peut être utilisée en thérapeutique et paraît d'autant plus précieuse que le mécanisme de son action semble tout différent de celui des substances qui agissent sur le système vaso-moteur.

Néphrite chez un tuberculeux et néphrose lipoïdique. — MM. M. Labbé, Boulin, Azérad et Justin Besançon. Cette observation soulève quelques points d'interprétation délicats.

1° Alors que le syndrome clinique et biochimique était indiscutablement celui d'une néphrose lipoïdique, l'examen histologique des reins n'a pas montré d'infiltration lipoïdique.

2° Le terrain particulier sur lequel évoluait cette néphrose, l'existence d'une tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, pouvaient faire discuter le diagnostic d'amylose rénale. La réaction de Paunz fut positive. Et cependant il ne fut pas trouvé de dégénérescence amyloïde des reins.

3° L'histoire de la maladie montre qu'il s'agit plus d'une tuberculose survenue chez un néphrosique, que d'une néphrose chez un tuberculeux.

4° Quelques points de détail doivent retenir l'attention : l'existence d'un léger syndrome hémorragique et la réduction des œdèmes par le régime déchloruré.

Le syndrome spléno-adénique dans la leucémie myéloïde. — MM. Emile Weill et P. Weill. L'apparition de tumeurs ganglionnaires multiples au cours de la leucémie myéloïde chronique ne doit pas entraîner la création d'une leucémie mixte. La formule sanguine de la leucémie myéloïde montre à ce moment un pourcentage variable, mais souvent élevé (de 6 à 75 p. 100) de cellules mononucléées non granuleuses, cellules souches semblables à celles de la leucémie aiguë ou du chlorome.

Ces modifications macroscopiques des ganglions et microscopiques du sang accusent la transformation de la leucémie chronique en une leucémie aiguë et doivent faire porter un pronostic fatal.

La polypeptidorachie et les méningites toxiques. — MM. Noël Fiessinger, Léon Michaux et Maurice Herbain classent les faits observés en trois groupes :

1° *Les apolypeptidorachies.* — Dans certains faits d'azotémie non toxiques, les auteurs montrent que le taux des polypeptides rachidiens ne subit aucune augmentation (azotémie par vomissements incoercibles, azotémie de rein cardiaque, de cirrhose compliquée de néphrite).

2° *Polypeptidorachies d'origine sanguine.* — Dans l'insuffisance hépatique on observe une élévation de la polypeptidorachie.

Dans l'insuffisance rénale, mêmes constatations.

3° *Polypeptidorachies d'origine nerveuse.* — Deux facteurs se dégagent de cette étude : le facteur inflammatoire, méningite à polynucléaires, le facteur autolytique, autolyse d'un foyer hémorragique cérébral. Tous deux augmentent nettement le taux de la polypeptidorachie.

Dans un dernier chapitre, les auteurs montrent que dans les cas où la polypeptidorachie s'élève fortement par rapport à l'azote total non protéique on peut observer des réactions nerveuses et surtout méningées.

Deux observations d'hyperleucocytose éosinophilique d'origine tropicale. — M. P. Armand-Delille avec MM. Hurst et Sorapure (de Londres), rapporte deux observations d'éosinophilie très élevée, 77 et 62 p. 100 et persistante, chez des enfants nés dans les régions tropicales et y ayant séjourné, l'un à la Réunion et la Martinique, l'autre au Vénézuela.

Les condensations périhilaires et leur interprétation chez l'enfant. — MM. P. Armand-Delille et Destocquoy, rapportent une nouvelle observation d'ombres périhilaires

typiques, sans signes stéthacoustiques, mais s'accompagnant de présence de bacilles dans les expectorations.

Dans ce nouveau cas, la radiographie de profil montre une lésion plus antérieure nettement au voisinage de la grosse bronche pulmonaire gauche.

Sur la calcémie et la calciumrachie chez les épileptiques ainsi que dans certaines psychoses. — MM. I. Parhon et J. Ornstein (de Jassy).

Coexistence de zona et névraxite épidémique à forme basse. — M. Hombourger.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1930)

Du taux de la calcémie chez les porteurs d'artérite oblitérante. — MM. Marcel Labbé, J. Heitz, Fl. Nepveux et E. Solomon ont dosé, par la méthode de Hirth (de Strasbourg), le Ca du sérum chez 7 *diabétiques atteints d'artérites* (avec calcification prononcée reconnue à la radiographie et par dosages chimiques dans deux cas) : la moyenne des résultats obtenus a été de 0,0985 (alors que la teneur normale du sérum en Ca par cette méthode est de 0,092 à 0,096 par litre). Mêmes valeurs chez deux diabétiques indemnes de calcification artérielle. Des chiffres un peu plus élevés ont été obtenus dans un cas d'*artérite syphilitique* (0,1136), et chez 4 *sujets atteints de claudication intermittente banale* (0,106).

Chez 4 athéromateux aortiques ou angineux dont les artères périphériques étaient indemnes, la calcémie moyenne a été de 0,100; et chez 5 hypertensifs permanents essentiels, elle ne dépassait pas 0,976.

Le rôle respectif du chlore et du sodium dans la formation des œdèmes brightiques. — MM. M. Laudat et A. Grandsire exposent les résultats des recherches qu'ils ont faites pour établir le rôle respectif du chlore et du sodium dans la constitution de l'œdème brightique.

Dans une première période, pendant laquelle le régime mixte déchloruré était appliqué, les auteurs ont vérifié que le sujet était bien en état d'équilibre tant au point de vue du poids corporel qu'au point de vue de l'élimination urinaire. Ils ont observé, en outre, dans l'élimination une prédominance du chlore par rapport au sodium; elle s'explique par la teneur de l'apport alimentaire en ces éléments.

Sans modifier l'alimentation, ils ont fait ingérer quotidiennement au malade 10 grammes de sel durant la seconde période. Le poids est passé de 63 à 69 kilos; l'élimination du chlore et du sodium s'est élevée peu à peu, sans jamais atteindre cependant la quantité ingérée. Le chlore et le sodium retenus l'ont été en proportions très voisines.

Le sel a été supprimé pendant la troisième période. Le poids s'est abaissé de 69 à 63 kilos, et le volume des urines a augmenté.

L'élimination de chlore et de sodium a été importante et s'est faite rigoureusement dans la proportion moléculaire.

Il ne semble pas possible d'attribuer dans ces conditions le pouvoir hydratant à l'un ou l'autre atome; c'est la molécule de chlorure de sodium qui paraît intervenir dans la constitution des œdèmes brightiques.

Contribution expérimentale à l'étude de la périodicité saisonnière des épidémies. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et Mlle Schœn, étudiant les variations saisonnières de la réceptivité à l'égard des virus, et spécialement des virus neurotropes, pensent que la périodicité de certaines épidémies peut dépendre de changements saisonniers intéressant les tissus pour lesquels l'agent pathogène offre une affinité élective. Il montre que certains anesthésiques (alcool, somnifène) et la thyroxine, administrés à des lapins, rendent les animaux plus réceptifs à l'égard du virus encéphalitique C, de virulence spontanément atténuée. Les faits rapportés dans leur note tendent à prouver que des changements intéressant soit le système tissulaire réceptif (névraxe), soit certains échanges nutritifs (thyroxine), influent sur la sensibilité de l'organisme à l'égard des virus neurotropes. Que des modifications analogues surviennent à une époque donnée de l'année et l'on aurait là une explication plausible de la périodicité saisonnière de certaines maladies infectieuses.

Action de certains ferments sur le rythme du cœur d'escargot. — MM. Lœper, A. Lemaire et R. Mougeot, poursuivant leurs recherches sur le métabolisme du muscle cardiaque, montrent, sur la foi des tracés graphiques et des examens histologiques :

1° Que la ptyaline et l'amylase d'orge irrégularisent et suspendent les contractions, en même temps qu'elles diminuent les réserves glycogéniques du cœur. L'adjonction simultanée d'une substance hydrocarbonée permet le rétablissement du rythme et la reconstitution des réserves;

2° Que la pepsine et l'uréase du soja arrêtent le cœur, bien que ces ferments restent sans action sur le glycogène ;

3° Que l'extrait pancréatique irrégularise le cœur et diminue l'amplitude de ses contractions. Cet effet, atténué quand on ajoute du suc de foie, semble dû à l'amylase pancréatique.

La destruction du glycogène par les ferments amylolytiques est donc la cause de modifications importantes dans le rythme du cœur de l'escargot. Mais elle n'est pas la seule, puisque d'autres ferments non amylolytiques agissent de même.

L'équilibre protéique du sérum sanguin dans la tuberculose rénale. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty et A. Codounis. La tuberculose rénale ne trouble profondément l'équilibre protéique du sérum sanguin que s'il existe une tuberculose pulmonaire associée, un état cachectique ou des hématuries répétées.

Ailleurs, l'équilibre protéique est complètement normal ou très légèrement perturbé.

Tuberculose locale, la bacillose rénale se comporte donc comme les tuberculoses pulmonaires torpides avec bon état général.

De ce point de vue, la détermination du quotient albumineux peut présenter ici un certain intérêt pronostique.

Action du brome sur l'excitabilité nerveuse chez la grenouille. — M. Lapicque présente un travail de M. Acevedo, sur l'action des bromures sur l'excitabilité médullaire et thalamique chez la grenouille. L'ion brome abaisse la « chronaxie médullaire » chez la grenouille spinale, et diminue l'excitabilité du thalamus chez la grenouille thalamique.

M. Acevedo explique les caractéristiques du réflexe médullaire croisé chez l'animal thalamique par une action du thalamus (centre de la chronaxie de subordination) qui abaisse la chronaxie du neurone intercalaire qui se trouve intercalé, dans la moelle, entre les neurones sensitif et moteur.

Sur un appareillage dénué d'inertie permettant l'inscription de la pression artérielle chez l'animal. — M. A. Strohl présente une note de MM. Bugnard et P. Gley, sur un nouvel appareil destiné à enregistrer la pression artérielle. La pression est transmise à un quartz piezo-électrique dont les variations de potentiel sont inscrites, après amplification, par un oscillographe. Cet appareil est absolument dénué d'inertie et permet des inscriptions très fidèles.

Sur la chronaxie de constitution des muscles squelettiques de l'homme normal. — MM. G. Marinesco et A. Kreindeler.

Le glutathion dans le tissu surrénal au cours de la gravidité. — MM. A. Blanchetière, Léon Binet et A. Ar-

NAUDET montrent que le taux du glutathion dans les capsules surrénales s'élève sous l'influence de la gravidité. Ils ont trouvé, chez des chiennes pleines, sur le point de mettre bas, des chiffres de glutathion de 700 milligrammes (au lieu de 500) pour 100 grammes de tissu surrénal.

Influence de la saignée sur l'excitabilité du pneumogastrique dans son action sur la pression artérielle. — MM. D.-T. BARRY et A.-B. CHAUCHARD étudient sur des chiens la chronaxie et les lois de sommation du vago-sympathique à l'état normal et à la suite de saignées. Le phénomène observé est le seuil de variation de la pression artérielle dans l'inhibition cardiaque et l'action vaso-motrice. Toujours, la saignée est suivie d'une augmentation de la chronaxie ; l'excitabilité des éléments d'aboutissement des nerfs est, elle aussi, modifiée, comme l'indique l'allure des lois de sommation. Dans le cas des vaso-moteurs, il arrive que la saignée inverse la réaction, l'excitation mettant en jeu non plus les vaso-constricteurs, mais les vaso-dilatateurs. La réinjection du sang extrait ou l'injection de solution physiologique ramène l'excitabilité à sa valeur primitive.

Contribution à l'étude de la sécrétion salivaire par la méthode de la glande irriguée. — MM. TOURNADE et MALMEJAC.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 25 MARS 1930)

Mutilations graves des extrémités inférieures. — MM. LANGERON et TORCK présentent une malade de vingt et un ans qui n'a jamais quitté la région du Nord. Elle montre, au niveau des extrémités inférieures, des mutilations graves : perte de plusieurs orteils et remaniement complet du massif osseux; à gauche, il y a un pied bot en talus valgus réalisant l'aspect en nageoire de phoque; le pied droit est réduit à l'état de moignon raccourci. Les troubles de la sensibilité consistent en une diminution de la sensibilité tactile et douloureuse; le chaud et le froid qui n'étaient pas perçus au début, le sont mieux après guérison de lésions eczémateuses des deux jambes et des deux pieds. Les réflexes rotuliens sont faibles.

L'absence de bacilles de Hansen dans le mucus nasal, de nodules sur le trajet des nerfs périphériques fait rejeter le diagnostic de lèpre; l'absence de troubles des réflexes, celui de syringomyélie; et les auteurs sont tentés de ranger cette maladie dans le cadre de la maladie de Morvan.

Guérison d'une tuberculose pulmonaire double, traitée par le pneumothorax bilatéral simultané. — M. BERNARD.

Sympathique viscéral pelvien. — M. VINCENT présente à la Société des pièces et dessins concernant trois dissections de sympathique pelvien viscéral.

Il montre que l'origine de ce sympathique se trouve dans le nerf hypogastrique supérieur, communément appelé nerf présacré, dont il précise les rapports. Soit au-dessus, soit au-dessous du promontoire, le nerf hypogastrique supérieur se divise en deux nerfs hypogastriques inférieurs, qui suivent les parois internes du pelvis. Le nerf hypogastrique supérieur constitue les origines supérieures du ganglion hypogastrique dont les origines inférieures sont formées par des branches des IIe, IIIe et IVe racines sacrées, ordinairement appelées nerfs érecteurs d'Eckard.

Le vaste ganglion hypogastrique inférieur, étalé de chaque côté des viscères pelviens, fournit leur innervation.

Arthrite purulente de la hanche chez un jeune homme de seize ans. Guérison par simple arthrotomie. — MM. LEPOUTRE et DAVID. Un jeune homme de seize ans présente brusquement une température élevée, des douleurs violentes dans la hanche gauche et une impossibilité de mouvoir cette articulation. Le diagnostic d'arthrite aiguë de la hanche par ostéomyélite, est porté. La hanche est abordée par une incision antérieure et interne, qui donne un jour excellent sur la face antérieure de l'articulation. L'incision de la capsule donne issue à un liquide louche, abondant, qui se trouvait sous tension. L'exploration minutieuse ne faisant pas découvrir de lésion osseuse, on se contente d'inciser largement la capsule sur sa face antérieure et de bourrer la plaie de mèches avec l'intention d'intervenir secondairement si l'ostéomyélite continue à évoluer.

Chaque jour, on imprime des mouvements à l'articulation malade. Les mèches enlevées au quatrième jour, on voit combien ces mouvements provoquent l'issue au dehors, du liquide articulaire.

La température tombe rapidement; la plaie se ferme et le jeune homme guérit, en ayant conservé intacts tous les mouvements de l'articulation de la hanche.

Le liquide articulaire renfermait du pus en abondance et du staphylocoque doré.

Devant cette arthrite de la hanche à staphylocoques, les auteurs pensent avoir eu affaire à une ostéomyélite.

Quand on se trouve devant une arthrite aiguë au début, on doit essayer la méthode de Willems : l'aisser l'articulation ouverte et favoriser l'évacuation du liquide par les mouvements. Surtout, ne pas placer de drain dans la jointure. L'un des auteurs a deux autres observations d'arthrites aiguës à streptocoques, ayant guéri parfaitement par cette technique.

Bien entendu, il ne s'agit pas de proposer cette méthode pour les arthrites déjà plus anciennes, à pus épais, et pour lesquelles la résection est formellement indiquée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 7 MARS 1930)

Appareil hyoïdien complet. (*Présentation de pièces.*) — MM. LAUX et CABANAC.

Hématome de la gaine du droit. — MM. RICHE, G. FAYOT et Mlle M. SOULAS présentent l'observation d'un hématome de la gaine du droit qui s'était développé après un traumatisme minime et dont la photogénie est vraisemblablement en rapport avec le diabète dont était atteinte la malade.

Un cas d'ostéite du fémur à bacilles d'Eberth. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et P. ARNAL.

(SÉANCE DU 14 MARS 1930)

Un cas de pseudencéphalie : variété nosencéphale. (*Présentation de pièces.*) — MM. P. DELMAS, P. HENRIET et P. CAILLOL.

Appendicite et troubles mentaux. — M. BILLET.

Torticolis et contracture extrapyramidale au cours d'un état hémiplégique, par ramollissement cortico-opto-strié. — MM. L. RIMBAUD, J. CHARDONNEAU et P. RIMBAUD. Au cours d'un état hémiplégique d'origine vraisemblablement capsulaire, les auteurs ont vu apparaître un syndrome extra-pyramidal du côté lésé : hypertonie, rigidité, contracture intense ayant déterminé un torticolis irréductible. A l'autopsie ils ont trouvé un énorme ramollissement de la région pariétale s'enfonçant en coin dans la substance cérébrale et intéressant en profondeur tous les corps opto-striés. Ils rapprochent ce cas des ramollissements sylviens profonds, en

insistant sur l'étendue des lésions corticales, difficiles à expliquer du point de vue anatomique, les autres branches superficielles de la sylvienne étant intactes.

Tétanos aigu généralisé guéri par la sérothérapie curative. — MM. H. Estor, E. Lafourcade et J. Heran.

Recherches sur les eaux de l'aire d'émergence hydrominérale de Foncirgue (Ariège). — M. R. Castagné.

Deux cas d'abcès des os. — MM. Massabuau, A. Guibal et P. Arnal présentent deux cas d'abcès des os intéressant par divers points : l'étiologie de l'un semble être une rougeole; pour l'autre le staphylocoque est nettement en cause. Le siège (humérus et fémur) est nettement diaphysaire dans les deux cas; le contenu formé dans un cas par des fongosités, dans l'autre par un séquestre baignant dans du pus.

Au point de vue clinique, l'un (humérus) était caractérisé surtout par des douleurs, l'autre (fémur) par la tuméfaction. L'évolution enfin sépare nettement les deux cas : l'abcès du fémur guérit après trépanation et mise à plat; malgré le même traitement, l'abcès du fémur provoque une localisation ostéomyélitique à allure aiguë au niveau du tibia avec arthrite purulente du genou.

(SÉANCE DU 21 MARS 1930)

Une nouvelle méthode de traitement de l'uréthrite gonococcique. — M. M. Simonnet.

La griffoïde dans la main et autres organes de préhension. — M. P. Amans.

Les dangers de l'acétylcholine. Deux cas d'ictus survenus au cours du traitement par l'acétylcholine. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et P. Rimbaud, qui ont utilisé chez de nombreux malades les injections d'acétylcholine aux doses habituelles, au cours de la claudication intermittente artérielle, les spasmes vasculaires cérébraux et l'hypertension, ont observé à plusieurs reprises de grands accidents. Chez deux malades qui présentaient des phénomènes paralytiques transitoires, un ictus apoplectique suivi de mort est apparu en plein traitement. Chez un autre des crises d'angine de poitrine ont augmenté d'intensité jusqu'à l'interruption de cette thérapeutique. Chez d'autres enfin, il y a eu aggravation. Ils se demandent si ce nouvel agent thérapeutique est toujours sans danger, s'il n'est pas trop brutal, si la vasodilatation qu'il apporte ne risque pas de diminuer la résistance des vaisseaux et de provoquer ainsi l'hémorragie.

Hernie étranglée du cæcum. — M. H. Estor, Mlle E. Lafourcade, MM. P. Lonjon et J. Heran. L'observation rapportée est celle d'un homme de soixante-dix ans porteur depuis quarante ans d'une hernie inguinale droite. Accidents d'étranglement. Intervention à la quatorzième heure. Le sac est occupé par le cæcum et la terminaison du grêle. Le cæcum est accolé par toute sa face postérieure au sac herniaire. Hernio-laparotomie. Décollement du cæcum de haut en bas et de dehors en dedans. On parvient à le mobiliser et à le réintégrer dans l'abdomen. Résection du sac. Réfection de la paroi. Guérison.

(SÉANCE DU 28 MARS 1930)

Note sur les réactions de défense de l'organisme au cours du choc. Eliminations vicariantes dans les chocs et la colloïdoclasie. — M. A. Corone (de Cauterets).

Anomalie de l'artère hépatique. Essai de classification. (*Présentation de pièces.*) — MM. G. Laux et E. Stoerr.

Ostéomalacie du semi-lunaire. — M. A. Guibal présente une observation dans laquelle, à un traumatisme léger du poignet, ont succédé des phénomènes douloureux tenaces; peu après une radiographie montrait seulement une opacité irrégulière du semi-lunaire; on soupçonna une lésion tuberculeuse et on entreprit une immobilisation de courte durée. La malade est vue deux ans après; les phénomènes douloureux ont disparu; la radiographie montre une déformation du semi-lunaire tout à fait caractéristique de la « maladie de Kienböck ». L'auteur insiste sur l'apparition tardive des signes radiologiques et sur l'erreur de diagnostic d'abord commise.

Un nouveau réflexe osseux : le réflexe du haussement d'épaule. — MM. L. Rimbaud et J. Chardonneau rapportent l'observation d'un jeune sujet de vingt ans présentant une encéphalopathie à type extrapyramidal : spasmes de torsion, athétose, hypertonie. A la percussion légère des vertèbres cervicales il se produit immédiatement un mouvement « de haussement d'épaule » de grande amplitude. Cette réaction est beaucoup moins nette, mais apparaît encore à la percussion des vertèbres dorsales, de l'occipital et de la mastoïde. Depuis cinq ans, ce réflexe garde intacts tous ses caractères. Il n'a jamais été retrouvé chez d'autres sujets.

En l'absence d'autres observations cliniques et d'un contrôle anatomo-pathologique, les auteurs le rapprochent des réflexes vertébraux de Jarkowski, dont il est cependant différent par le siège de la réaction musculaire, et par sa présence chez un extrapyramidal.

Spondylose rhizomélique. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et P. Rimbaud.

Les prétendues diphtéries séro-résistantes. A propos d'une épidémie récente. — MM. Ducamp, M. Janbon et A. Balmes, étudiant une épidémie hospitalière de 104 cas de diphtérie (dont 94 chez des enfants), concluent à l'efficacité constante de la sérothérapie spécifique bien conduite. Les cas mortels (13) et les cas compliqués concernent toujours des diphtéries tardivement dépistées ou insuffisamment traitées.

Note sur la fréquence des accidents sériques au cours d'une épidémie récente de diphtérie. — MM. M. Janbon, A. Balmes et Benau. A l'occasion d'une épidémie de diphtérie d'une centaine de cas (pour la plupart observés chez des enfants), les auteurs ont noté la très grande fréquence (97 p. 100) d'accidents sériques cliniquement patents, parmi lesquels des adénopathies dans 11 p. 100 des cas, 2 cas de maladie du quatorzième jour et une paralysie radiculaire du membre supérieur. Ce chiffre est manifestement supérieur aux taux classiquement admis (12 p. 100) chez les enfants. Les modes d'obtention du sérum n'ayant pas varié, les auteurs tendent à admettre une modification héréditaire du terrain liée à la généralisation de plus en plus grande de la sérothérapie sous toutes ses formes.

A propos d'un cas de syndrome de sclérose latérale amyotrophique. Signe de Babinski intermittent. — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et P. Rimbaud présentent l'observation d'un malade atteint depuis sept ans de sclérose latérale amyotrophique. Depuis trois ans, l'évolution s'est arrêtée et la présence dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien d'une réaction de Bordet-Wassermann positive font penser qu'il s'agit d'une forme de syphilis nerveuse.

Cette observation rappelle absolument celle d'un malade que M. Babonneix a publiée antérieurement.

Il existe, en outre, d'un côté, un réflexe cutané plantaire variable d'une semaine à l'autre. Ce signe de Babinski intermittent est d'une explication difficile.

Les réflexes dits de défense des membres inférieurs, avec phénomène des allongeurs et des raccourcisseurs, sont très marqués. Ils rappellent non pas un acte de défense, mais l'automatisme de la marche.

CHRONIQUE

UN LIVRE DE M. E. RIST : « QU'EST-CE QUE LA MÉDECINE? » (1)

M. Rist n'est pas seulement un phtisiologue de réputation universelle : c'est un des caractères les plus représentatifs de la médecine française. Par sa haute culture, sa connaissance approfondie de l'histoire de la médecine, ce sens si clairvoyant de la médecine sociale dont il donne chaque jour dans son service de l'hôpital Laennec, l'exemple le plus agissant, il pouvait mieux que quiconque répondre à la question posée dans le titre de son livre, question devenue si importante à une époque où notre science occupe dans le monde une place prodigieusement agrandie.

Sept essais, tous très remarquables, forment cet ouvrage, d'une belle unité de pensée, au cours duquel le problème est envisagé sous tous ses aspects.

Dans le premier essai qui donne son nom au livre, l'auteur montre la médecine, ayant cessé d'être l'impressionisme à peine balbutiant qu'elle fut pendant deux mille ans, et devenue une science en perpétuel accroissement. Son action, parfois curatrice, est plus souvent préventive, et cela grâce aux progrès de la biologie, aux méthodes pastoriennes, aux vaccinations, à la coopération médico-sociale qui est une des chevilles de la Société moderne. Ainsi, elle fait appel à la « connaissance de l'homme tout entier, sain ou malade », elle touche à tous les rouages de la société, et pénètre dans les domaines longtemps clos des institutions judiciaires, militaires, sociales, de la psychopathologie, de la morale. Il n'est pas jusqu'à la philosophie de l'histoire qui ne s'explique souvent par elle, ainsi qu'en fait la preuve M. Rist, au cours d'exemples saisissants.

Le « diagnostic des maladies thoraciques avant l'invention de la percussion et de l'auscultation » est un fort joli aperçu de ce qu'était la médecine il y a un peu plus d'un siècle. N'est-il pas instructif de regarder cette science à la lumière de l'histoire, et de situer dans le temps les éléments de notre technique quotidienne? L'auteur, citant les textes, compare deux observations de prétendue pleurésie aiguë, l'une d'Hippocrate, l'autre de Pinel, celle-ci écrite vingt-deux siècles après celle-là. Elles sont presque identiques et ne permettent ni l'une ni l'autre de faire à la lecture un diagnostic quelconque! Citant encore des descriptions d'hémoptysie ou « des diverses variétés du pouls artériel », par les auteurs les plus autorisés de la fin du XVIIIe siècle et du début du XIXe siècle, il étale à nos yeux les délirantes absurdités, les emphatiques niaiseries dont s'alimentait une médecine encore si proche de nous et si justement illustrée par les sarcasmes de Molière.

Alors que « depuis deux mille ans les médecins se tenaient comme des aveugles ou des sourds auprès des malades, en invoquant le nom d'Hippocrate », le génie de Laennec transforme tout, comme par enchantement. Il décrit les types fondamentaux autour desquels gravite notre science, et, durant sa courte vie, crée la plupart des notions qui constituent le plus clair de ce que nous savons. Ce n'est pas l'un des moindres mérites de cet essai que de mettre en relief cette vérité trop méconnue de la « jeunesse » de la médecine qui n'a guère que cent ans. L'on sait que M. Rist est de ceux qui ont le mieux compris le génie de Laennec et fait le plus pour que l'on rendît justice à l'un des plus grands hommes qu'ait produit notre pays.

L'auteur nous conte ensuite « les débuts de la percussion » qui, inventée en 1761 par Auenbrugger, puis tombée dans l'oubli, est reprise par Corvisart, perfectionnée par Laennec, et devient un procédé classique d'exploration. N'est-il pas juste d'ajouter à cette histoire, les travaux récents de M. Rist qui analysa les sons de percussion avec toute la science d'un musicien instruit des lois de l'harmonie?

Dans « les progrès de la médecine », l'auteur répond à nombre d'idées erronées couramment émises sur la médecine par ceux qui, sans en rien connaître, ont la manie d'en discuter. A la lecture de cet essai, ils apprendront, pour leur plus grand profit, à discerner les charlatans des médecins dignes de ce nom, et à comprendre, par des exemples vécus, comment la médecine progresse grâce aux techniques scientifiques les plus scrupuleuses, tout en gardant l'amour de la vérité et le respect de la personnalité humaine.

A ceux qui demandent encore si la médecine est « une science ou un art », M. Rist démontre qu'elle est l'un et l'autre. Il définit de façon pénétrante l'attitude scientifique qui ne doit jamais se départir de l'analyse rigoureuse des faits. Elle ne suffit pas à guider et à convaincre l'homme. Pour cela, il faut la raison et le cœur, et « cette connaissance intime, spirituelle, profonde, que donnent le commerce de nos semblables, les épreuves de la vie, la familiarité avec les chefs-d'œuvre de l'esprit humain, ceux de l'art non moins que ceux de la science ». Et c'est certes une des joies les plus pures et les plus désintéressées que d'acquérir cette maîtrise « où la science et l'art se rejoignent en médecine ».

Sous le beau titre du « Serment d'Hippocrate », M. Rist discute de l'importante question du secret médical. Le devoir de discrétion du médecin est l'évidence même. Sur la foi d'une traduction tendancieuse du fameux texte hippocratique, il est devenu la notion juridique du secret médical, consacré par une loi qui lui confère une rigueur absolue, incompatible avec la diversité des cas individuels. Longtemps interprété par les tribunaux dans un esprit de tolérance, il a acquis, depuis cinquante ans, aux yeux des magistrats, la valeur d'une formule aveugle. Et tandis que Brouardel, défenseur du secret médical, écrivait que « la conscience du médecin peut seule le guider au milieu de ces difficultés », les modernes absolutistes n'admettent même pas cette restriction.

Personne ne discutera pourtant, qu'un médecin, conscient de ses responsabilités, ne doive fréquemment passer outre à ce principe. Tout d'abord, vis-à-vis de la famille dont le malade est solidaire, il ne peut y avoir de secret, dans la majorité des cas, qu'il s'agisse d'une opération chirurgicale à décider, d'un envoi en sanatorium, d'une ordonnance à faire porter! En fait de tuberculose, on sait les innombrables désastres dus à ce qu'un médecin n'a su, ni parler à temps, ni parler clair. Si le principe du secret médical joue impérieusement dans certains cas, il y en a d'autres, la majorité, où personne ne s'en embarrasse, et dans lesquels le médecin a le devoir de ne pas se taire.

Ces problèmes familiaux ne sont qu'un des aspects du litige. S'il est absurde de vouloir abstraire l'homme du groupe social fondamental qu'est la famille, il ne l'est pas moins de le vouloir isoler des autres groupes sociaux dont il est solidaire par un système complexe de droits et de devoirs qu'il s'agisse d'une administration, de l'Etat, même de la Patrie. Le progrès social a consacré ces liens par toutes sortes d'organisations protectrices dont la cheville ouvrière est le Corps médical. Le médecin peut-il s'y soustraire en gardant le silence?

Le péril que fait courir le malade à autrui, n'entre pas en ligne de compte pour les théoriciens du secret absolu. Aux temps hippocratiques, l'on savait pourtant bien se garder des lépreux! La notion moderne de la transmission des maladies doit-elle rester étrangère à la morale médicale? En fait de morale élémentaire, celui qui expose volontairement autrui à la contagion d'une maladie, est coupable. Devons-nous être de pareils complices?

(1) « *Qu'est-ce que la médecine?* suivi de six autres essais ». Masson et Cie, éditeurs.

Citant de nombreux exemples choisis parmi les alternatives que la médecine de ville, d'hôpital ou de dispensaire nous offre couramment, relevant des faits précis dans les actes des tribunaux, M. Rist prouve aisément que la doctrine du secret absolu est un obstacle à l'observation des contrats que ces tribunaux ont pour mission de garantir. Une étrange théorie objecte à cela que le médecin est l'allié du malade; mais « quelle est cette alliance sans conditions où le médecin est obligé de couvrir de son silence des actes que sa conscience réprouve? »

« La doctrine ordonne au médecin traitant, de couvrir de son silence le tuberculeux ou le syphilitique dissimulateur, lorsqu'il s'arroge la liberté d'exposer à la contagion de son mal, la jeune fille qu'il épouse, les maîtres qu'il sert, les enfants qu'il soigne ou instruit, les camarades auxquels l'associe son travail — et de même l'épileptique qui conduit une automobile ou une locomotive, l'assuré ou l'accidenté qui prétend abuser à son profit d'un contrat, l'aliéné homicide, le délinquant ou le criminel qui a laissé s'égarer la justice ou condamner un innocent. » Cette même doctrine interdit au médecin traitant « de défendre contre une imputation injustifiée de maladie contagieuse, son client menacé de perdre son gagne-pain », de confirmer dans son droit le militaire ou l'employé à qui les médecins-experts ont fait refuser une pension, « d'apporter au tribunal les preuves de l'empoisonnement dont son client a été victime, d'éclairer un juge qui va condamner un innocent ».

En Angleterre, en Suisse, aux Pays-Bas, aux Etats-Unis, bien qu'il n'y ait pas de sanction pénale à la violation du secret professionnel, ce secret est fort bien gardé dans toutes les circonstances où cela est légitime.

Dans notre pays, « de surenchère en surenchère de la part des médecins, de subtilité en subtilité de la part des juristes, on en est arrivé à détourner complètement le vieux principe hippocratique de son véritable sens. Loin ne garantir l'honneur et le repos des familles, la doctrine du secret absolu les met constamment en péril. » La revendication de ce privilège d'hermétisme apparaît vraiment comme quelque chose de suranné et d'exorbitant dans notre médecine sociale. La fidélité au serment d'Hippocrate ne consiste certes plus aujourd'hui en une attitude mystérieuse et individualiste, mais dans un arbitrage impartial du médecin conscient de ses responsabilités morales et sociales.

A lire M. Rist, l'on est profondément convaincu par la claire logique de son courageux et talentueux plaidoyer. Les médecins préoccupés de leurs responsabilités morales, auront grand bénéfice à méditer ce livre d'un médecin, homme de cœur et philosophe, qui aime passionnément son métier. Ils y trouveront encore le rare plaisir d'un style élégant et pur.

P. V.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 3 juin. — Jury : MM. J. Faure, président; Lejars, Terrien et Velter. — M. MICHELET. La vie d'Ambroise Paré. — M. ESNOUX. Le chlorure de sodium dans l'occlusion intestinale. — M. CADILHAC. L'extraction totale de la cataracte. — M. GORGE. A propos de trois cas d'exophtalmos pulsatile.

Jury : MM. Carnot, président; Claude, Nobécourt et Laignel-Lavastine. — M. SABETAY-MARCUS. Etude sur l'efficacité des eaux thermales de la Léchère-les-Bains. — M. BILLARD. Différents modes de traitement de l'anxiété névropathique. — M. GRICOUROFF. Le lait évaporé dans les vomissements des nourrissons.

Mercredi 4 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Lesbouyries et Robin. — M. LEFRANC. De la race hollandaise dans les Ardennes.

Jeudi 5 juin. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Gougerot et Aubertin. — M. NATIVELLE. Un bacille des gangrènes cutanées. — M. HAIK. Etude de la coagulation du sang. — M. CHEFDEVILLE. Les traitements actuels des épithéliomas cutanés.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DES SERVICES AUTOMOBILES P.-L.-M. RELIENT LA STATION THERMALE DE SAINT-NECTAIRE AUX GARES DE CLERMONT-FERRAND ET D'ISSOIRE. — Deux services P.-L.-M. d'autocars facilitent l'accès de la station thermale de Saint-Nectaire. Ils la relient, tous les jours, l'un, du 15 mai au 30 septembre, à Clermont-Ferrand; l'autre, du 1er juin au 25 septembre, à Issoire, à Murols et au Mont Dore.

Ces services assurent la correspondance à Clermont-Ferrand et à Issoire avec les trains en provenance ou à destination de Paris, Sète, Marseille.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent pour Saint-Nectaire, Murols et le Mont-Dore, des billets directs qui permettent aux voyageurs de faire enregistrer, dès le point de départ, leurs bagages pour l'une de ces trois stations et de se décharger ainsi du souci de leur transbordement à Clermont ou à Issoire.

— BILLETS D'ALLER ET RETOUR INDIVIDUELS A PRIX RÉDUITS POUR LES STATIONS BALNÉAIRES, THERMALES ET CLIMATIQUES DU RÉSEAU P.-L.-M. — Toutes les gares des grands réseaux français délivrent, du 25 mai au 30 septembre, des billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les principales stations balnéaires de la Côte d'Azur. Les billets doivent comporter un parcours aller et retour d'au moins 600 kilomètres en 1re et 2e classes, d'au moins 1.000 kilomètres en 3e classe.

On peut également se procurer dans ces gares, jusqu'au 25 juin et du 20 août au 30 septembre, des billets d'aller et retour individuels à prix réduits pour les principales stations thermales et climatiques P.-L.-M. à la condition de payer pour un trajet aller et retour d'au moins 500 kilomètres.

Dans les deux cas, la réduction est de 25 p. 100 en 1re classe, de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, pour un trajet aller et retour inférieur à 1.200 kilomètres; de 30 p. 100 en 1re classe, de 25 p. 100 en 2e, de 20 p. 100 en 3e classe pour un parcours aller et retour d'au moins 1.200 kilomètres. La validité des billets est de 33 jours, mais le voyage de retour ne peut avoir lieu au plus tôt qu'après un délai de 12 jours compté du jour de départ, ce jour compris. L'itinéraire de retour peut être différent de celui d'aller. La validité des billets de stations balnéaires seulement peut être prolongée deux fois de 30 jours moyennant supplément mais elle ne peut dépasser le 5 novembre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Composition d'anatomie.* — Séance du 20 mai. — MM. Suzor et de Peretti, 18 ; Seguy, 22 ; Digonnet, 26 ; Lacomme, 30.

Composition d'accouchement. — Séance du 23 mai. — MM. Suzor, 20 ; Lacomme, 29 ; Seguy et Digonnet, 24 ; de Peretti, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 24 mai. — MM. de Peretti, 21 ; Seguy, 25 ; Suzor, 20.

Séance du 25 mai. — MM. Lacomme, 30 ; Digonnet, 27.

Classement : MM. Lacomme, 89 ; Digonnet, 77 ; Seguy, 71 ; Suzor, 58 ; de Peretti, 57.

Candidats admissibles : MM. Lacomme, Digonnet et Seguy.

Médecine opératoire. — Séance du 28 mai. — Questions données : « Ligature de l'humérale à la partie moyenne du bras. — Désarticulation du poignet. »

MM. Digonnet, 19 ; Seguy, 18 ; Lacomme, 19.

Consultation écrite. — Séance du 28 mai. — MM. Lacomme, Seguy et Digonnet, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 30 mai. — MM. Seguy, Digonnet et Lacomme, 29.

Classement des candidats : MM. Lacomme, 155 ; Digonnet, 143 ; Seguy, 136.

M. Lacomme est nommé accoucheur des hôpitaux.

— Concours pour la nomination a une place d'oto-rhino-laryngologiste. — Ce concours sera ouvert le mardi 1er juillet 1930, à 9 h. du matin, à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du service de santé de l'Administration, du mercredi 11 au mercredi 18 juin 1930 inclusivement, de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve écrite.* — Séance du 29 mai. — MM. Blondin (Sylvain), Merle d'Aubigné et Sauvage, 28 ; Patel, 27 ; Blondin (Marcel) et Funck-Brentano, 26 ; Dessaint, 25.

Epreuve orale d'anatomie. — Séance du 30 mai. — Questions données : « La glande sous-maxillaire sans son conduit excréteur. — Anatomie descriptive et topographique. »

MM. Funck-Brentano, Merle d'Aubigné et Sauvage, 18 ; Patel et Blondin (Sylvain), 17 ; Blondin (Marcel), 16.

— *Concours de l'adjuvat.* — *Epreuve écrite.* — Séance du 28 mai. — MM. Gosset, 28 ; Maës, 27 ; Luzuy et Leroy, 24.

Séance du 30 mai. — MM. Audouin, 26 ; Baumann, 25 1/2 ; van der Elst et Palmer, 24.

Séance du 31 mai. — MM. Longuet, 26 ; Dreyfus et Vuillième, 25 ; Husseinstein, 24.

Rectificatif. — N° 43, 1930 : Concours du prosectorat : Jury. Suppléants, MM. Richet, Gatellier, Olivier.

Concours de l'adjuvat : Jury. Suppléants, MM. Olivier, Mondor et Richet.

— (Voir p. 827 les nouveaux traitements du personnel enseignant des facultés.)

— Lille. — M. Combemale, ancien professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur honoraire.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Marcel Delépine, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de pharmacie, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie organique du Collège de France en remplacement de M. Moureu, décédé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 29 mai publie un décret fixant les conditions de nomination des directeurs des circonscriptions maritimes, des médecins de la santé et des agents principaux.

— Le traitement du directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique est fixé à 100.000 fr. (*J. O.*, 1er juin 1930.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Foley (d'Alger).

MÉDECINS INSPECTEURS CHARGÉS DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES ET DU SERVICE D'UN DISPENSAIRE POLYVALENT. — 1° Date du concours : le délai du concours pour la nomination de deux médecins chargés de l'inspection médicale des écoles et du service d'un dispensaire polyvalent dans le département de la Dordogne, est prolongé jusqu'au 15 juin 1930.

2° Traitement : le traitement de 30.000 fr. est un traitement de début. L'échelle proposée récemment par le ministère de la Santé publique, partant de 36.000 fr., sera vraisemblablement adoptée.

3° Logement : le médecin nommé dans la circonscription de Bergerac pourra disposer d'un logement gratuit (7 pièces) ainsi que du chauffage et de l'éclairage.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). SÉANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 19 MAI. — M. le professeur agrégé Chiray est désigné pour représenter l'A. D. R. M. au Congrès des médecins de langue française de Montréal, M. le professeur Achard pour la représenter aux Journées médicales de Bruxelles.

A la demande de médecins étrangers, qui n'ont eu connaissance que tardivement de l'existence du bureau, une note a été envoyée aux divers consulats qui ont déclaré l'afficher dans leurs bureaux.

Les Américains demandent que les cours en anglais aient lieu en juillet plutôt qu'en octobre, ce que demande aussi le professeur Dubé (de Montréal) qui s'intéresse beaucoup à l'Association.

Le professeur Albee, au nom de l'International medical club of New-York, demande de lui envoyer ceux des membres se rendant aux Etats-Unis, de manière à faciliter leur séjour.

Depuis la dernière séance l'A. D. R. M. a eu à recevoir une mission de 21 médecins anglais; le docteur Alias Meilij, venu de Buenos-Aires pour établir des relations avec le « Circulo medico Argentino y centro estudiantes de medecina », et le professeur adjoint Camilo Carones (de Rosario) chargé d'établir un rapport sur l'enseignement de la pathologie chirurgicale.

A la demande de M. Ortiz Cano, il a été envoyé à La Havane un portrait de Richelot destiné à orner une salle de gynécologie qui portera le nom de ce gynécologue regretté.

Nouvelles adhésions : MM. Jean Bouloumié, Ismaël Girard, J. Guibal, Mme Ismalin, MM. Lévy-Valensi, Piquet et Sabatier (France); M. J. Maisin (Belgique); M. Hélie (Etats-Unis); M. F. J. Morrin (Irlande).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Martial Lanelongue, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux; Gustave Bouteiller (de Bayeux), Henri Nachtel, fondateur des ambulances urbaines, à Paris.

VIIe CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — L'Union internationale contre la tuberculose [président, professeur Paolucci (Rome); secrétaire général, professeur Léon Bernard (Paris); secrétaire général adjoint, docteur Humbert (Paris)] tiendra sa VIIe Conférence à Oslo (Norvège), du 12 au 15 août prochain, sous la présidence du professeur Frölich.

Trois questions seront discutées à la Conférence, dont on nous communique le programme.

Mardi 12 août. — Séance solennelle. Ouverture de la Conférence.

Mercredi 13 août. — Question biologique : « La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. » Rapporteur général : professeur A. Calmette (Paris).

Jeudi 14 août. — Question clinique : « La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. » Rapporteur général : professeur Bull (Oslo).

Vendredi 15 août. — Question sociale : « L'enseignement de la tuberculose aux étudiants en médecine et aux médecins. » Rapporteur général : professeur His (Berlin).

Dix orateurs, appartenant à différents pays, ont été désignés par le Comité exécutif pour ouvrir pendant les séances du matin la discussion sur chacun des trois thèmes scientifiques. Les personnes qui désireraient prendre part à la discussion libre de l'après-midi peuvent s'inscrire d'avance au siège de l'Association norvégienne ou à celui de l'Union internationale contre la tuberculose, les premiers inscrits ayant la priorité.

Le Comité d'organisation de la Conférence a obtenu des lignes de navigation norvégienne une réduction de 25 p. 100 sur le prix du voyage par mer jusqu'en Norvège, ainsi qu'une réduction de 25 p. 100 sur le trajet Oslo-frontière. Il compte également organiser des excursions à tarif réduit aux principaux établissements antituberculeux de la Norvège.

Inscription à la Conférence. — Les membres conseillers et titulaires de l'Union sont invités à la Conférence et en reçoivent gratuitement les comptes rendus. Ils sont priés de remettre leur adhésion par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, ou directement au Comité organisateur de la Conférence à l'adresse : Cort Adlersgate 6, Oslo (Norvège).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose : avenue Vélasquez, 2, Paris.

Les membres conseillers et titulaires n'auront à payer aucun frais d'inscription.

Les personnes qui ne sont ni membres conseillers, ni membres titulaires de l'Union, et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence » devront payer une cotisation de 25 couronnes norvégiennes, et envoyer leur demande exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les membres de la famille des participants à la Conférence pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits, moyennant une cotisation réduite de 15 couronnes norvégiennes. Cette cotisation ne donne cependant pas droit à la réception du volume des comptes rendus officiels de la Conférence.


ERGORONE
SOLUTION HUILEUSE
D'ERGOSTÉROL PUR IRRADIÉ
Vitamine D
RACHITISME
Décalcification
Caries
etc...
Ostéomalacie
Fractures
etc...
TITRAGE
en unités physiologiques: 3.000 au cc pratiquement stable
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3e


NESTLÉ
FARINE LACTÉE
Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inaltérable, complètement assimilable, soigneusement malté à l'avance.
Sté NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

SIMULATION

PAR UNE

PATHOMIME DE TROUBLES NERVEUX

AYANT FAIT PORTER LE DIAGNOSTIC D'ENCÉPHALITE

Par M. le professeur A. LEMIERRE et M. ROBERT WORMS.

La description que, sous le nom de pathomimie, Dieulafoy a donnée de l'aptitude pathologique à simuler des maladies, est demeurée classique.

On sait que le pathomime n'est pas un fraudeur vulgaire; c'est un malade, mais sa maladie n'est pas celle dont il cherche à imposer le diagnostic au médecin. Un déséquilibre imaginatif, sur un fond de débilité intellectuelle, le pousse à mentir, puis à mettre son mensonge en action, au moyen d'artifices, dont certains ne vont pas sans péril. Voilà le trouble morbide.

Croit-on avoir convaincu le pathomime de sa supercherie, on ne parvient pas toujours, comme Dieulafoy chez son premier malade, à lui en faire saisir l'origine, ni, partant, à le guérir. Une fois découvert, il échappe, et récidivera ailleurs. Si bien que l'affection psychique, dont il est réellement atteint, n'est pas moins dangereuse pour lui, par ses conséquences, que l'affection organique, objet de sa simulation.

Nous venons d'observer à l'hôpital Bichat une jeune femme, qui, entrée dans notre service avec les apparences de la méningite tuberculeuse, présenta bientôt une série de troubles, dont le groupement en imposa pour une forme d'encéphalite. Nous avions affaire en réalité à une pathomime. Nous pûmes à la fin la surprendre, et nous fûmes d'ailleurs bientôt informés qu'elle avait déjà simulé, dans d'autres hôpitaux, une poliomyélite et une granulie.

Nous allons rapporter intégralement cette observation. L'intérêt est de suivre, en effet, dans leurs détails, les multiples manifestations, auxquelles cette malade se livra, et qui nous abusèrent pendant quatre semaines.

Marie-Thérèse D..., âgée de vingt-neuf ans, entre salle Louis, le 11 février 1930, parce que, depuis quelques jours, elle souffre violemment de la tête.

A l'examen, son attitude frappe dès l'abord.

Très pâle et très maigre, couchée sur le dos, mais détournant le visage de la lumière, elle a les membres inférieurs complètement repliés, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses contre l'abdomen. Cherche-t-on à les redresser, la malade pousse des gémissements, et l'on ne peut y parvenir. La raideur de la nuque est facile à mettre en évidence et toute tentative de mobilisation, le seul pincement de la peau d'ailleurs, arrache des cris à la malade.

Pas de troubles paralytiques, mais quelques secousses convulsives des membres, mâchonnement continuel. Réflexes cutanés et tendineux normaux, pas de troubles sphinctériens, les pupilles réagissent normalement à la lumière. Par contre, sans se plaindre spontanément de troubles de la vue, la malade, quand on explore son champ visuel, semble ne pas reconnaître les objets qu'on approche de ses yeux. Température à 39°3, pouls à 60. Là se borne l'examen; la difficulté de mobilisation rend en particulier l'auscultation des poumons impossible.

Mais cette femme qui répond aux questions avec une parfaite lucidité nous apprend qu'elle est en traitement de longue date pour une bacillose pulmonaire. Issue d'une famille entachée de tuberculose (une de ses sœurs est morte d'accidents pulmonaires, une autre de méningite) elle est atteinte elle-même en 1924 d'une pleurésie séro-fibrineuse. En 1925, elle subit un pneumothorax droit, que l'apparition de liquide doit bientôt faire abandonner. Après divers séjours en sanatorium, et à la suite d'une nouvelle poussée évolutive, on entreprend, nous dit-elle, au mois d'août 1929 un pneumothorax du côté gauche. L'état reste satisfaisant jusqu'en janvier 1930. A ce moment elle est prise d'hémoptysies, de diarrhée et de fièvre et doit s'aliter. Il y a quatre jours brusquement apparaît une céphalée intense, continue, coupée de paroxysmes intolérables, des vomissements. La faiblesse s'accentue.

La malade se décide à demander son hospitalisation.

En présence de ce tableau et de cette anamnèse, le diagnostic clinique de méningite tuberculeuse ne paraît guère douteux. Il va être infirmé par les résultats de la ponction lombaire. Celle-ci en effet donne issue à un liquide limpide, ne fournissant pas au repos de reticulum fibrineux, et qui contient :

— Albumine, 0g30;
— Cellule de Nageotte, deux éléments;
— Culot, quelques lymphocytes;
— Aucun germe.

Le 12 février, l'aspect général demeure le même; c'est toujours la raideur de la nuque et le Kernig invincible. La malade se plaint de souffrir atrocement de la tête, elle ne la déplace qu'avec d'extrêmes précautions en la soulevant entre ses mains.

Des symptômes nouveaux sont apparus :

Troubles respiratoires sous forme d'une respiration inégale, irrégulière, avec tirage sous-sternal, le creux épigastrique se déprimant fortement à chaque inspiration, ce qui fait penser à la paralysie du diaphragme;

Troubles de la déglutition, engouement et rejet immédiat des liquides absorbés;

Troubles sphinctériens enfin, incontinence d'urines.

La force musculaire, la réflectivité, la sensibilité sont intactes. Il n'existe qu'une hypoesthésie du voile et du fond du pharynx avec absence de réflexe nauséeux.

La malade, en pleine intelligence, prête une grande attention à tout ce que l'on dit autour d'elle; un fait frappe cependant, c'est l'inconscience où elle paraît demeurer de ses troubles visuels; ceux-ci en effet se sont accentués, c'est à peine si la malade distingue le jour de la nuit, ne clignant qu'à l'approche d'une vive lumière; mais elle n'en témoigne aucune inquiétude.

La diffusion apparente de cette atteinte nerveuse nous fait envisager l'hypothèse d'une encéphalite.

Une seconde ponction lombaire ramène, comme la veille, un liquide normal dans sa composition chimique et sa cytologie; glycorachie, 0g70.

Le traitement par des injections intraveineuses de salicylate est institué.

Le 13 l'état semble très grave, température à 39°5, douleurs continuelles, grande agitation.

La malade, toujours aussi lucide, présente des troubles assez particuliers de la parole : sans bégayer ni achopper, elle répète à plusieurs reprises, au milieu du discours, la plupart des mots ou des fragments de phrases.

La déglutition est de plus en plus difficile, l'incontinence des sphincters s'accentue; quelques myoclonies du membre supérieur gauche.

Un examen oculaire est pratiqué par le docteur Renard. Il révèle d'une part une abolition presque complète de l'acuité visuelle, laquelle — en l'absence de toute lésion du fond d'œil et le réflexe vaso-moteur étant conservé — fait conclure à

une lésion siégeant en arrière des tubercules quadrijumeaux.

D'autre part, une fixité absolue du regard et cette paralysie des mouvements associés volontaires contraste avec la persistance des mouvements automatiques. Elle plaide en faveur d'une lésion du mésocéphale.

Le diagnostic d'encéphalite semble ainsi se confirmer.

Le 14, on a la surprise de découvrir une hémiplégie droite, celle-ci s'est installée peu à peu au cours de la nuit, prédominant sur le membre supérieur avec hémi-hypoesthésie, mais sans aucune modification des réflexes tendineux ni signe de Babinski.

A la ponction lombaire (la troisième) le liquide est toujours normal.

Dans les jours qui suivent, l'état ne varie guère, la température oscille au voisinage de 39 degrés, le tirage épigastrique et l'arythmie respiratoire persistent, les troubles de la déglutition rendent l'alimentation des plus difficiles, et l'on doit recourir au goutte à goutte rectal.

Le 19 février, la température, pour la première fois, est à 37 degrés; la malade plus calme, couverte de sueurs, respirant de façon régulière, signale une diminution de ses douleurs, elle se laisse plus aisément mobiliser et on peut établir le bilan des lésions.

Il existe une paralysie flasque totale des membres supérieur et inférieur du côté droit; la face est respectée; réflexes rotuliens et achilléens; réflexes radio-périostés, tricipitaux, égaux à droite et à gauche, pas de signe de Babinski, pas de clonus; anesthésie complète à tous les modes portant sur la moitié droite du corps, de la racine des cheveux à la pointe des orteils, et intéressant les muqueuses (pituitaire, linguale, juguale), sphincters toujours incontinents.

Des vomissements sont apparus la veille, ils sont peut-être imputables à la médication salicylée et celle-ci est interrompue.

Le 20, malgré l'arrêt du traitement, les vomissements continuent, la température a subi une réascension, la malade nous déclare souffrir davantage; reprise du traitement.

Le 25, alors que les autres symptômes ne se sont pas modifiés, Mlle D... devient anarthrique. Nous la trouvons le matin, qui ne peut émettre — et avec quelle peine! — que deux ou trois monosyllabes. Elle paraît vivement souffrir de l'inutilité de ses efforts à s'exprimer, mais a conservé dans la mimique une grande précision et, des gestes de sa main valide, parvient à nous faire comprendre des ordres difficiles.

Un nouvel examen oculaire fournit les mêmes résultats que la semaine précédente.

Le 28, nous assistons à une scène singulière. Soudainement, sous l'influence d'une colère, la malade s'agite dans son lit, se dresse sur son séant, ses yeux, à l'ordinaire immuablement fixes, roulent dans l'orbite, et elle articule une suite de paroles intelligibles. Une demi-heure plus tard, elle est retombée dans son état antérieur.

A partir du 5 mars, les troubles de la parole s'amendent lentement; la malade retrouve l'usage de la plupart des mots, tout en conservant une extrême lenteur d'élocution et introduisant sans cesse dans son langage la particule « de ».

La vision s'améliore elle aussi, et les couleurs sont distinguées, mais pas encore les contours.

Le 11 mars, la température restée au-dessus de 38 degrés depuis trois jours, les injections de salicylate sont interrompues. Les vomissements s'espacent, la malade commence à reconnaître les formes, l'hémiplégie droite ne varie pas.

Et voici qu'apparaît, sans prodrome, une *monoplégie flasque du membre supérieur gauche*. La survenue inopinée de ce symptôme, pour la première fois éveille nos soupçons.

Nous décidons de vérifier la température de la malade en maintenant nous-mêmes le thermomètre. Cette opération déclenche une vive résistance... au cours de laquelle nous pouvons voir les adducteurs de la cuisse droite, inerte depuis un mois, se contracter avec vigueur; quant au thermomètre, dont l'index s'élevait à 38°3 avant le contrôle, il marque 37 degrés.

La malade alors, pour se défendre, invoque ses maladies antérieures — une poliomyélite pour laquelle le docteur Troisier l'a traitée sept ans auparavant par des injections intrarachidiennes de sérum, et puis de graves accidents pulmonaires qui l'ont amenée, en 1928, à Boucicaut dans le service du docteur Courcoux.

Nous allons séance tenante nous enquérir auprès du docteur Troisier et nous devons à son obligeance d'apprendre ce qui suit :

Marie-Thérèse D... est admise en 1923 à l'hôpital Laennec dans le service du docteur Jousset que remplaçait le docteur Troisier.

Elle offre à son entrée l'aspect caractéristique d'une poliomyélite antérieure aiguë; bientôt l'état s'aggrave, l'évolution affecte le type de la paralysie ascendante de Landry, inégalité, irrégularité de la respiration, tirage épigastrique; l'atteinte des centres bulbaires paraît certaine. Des injections intrarachidiennes de sérum de Pettit arrêtent net la marche des accidents et l'on voit les symptômes disparaître avec une rapidité surprenante. Quelques jours plus tard, rechute, au cours de laquelle le cycle précédent se déroule à nouveau; réinstitué d'urgence, le traitement retrouve son efficacité, et tout rentre dans l'ordre.

On s'émerveille déjà de ce double triomphe thérapeutique, quand une troisième attaque vient faire suspecter la simulation, et le docteur Troisier ne tarde pas à en acquérir la preuve.

Les renseignements recueillis dans le service du docteur Courcoux ne sont pas moins convaincants. Marie-Thérèse D... y a été hospitalisée le 11 novembre 1928 pour un point de côté extrêmement violent qui a fait son apparition après une longue phase d'imprégnation tuberculeuse.

Ses antécédents familiaux sont particulièrement chargés : son père est bronchitique ancien, sa mère est depuis douze ans porteuse d'un pneumothorax. Cinq frères et sœurs sont morts d'accidents pulmonaires; elle vit enfin au contact d'une amie qui tousse et crache. La température, à grandes oscillations, monte le soir à 41 degrés; la dyspnée est intense, mais l'examen thoracique ne révèle aucune modification; l'examen radiologique est négatif.

La gêne respiratoire s'accentue, les hémoptysies font leur apparition, anorexie, insomnie complète..., brusquement, le 4 décembre, Marie-Thérèse D... sort du service sur sa demande.

Munis de ces arguments décisifs, nous retournons auprès de notre malade. Nous les lui soumettons, pensant la confondre, et nous nous efforçons de lui faire comprendre le trouble dont elle souffre. Le docteur Troisier, qui a bien voulu venir la voir, joint ses efforts aux nôtres; rien ne fait; elle a repris son immobilité et obstinément regarde dans le vague.

A peine la visite terminée, elle signe sa pancarte, s'habille presque sans aide, descend seule l'escalier et quitte l'hôpital.

*
* *

Nous n'étudierons pas ici, dans son ensemble, la question de la pathomimie, ni les rapports qu'il y a lieu de discuter entre ce syndrome psychique, la mythomanie et le pithiatisme (1).

(1) Dieulafoy. Pathomimie. Histoire d'un pathomime, *Manuel de pathologie interne*, t. III, p. 855. — Dupré. *La Mythomanie. Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides*, Paris 1905, rééd. in *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, 1925. — Brulé, Basch, Hillemand et Schützenberger. Simulation de tuberculose et d'occlusion intestinale par une pathomime, discussion, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 déc. 1923, p. 1737.

Nous nous bornerons à reprendre les points particuliers de l'observation, pour tenter de montrer comment notre malade dut conduire sa simulation et comment nous nous y trompâmes.

Quand Marie-Thérèse D... entre dans notre service, elle a, sans aucun doute, préparé son rôle; elle connaît la symptomatologie de la méningite tuberculeuse; rien ne manque à la scène qu'elle joue : céphalée intense, vomissements, attitude en chien de fusil (un peu « forcée » peut-être pour un adulte, mais comment s'arrêter à cette nuance?), signe de Kernig, raideur de la nuque, hyperesthésie cutanée, et jusqu'à la notion étiologique d'une tuberculose pulmonaire récemment réveillée. Tout cela constitue un ensemble si précis que nous présentons, comme un cas type, la malade aux stagiaires, et que nous hésitons à lui imposer le tourment d'une ponction lombaire peut-être *in extremis*. Bien nous prend de passer outre à ce scrupule, puisque l'examen du liquide céphalo-rachidien vient apporter le seul élément, mais indiscutable, contre un diagnostic qui semblait évident.

On en expose les résultats, on insiste longuement sur leur valeur autour du lit de la malade. Marie-Thérèse écoute, elle comprend aussitôt que quelque chose « pèche » dans sa création, et qu'il lui faut changer de moyens. Elle recourt alors aux procédés dont elle a naguère tiré ses meilleurs effets, quand elle simulait une poliomyélite : elle mime des troubles respiratoires et des troubles de la déglutition.

Jusque-là, elle a mené son jeu avec une idée préconçue et sachant quelles maladies elle voulait imiter, mais, à bout de connaissances médicales, force lui est bientôt de simuler au hasard. Il semble qu'elle s'inspire des examens qu'on pratique sur elle, pour imaginer de nouveaux symptômes. De son propre chef, elle n'accuse aucune gêne de la vision. Recherchant la diplopie, lui présente-t-on à numérer les doigts de la main, elle répond soudain qu'elle ne distingue rien, et dès lors elle adopte cette amblyopie.

Nous avons parlé devant elle de troubles du langage; elle en fait son profit, se met à répéter ses mots, devient peu après aphasique. Entre temps, elle ajoute, à ce tableau déjà fourni, une hémiplégie droite dont les exemples n'ont pas dû lui manquer.

De cette association de signes disparates, va-t-il résulter un syndrome déroutant pour le clinicien? Nous aurions observé cette malade, il y a quinze ans qu'elle nous eût, d'emblée, parue suspecte de supercherie. Aujourd'hui, au contraire, sa fantaisie va la servir. La connaissance que l'on a acquise de l'évolution capricieuse de l'encéphalite et de ses aspects multiples, nous conduisait tout d'abord ici à penser à l'intervention d'un virus neurotrope. Comment nous serions-nous étonnés de certaines anomalies du tableau clinique, quand l'encéphalite nous les a rendues familières? Des douleurs à type méningitique sans modification du liquide céphalo-rachidien; une hémiplégie flasque, avec gros troubles sensitifs et sans altération des réflexes, nous paraissaient, en bonne logique prendre place parmi les « surprises » de cette affection polymorphe.

Les troubles de la parole s'installent-ils, on les rapproche de la palilalie, dont on sait qu'elle se rencontre comme séquelle de l'encéphalite. La paralysie des mouvements volontaires de l'œil va-t-elle de pair avec la conservation des mouvements associés? Nous concluons à une lésion du mésocéphale. D'aphasique qu'elle était, la malade cessant un moment de s'observer, se met-elle brusquement à parler, nous évoquons la kinésie paradoxale du parkinsonien.

Précisément du fait de l'allure étrange de certains symptômes, l'erreur de diagnostic entre encéphalite et simulation n'est pas exceptionnelle. Dans le sens inverse, nous nous souvenons qu'une malade encéphalitique, observée dans le service du professeur Widal et qui y avait été soignée à plusieurs reprises pour des troubles pithiatiques, fut considérée à son entrée comme une simulatrice.

Récemment encore, chez un malade atteint de troubles complexes voisins de l'encéphalite, dont l'un de nous a rapporté avec J. Lhermitte et Etienne Bernard l'histoire (1), le diagnostic de simulation fut un moment envisagé pendant les premiers jours.

Une autre remarque s'impose : Marie-Thérèse D... durant les quatre semaines de son séjour, ne cessa de tenir son rôle avec une remarquable fermeté, supportant 3 ponctions lombaires en trois jours; 25 injections de salicylate, dont nous n'affirmerions pas qu'elles furent toutes intégralement intraveineuses.

Elle était entrée, en particulier, dans le personnage de l'aveugle, sans perdre à aucun moment le contrôle de ses actes; le regard fixe, ne clignant pas à l'approche d'un doigt et apportant son art surtout à *agir* comme si elle était privée de vue. Il fallait l'observer, cherchant autour d'elle les objets à tâtons, appréhendant une tasse, la renversant, recommençant sa tentative même quand elle se croyait hors de surveillance, et l'on devait se laisser prendre à ce manège. Sa patience, sa gentillesse, jointes à la gravité apparente de son état, lui avait d'ailleurs valu la sympathie de tous.

Nous insisterons sur ce fait que, contrairement à beaucoup de pathomimes, notre malade conduisit toute l'action sans le secours d'aucun moyen extérieur (mise à part la fraude au thermomètre) et, en quelque sorte, par le seul jeu de son récit et de ses attitudes; c'est dire son habileté.

Ne doit-on pas admirer aussi avec quel à-propos elle employait le récit, sachant varier par exemple, selon les nécessités, l'exposé de ses antécédants familiaux n'accusant devant nous que deux sœurs mortes de tuberculose, alors qu'à Boucicaut, désireuse sans doute de rendre plus plausible l'origine bacillaire de ses accidents, elle avait déclaré tuberculeux sept membres de sa famille, et au surplus l'amie avec laquelle elle vivait.

Elle ne relâcha sa vigilance qu'au moment où elle venait d'être découverte, négligeant alors, au milieu de sa colère, de demeurer aveugle et paralysée. Aussitôt après, d'ailleurs, elle quittait notre service.

(1) A. Lemierre, J. Lhermitte et Etienne Bernard. Syndrome douloureux et paralytique avec troubles trophiques et subictère, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 12 avril 1929, p. 457.

Toute cette façon d'agir est habituelle dans la pathomimie, où l'on voit ces sujets s'obstiner dans leur simulacre, jusqu'à supporter des opérations chirurgicales graves et répétées (le malade de Dieulafoy ne se laissa-t-il pas amputer le bras?), et aussi le plus souvent échapper, par un départ volontaire, aux objurgations que l'on tente pour les ramener à la raison.

Sortie de notre service — guérie de tous les troubles qui l'y avaient amenée — que va-t-il advenir de Marie-Thérèse D...? Il semble qu'on puisse porter le plus fâcheux pronostic; quelles suites les nouvelles simulations, qu'elle entreprendra vraisemblablement, vont-elles pouvoir comporter? Déjà, l'état général de notre malade est gravement touché et le docteur Troisier a eu peine à la reconnaître sous son aspect émacié.

Les pires inventions sont à redouter. Une jeune pathomime, dont le docteur Abrami nous a raconté l'histoire, est morte, bel et bien, d'avoir voulu simuler la mort. Deux jours avant son accident, elle s'était enquise des procédés qu'emploient les fakirs pour paraître privés de vie. Le moyen, auquel elle fit appel, devait lui être fatal; on ne put la ranimer.

En résumé, il nous a paru intéressant de rapporter les chapitres dont nous avions eu connaissance (peut-être y en a-t-il d'autres que nous ignorons) de ce curieux roman d'aventures pathologiques, pour insister à nouveau sur la variété des tableaux simulés, la fréquente difficulté du diagnostic et le danger de ces états.

NOTES DE CHIRURGIE PRATIQUE

LE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE DE LA FRACTURE DE DUPUYTREN

Par Robert BOUROULLEC,
Interne de la Maison départementale de Nanterre.

(*Travail du service du docteur* Marcel SÉNÉCHAL.)

La fracture de Dupuytren est d'une gravité fonctionnelle qui n'a jamais été mise en doute.

L'ouverture de l'articulation, l'existence fréquente d'un troisième fragment, la possibilité de déviations secondaires simples ou complexes motivent l'attention que l'on doit mettre à traiter ces fractures,

Rares sont les cas où l'on peut se contenter de poser un appareil plâtré sans réduction préalable; la plupart du temps le pied dévié en dehors et en rotation externe, subluxé en arrière, le mouvement de bascule de l'astragale dont le bord externe de la gorge vient s'encastrer entre le tibia et le péroné doivent être réduits. C'est là le temps capital du traitement dont dépend le pronostic.

Quand on se trouve en présence d'une fracture de Dupuytren, pour la réduire correctement et facilement, il faut respecter certains principes.

1° Il ne suffit pas de corriger l'axe du membre, il faut vaincre le diastasis, reconstituer aussi exactement que possible la mortaise tibio-péronière et ce résultat ne peut être obtenu que par l'HYPERCORRECTION. C'est là, en effet, que consiste le secret du traitement orthopédique de ces fractures. Le pied doit être mis franchement en varus, le moindre valgus compromettant à coup sûr le résultat final

2° Ce traitement est un TRAITEMENT D'URGENCE. On s'est toujours bien trouvé d'appareiller dans les premières heures qui ont suivi l'accident : la réduction est plus facile, le gonflement du membre étant peu important, la rétraction tendineuse n'a pas encore eu le temps de se produire, ni les lésions des parties molles de se cicatriser, et si la peau n'a pas été embrochée au moment du trauma, on supprime la menace du pilon tibial qui pointe à la partie antéro-interne du cou-de-pied et qui ferait de cette fracture fermée une fracture ouverte aggravant par le fait même le pronostic.

3° A chaque fois qu'on en a la possibilité, l'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU RACHIDIENNE est d'un grand secours. Elle supprime la contracture musculaire et la douleur, mettant ainsi l'opérateur plus à l'aise pour pratiquer les manœuvres de réduction qui sont souvent difficiles et un peu brutales. Elle doit être maintenue jusqu'à dessiccation complète de l'appareil ou bien on s'expose à des réactions plus ou moins vives du patient qui compromettraient une bonne réduction.

4° Enfin, le plâtre étant posé, la réduction doit être maintenue *jusqu'à ce qu'il soit tout à fait sec* si on ne veut pas voir le déplacement se reproduire. C'est, d'ailleurs, pour la même raison qu'il faut suivre attentivement le malade dans les jours qui suivent et *changer l'appareil dès qu'il commence à jouer.*

Ces directives doivent être suivies à propos de chacun des cas que nous allons étudier. Laissant de côté les différents types anatomo-cliniques, nous classerons, au point de vue thérapeutique pratique, les fractures d'après le déplacement et les lésions associées.

Nous envisagerons successivement :

1° Les fractures sans déplacement.
2° Les fractures types avec déplacement.
3° Les fractures avec fragments marginaux.
4° Les fractures avec lésions associées.

I. LES FRACTURES DE DUPUYTREN SANS DÉPLACEMENT. — Pas très fréquentes. Elles se rencontrent cependant quelquefois. Elles sont d'un traitement facile. Il n'y a pas de déplacement du pied, simplement un léger gonflement avec douleur exquise aux points d'élection. Donc pas de réduction, il suffit de poser l'appareil de marche de Delbet. On peut faire lever et marcher le malade le huitième jour. Delbet même le fait dès le lendemain. Au bout d'un mois environ, on enlève l'appareil en prévenant le blessé pour qu'il ne s'étonne ni de la marche douloureuse ni du gonflement du pied qui disparaîtront d'eux-mêmes au bout d'un certain temps.

II. LES FRACTURES DE DUPUYTREN AVEC DÉPLACEMENT. — A. *Les lésions.* — C'est le cas le plus fréquent avec le déplacement caractéristique du pied en valgus et rotation externe, le coup de hache en dehors, la saillie du pilon tibial en dedans qui menace la peau. A la subluxation en arrière et en dehors de l'astragale s'ajoute une bascule de l'os qui fait que sa face supérieure regarde en dedans et que le bord externe de sa gorge se trouve coïncé entre le tibia et le péroné.

Le fragment tibial relié à l'astragale par le puissant ligament tibio-astragalien suit l'os.

Le péroné est basculé autour des ligaments péronéo-tibiaux, le fragment inférieur est oblique en haut et en dedans, constituant le diastasis par le relâchement qui en résulte dans la mortaise. Ce sont ces lésions qu'il va falloir corriger et maintenir corrigées.

B. *La réduction.* — D'abord désencastrer l'astragale, ensuite le remettre en place et reconstituer la mortaise.

a. Il faut donc tirer et parfois tirer très fort. Le malade étant endormi, pendant qu'une aide maintient fortement la jambe, l'opérateur placé devant les pieds du blessé empaume le talon d'une main, alors que de l'autre, il embrasse la face dorsale

du pied qu'il maintient à angle droit sur la jambe, et il tire à lui. Cette traction forte, régulière et prolongée doit se faire d'abord dans l'axe du membre, puis en exécutant un mouvement de rotation en avant et en haut, se rapprochant du mouvement qu'on fait pour enlever une chaussure (Destot).

A ce moment, la réduction se fait et très souvent. On entend un petit claquement dû à l'astragale qui reprend sa place. Le pied reprend sa position normale, par rapport à la jambe : le prolongement de la crête tibiale venant couper le deuxième orteil.

Par le fait même, le fragment tibial se met à sa place. Mais la réduction n'est pas complète, il faut encore resserrer la mortaise.

b. C'est ici que l'*hypercorrection* doit se faire : on porte le pied en varus en même temps qu'on lui fait subir une rotation interne de telle façon que la plante regarde franchement en dedans. Cette rotation doit porter sur tout le pied et non seulement sur l'avant-pied; l'articulation qui sert de charnière ne doit être ni la tarso-métatarsienne ni la médiotarsienne ni la sous-astragalienne, mais l'astragalo-tibiale. On obtient ainsi le redressement du péroné dont le fragment inférieur se met dans le prolongement du fragment supérieur basculant autour des ligaments péronéotibiaux. La malléole péronière reprend sa place normale et la mortaise se trouve reconstituée.

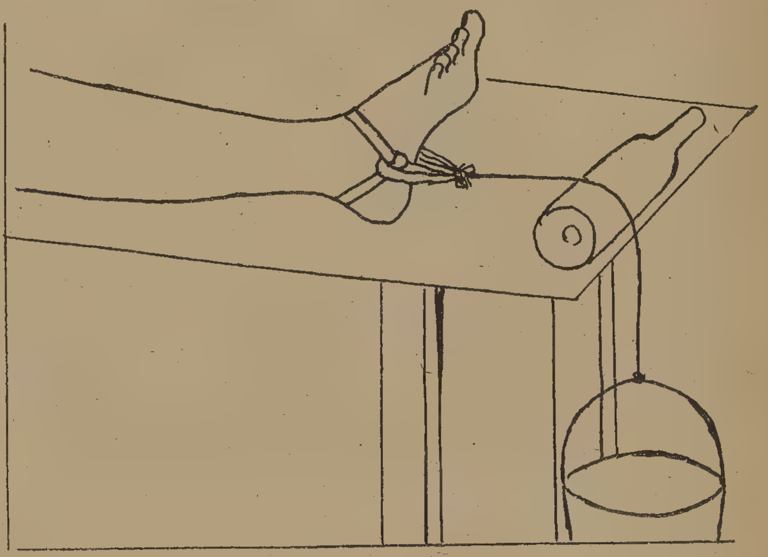
c. Il ne reste plus qu'à appareiller. Il ne semble pas, pendant les premiers jours au moins et surtout si la réduction a été pénible, que l'appareil de marche de Delbet soit indiqué : il ne maintient pas suffisamment le pied en hypercorrection. Il vaut mieux appliquer une gouttière plâtrée de Maisonneuve, de Quénu ou autre suivant celle dont on connaît le mieux la mise en place. L'important est que *pendant quelque temps, le membre soit maintenu en hypercorrection.*

Plus tard, lorsque la gouttière ne sera plus assez serrée, vers la deuxième ou troisième semaine, on pourra poser un appareil de Delbet et à partir du vingtième jour permettre au malade de marcher. Mais on doit être très prudent, le membre doit être très maintenu car les *déviations secondaires sont fréquentes*. Aussi le plâtre ne sera-t-il pas enlevé avant la cinquième ou sixième semaine plus longtemps même chez les sujets d'un certain âge chez qui le cal se forme plus lentement.

C. *La réduction par traction continue*. — L'anesthésie générale simplifie considérablement l'appareillage de ces fractures, mais il est des cas où on ne peut pas s'en servir soit que l'état général du blessé la contre-indique, soit qu'on ne se trouve pas outillé pour la faire. C'est alors que la traction continue rend de grands services. Elle supprime, au bout d'un certain temps, la contracture musculaire, et désenclave l'astragale sans que le patient en souffre trop, alors que cette manœuvre, faite à la main et sans anesthésie, est des plus douloureuses. Il ne reste plus qu'à faire l'hypercorrection, ce qui est peu pénible.

L'emploi d'une table orthopédique permet d'obtenir de très bons résultats; mais pratiquement, cette traction s'installe avec un matériel très simple : deux bandes de toile de 60 centimètres de long et de 15 millimètres de large, une cordelette, un poids de 10 kilos et une bouteille.

Le blessé étant allongé sur une table ordinaire, on applique la première bande par son milieu sur le dos du pied, la seconde sur la concavité du talon. De chaque côté du pied, au-dessous des malléoles, on réunit les deux bandes par un simple nœud, les quatre chefs sont noués en avant du pied formant étrier. La cordelette, après s'être réfléchie sur la bouteille, relie cet étrier au poids qu'un aide laisse tomber progressivement. Ce temps est légèrement douloureux, mais le patient s'y fait très vite et au bout d'une dizaine de minutes environ, la contracture a disparu, la loge musculaire antéro-externe de la jambe est ramollie, la réduction se fait; on la complète en mettant le pied en hypercorrection.



On plâtre comme plus haut en ayant bien soin de maintenir la fracture réduite, et de la maintenir tant que l'appareil sèche.

III. Les fractures de Dupuytren avec fragment marginal. — On les rencontre environ une fois sur dix et surtout dans les Dupuytren basses (geni sus-geniennes). Elles sont d'un pronostic plus sévère que les précédentes, parce que leur réduction est plus difficile à maintenir et parce que, par le cal qui va se former, elles gênent les mouvements de flexion et d'extension du pied, en les limitant et les rendant douloureux.

1. Le fragment marginal postérieur se rencontre plus souvent que le fragment marginal antérieur. Sa réduction relativement aisée quand il est unique et relié à la malléole externe par le ligament péronéo-tibial postérieur est plus pénible et parfois même impossible à obtenir parfaitement quand il est libéré ou qu'un trait vertical le divise en deux.

Le pied a le même aspect que dans la fracture précédente, avec cette différence que le taquet tibial n'existant plus, l'astragale est subluxée ou franchement luxée en arrière d'où il résulte un raccourcissement du dos du pied avec saillie des tendons extenseurs des orteils et exagération de la concavité du tendon d'Achille.

La réduction se fait exactement de la même façon que pour la fracture de Dupuytren sans fragment marginal. Le déplacement postérieur se réduit assez facilement, mais se reproduit de même dès qu'on relâche la traction. C'est surtout ici qu'il faut bien mettre le pied en hypercorrection et ne considérer la fracture comme réduite que lorsque l'on peut *facilement fléchir et étendre le pied sur la jambe.*

On appareille à l'aide d'une gouttière qu'on remplacera vers le vingtième jour par un appareil de marche et le malade pourra se lever. Au bout de six à sept semaines, on enlève le plâtre et si la fracture a été bien réduite, il ne persiste qu'une légère limitation des mouvements de l'articulation.

2. La réduction du fragment marginal antérieur est plus pénible, parfois impossible. La plupart du temps, on ne sait pas qu'il existe et seule la radio le montre. Après consolidation, il gêne la flexion dorsale du pied. Aussi faut-il souvent avoir recours au traitement chirurgical soit pour le visser soit pour l'enlever lorsqu'il y en a plusieurs comme c'est fréquemment le cas.

IV. Les fractures de Dupuytren avec lésions associées. — Nous n'envisagerons que les lésions cutanées.

1. *Les phlyctènes*. — Elles sont très fréquentes mais d'un

traitement très simple. Il suffit après avoir bien désinfecté la peau de les percer et de les embaumer sous un pansement au baume du Pérou ou mieux au collargol.

2. *L'embrochement de la peau* par le pilon tibial. Il se rencontre assez souvent.

a. Lorsque la lésion cutanée est peu importante, la meilleure conduite à tenir est d'abord de réduire la fracture puis pendant qu'un aide la maintient ainsi, de bien désinfecter la peau au savon, à l'éther et à la teinture d'iode. On résèque les bords de la plaie et les parties molles contuses et on suture; on recouvre d'une compresse imprégnée d'une légère couche de collargol et on plâtre comme si rien n'était. Pendant les jours qui suivent on surveille la température du malade; tant qu'elle ne s'élève pas au-dessus de 38°5 on ne touche ni au pansement ni au plâtre. Le dixième jour on enlève les fils et on embaume de nouveau. La plupart du temps l'évolution se fait sans complication comme pour une fracture fermée.

b. Lorsque la lésion cutanée est plus importante son nettoyage chirurgical sous anesthésie générale s'impose, qui ne peut être fait qu'avec un matériel spécial et autant que possible dans un milieu chirurgical où si le cas est indiqué on pourra en profiter pour faire une ostéosynthèse ou un vissage.

Tels sont les différents cas en présence desquels on se trouve dans la pratique courante. Mais il ne faut pas oublier que toute fracture égale RADIOGRAPHIE et que si celle-ci n'est pas indispensable avant le plâtre, il faut la faire le plus tôt possible après. Seule elle permet le contrôle rigoureux et exact de la réduction qui doit être recommencée si elle montre la persistance du moindre diastasis ou du moindre valgus.

Elle précise en outre les lésions anatomiques, le nombre et la nature des fragments marginaux, quand ils existent, et seule autorise un traitement chirurgical lorsque le traitement orthopédique se montre impuissant à donner un bon résultat.

Elle montre aussi les ostéoporoses secondaires qui sont fréquentes surtout chez les sujets dont l'état général n'est pas très bon. La surveillance de celui-ci est en effet d'une importance capitale surtout si l'on veut obtenir une consolidation rapide. Le grand air, la bonne alimentation, le bord de la mer sont à conseiller. Malheureusement la dernière condition n'est pas réalisable dans tous les milieux. Aussi doit-on y suppléer en administrant pendant la formation du cal une médication récalcifiante, sel de chaux, phytyne, etc. Nous nous sommes toujours bien trouvé de l'emploi des huiles irradiées, de l'ergostérine en particulier.

Quant au *massage* il n'est pas à conseiller, trop précoce il ne fait que compromettre le résultat fonctionnel par l'exubérance du cal qui en résulte, ou il doit être très léger, intéressant seulement les parties molles. Nous ne le pratiquons jamais ayant toujours obtenu par le lever précoce une bonne mobilisation de l'article.

En résumé le traitement orthopédique de la fracture de Dupuytren est :

1° Un traitement d'urgence;

2° Un traitement qui doit être fait sous anesthésie générale ou avec le concours de la rachianesthésie ou de la traction continue;

3° Un traitement qui doit toujours être contrôlé par la radiographie et secondé par un traitement médical;

4° Enfin et surtout le membre sera immobilisé en gouttière plâtrée, le pied en *hypercorrection*. Cette gouttière sera renouvelée à chaque fois que la contention ne sera plus suffisante et dans les cas où la réduction aura été pénible elle ne sera pas remplacée par l'appareil de marche avant la troisième semaine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 MAI 1930)

Indications thérapeutiques actuelles du cancer de la verge. — M. Robert MONOD rapporte ce travail de M. Georges Ferry (de Strasbourg). Ce cancer, assez rare dans nos pays, se voit surtout chez des malades atteints de phimosis. Il est fréquent en Extrême-Orient (47 p. 100 des cancers en Indochine).

L'adénopathie est la règle, mais très souvent inflammatoire. En cas d'hésitation, il faut ouvrir l'étui du phimosis et faire une biopsie. On peut attaquer ce cancer par amputation de la verge. L'exérèse ganglionnaire n'est pas toujours nécessaire. La curiethérapie donne d'excellents résultats (60 p. 100 de guérisons de un à trois ans), mais sa technique est d'application délicate (organe mobile, rétrécissement du méat).

M. GERNEZ a utilisé l'artifice de disséquer l'urètre et de l'aboucher à la face inférieure de la verge pour permettre au malade d'uriner.

M. THIERRY a obtenu d'excellents résultats de l'amputation subtotale de la verge; il n'enlève pas les ganglions.

M. LENORMANT juge ces cancers graves; en particulier, le temps d'exérèse des ganglions enflammés est très grave.

M. PROUST propose d'agir par curiethérapie sur les ganglions.

Cas d'ulcère de l'estomac perforé sous l'action du traumatisme. — M. DUVAL rapporte cette observation de M. Ménégaux. Un malade de quarante-cinq ans, sans passé gastrique, reçoit une contusion par volant d'automobile. Douleur violente et contracture abdominale. A l'intervention deux heures et demie après le traumatisme, perforation d'un ulcère gastrique. Guérison. On trouve sept cas analogues publiés.

M. MAISONNET a observé un cas analogue.

M. GRÉGOIRE se demande si le malade n'a pas commencé à souffrir, non pas au moment de la perforation, mais au début de la péritonite.

M. LEFORT a observé certains faits analogues à ceux de M. Grégoire.

Traumatismes carpiens. — M. MOUCHET rapporte deux observations de traumatismes carpiens : dans la première observation de MM. Bressot et Debrée, il s'agit d'une luxation carpienne ancienne grave avec fractures multiples (scaphoïde pyramidal, grand os), sthyloïde cubitale. La seconde observation de M. Duponchel (de Dôle) concerne une luxation subtotale du carpe avec fracture du scaphoïde et déplacement important du fragment supérieur. L'ablation du semi-lunaire donna un bon résultat.

Occlusion post-opératoire. Injection de sérum salé hypertonique. Guérison. — M. BARTHÉLEMY (de Nancy) observe une occlusion après hernio-laparotomie. Injection de sérum salé hypertonique intraveineuse. Amélioration rapide. Seconde injection le lendemain. Guérison. Il semble que le sérum ait agi sur la musculature gastrique et intestinale.

Chirurgie des voies biliaires. — M. GOSSET retrace à grands traits l'historique de la chirurgie des voies biliaires. M. Gosset, depuis 1919, a opéré 784 cas de lésions biliaires, lui et ses assistants 1.169. Actuellement, M. Gosset estime qu'on peut quelquefois voir les voies biliaires, sans injections opaques, avant l'intervention. Il faut opérer presque tous les ictériques chroniques. Pour les vésiculaires, lorsque ces

(Voir la suite, p. 828.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAITEMENTS ET CLASSES DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DÉSIGNATION	A COMPTER DU 1er juillet 1929.	1er avril 1930.	1er octobre 1930
Professeurs titulaires :			
1re classe	76.000	Sans changement.	90.000
2e classe	64.000	Idem.	72.000
3e classe	54.000	Idem.	62.000
Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences titulaires :			
1re classe	54.000	Sans changement.	62.000
2e classe	49.000	Idem.	55.500
3e classe	43.000	Idem.	49.000
Agrégés chargés d'enseignement et pérennisés (faculté de médecine et faculté de pharmacie)	43.000	Sans changement.	49.000
Agrégés chargés d'enseignement et non pérennisés (faculté de médecine et faculté de pharmacie)	32.000	Sans changement.	36.000
Agrégés non chargés d'enseignement (faculté de médecine et faculté de pharmacie)	19.300	Sans changement.	20.500
Chefs de travaux (faculté de médecine, faculté de pharmacie) :			
1re classe	40.600	Sans changement.	46.000
2e classe	36.800	Idem.	41.000
3e classe	33.000	Idem.	36.000
Assistants (faculté de pharmacie) et préparateurs (faculté de médecine) :			
1re classe	32.500	Sans changement.	36.000
2e classe	29.000	Idem.	32.000
3e classe	25.000	Idem.	28.000
4e classe	22.200	Idem.	24.000
5e classe	18.700	Idem.	20.000
Préparateurs temporaires : indemnité non soumise aux retenues pour pensions civiles	9.350 à 16.205	Sans changement.	10.000 à 18.000
Préciput des doyens des facultés	6.000	Sans changement.	10.000

FACULTÉS DE MÉDECINE DES DÉPARTEMENTS

TRAITEMENTS ET CLASSES DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DÉSIGNATION	A COMPTER DU 1er juillet 1929.	1er avril 1930.	1er octobre 1930.
Professeurs titulaires :			
1re classe	60.000	Sans changement.	70.000
2e classe	54.000	Idem.	62.000
3e classe	49.000	Idem.	55.000
4e classe	43.000	Idem.	49.000
Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences :			
1re classe	43.000	Sans changement.	49.000
2e classe	40.000	Idem.	45.500
3e classe	37.000	Idem.	42.000
Maîtres de conférences stagiaires	26.000	Sans changement.	30.000
Agrégés chargés d'enseignement et pérennisés (facultés de médecine, facultés de pharmacie, facultés mixtes de médecine et de pharmacie)	37.000	Sans changement.	42.000
Agrégés chargés d'enseignement et non pérennisés (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie)	29.000	Sans changement.	33.000
Agrégés non chargés d'enseignement (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie)	13.500	Sans changement.	14.000
Chefs de travaux (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés des sciences, facultés de pharmacie) :			
1re classe	34.800	Sans changement.	39.000
2e classe	31.800	Idem.	36.000
3e classe	28.800	Idem.	33.000
Assistants (facultés de pharmacie) et préparateurs (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie) :			
1re classe	30.000	Sans changement.	33.000
2e classe	27.000	Idem.	29.600
3e classe	24.000	Idem.	26.200
4e classe	21.200	Idem.	22.800
5e classe	18.200	Idem.	19.400
6e classe	15.500	Idem.	16.000
Préparateurs temporaires, indemnité non soumise aux retenues pour pensions civiles	7.750 à 15.000	Sans changement.	8.000 à 16.500
Conservateurs des collections des facultés de médecine :			
1re classe	18.000	18.000	19.000
2e classe	16.600	16.600	17.500
3e classe	15.200	15.200	16.000
4e classe	13.800	14.000	14.500
5e classe	12.400	12.800	13.000
6e classe	11.000	11.500	11.500
7e classe	10.000	10.500	10.500
Préciput des doyens des facultés	5.000	Sans changement.	8.000

(*J. O.*, 29 mai 1930.)

crises se répètent et que le malade maigrit, il faut intervenir, ce qui évitera l'envahissement ultérieur du cholédoque. De petites transfusions peuvent arrêter des hémorragies. Il faut employer l'éther comme anesthésique. M. Gosset a adopté l'incision médiane sus-ombilicale, sauf pour les cholécystostomies. Il donne des indications sur ses principes d'exploration et de technique, et insiste sur les nécessités de garder la vésicule comme soupape de sûreté chez les ictériques non calculeux.

Présentation d'instruments. — M. de Martel présente un instrument sectionnant le crâne rapidement.

Présentations de pièces. — M. Mocquot présente un appendice avec une frange graisseuse tordue.

REVUE DES THÈSES

Le paludisme en Roumanie et sa prophylaxie (1), par le docteur Herscu Herscovici.

La fièvre intermittente est encore actuellement très étendue dans certaines régions de la Roumanie, comme le sud de la Bessarabie, toute la vallée du Siret, du Prut, le côté nord de la vallée du Danube, le nord et l'est de Dobrogda et le delta.

Dans le département de Romanati, les statistiques de 1927 montrent : 1.600 cas de paludisme; à Covurlui, 830 cas en 1926; à Ilfov, 2.374 cas en 1926.

En Bessarabie, à Bender, à Cetatea-Alba, il y a eu plus de 4.679 cas de paludisme en 1925.

Les inondations régulières et très étendues chaque printemps, l'existence de marécages innombrables dans la plaine de la Valachie et la Moldavie entretiennent des gîtes d'Anophèles dans ces contrées.

D'autres régions où on rencontre le paludisme sont : les départements de Roman, Neamtz, Valcea, Falciu, Bacau, Temisuara, Jassi et des cas assez nombreux dans la vallée de Tissa.

Les ravages produits pendant et après la guerre sont incalculables. Immédiatement après l'armistice, les statistiques établies par le Conseil supérieur d'hygiène et de santé publique ont enregistré plus de 40.000 cas de paludisme.

Les mesures à prendre sont :

1° Des grands travaux d'assainissement sur tous les territoires marécageux, dont l'exécution est de très longue durée;

2° La lutte pour la destruction des larves, de leurs gîtes et des Anophèles adultes;

3° Isoler et traiter le malade, et quininisation préventive des hommes sains;

4° La mise en valeur du pays, le développement économique agricole et commercial forment le fondement le plus fort dans la lutte contre le paludisme.

(1) *Thèse de Paris*, 1929.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale, par le docteur François Arnaud, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Marseille. Un volume grand in-8° de 878 pages. — Prix : broché, 80 fr.; relié toile, 95 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA LANGUE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT[1]

TERMINAISON

La mort est l'évolution normale à cette phase.

La durée totale dépasse rarement dix-huit mois à deux ans.

La mort est le fait :

— *D'une complication brutale* telle qu'une hémorragie par ulcération d'un gros tronc artériel; un œdème de la glotte;

— *D'une complication infectieuse* : phlegmons du plancher de la bouche (angine de Ludwig), ou broncho-pneumonies de déglutition (fréquentes) entraînant souvent de la gangrène pulmonaire terminale;

— Parfois mort par cachexie, par anémie progressive à la suite de suintements sanguins répétés.

Il n'y a *jamais de métastases*.

FORMES CLINIQUES

I. **Anatomiques.** — **Cancer de la base de la langue.** — Il est très grave car tardivement reconnu (nécessité de toucher buccal ou de laryngoscopie); il est mal situé, *inaccessible*, dans le sillon glosso-épiglottique, ou glosso-amygdalien, *bilatéral* d'emblée et vite propagé aux piliers, au voile, aux amygdales, au pharynx.

Il s'accompagne d'adénopathies hautes, jugulo-carotidiennes qui peuvent être révélatrices.

Plus grande fréquence dans cette forme de complications pulmonaires, d'hémorragies brutales, d'œdème glottique.

Cancer pelvi-lingual. — Il débute dans le plancher et s'étend rapidement; la langue est fixée de bonne heure. C'est aussi une mauvaise forme à opposer au

Cancer de la pointe. — Longtemps mobile et extirpable.

Cancer amygdalo-glosse. — Les adénopathies sont au premier plan et sont parfois des causes d'erreur. A leur origine, petite ulcération découverte au miroir.

2. **Cliniques.** — Nous citerons simplement :

— Formes à début papillaire, interstitiel;

— Cancer en surface des muqueuses leucoplasiques, récidivant;

— Cancer secondaire à ulcération ancienne, syphilitique, tuberculeuse, nécessité de biopsie;

— Forme hypertrophique, encéphaloïde, d'évolution rapide;

— Forme squirrheuse, atrophique (rare) ;

— Cancer infecté exposant à des complications post-opératoires (cellulite du cou) ;

— Cancer infectant, s'accompagne d'anémie, de fièvre (mauvaise forme).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic reste donc souvent impossible sans la **Biopsie**.

Celle-ci sera large, constituant une véritable *exérèse* chirurgicale. Elle montre un épithélioma, soit baso, soit spinocellulaire ; ce dernier est particulièrement *radio-résistant*.

A. Lorsque la **tumeur n'est pas ulcérée**, le diagnostic se pose avec :

— Les rarissimes tumeurs bénignes de la langue;

— Le sarcome (rare);

— La *syphilis tertiaire scléro-gommeuse* surtout; mais elle réalise des aspects bien connus (langue ficelée, parquetée); les lésions sont diffuses, sans adénopathies; elles surviennent en terrain spécifique (Bordet-Wassermann +).

Cependant on ne peut conclure ni sur le Bordet-Wassermann ni sur un traitement d'épreuve qui donne un coup de fouet au cancer : d'où nécessité de la biopsie en cas de doute.

B. Lorsque la **tumeur est ulcérée** :

— L'ULCÉRATION DENTAIRE n'est pas creusante, extensive; elle est douloureuse et non indurée; elle siège en regard d'un chicot, dont l'avulsion doit la guérir. Sinon, penser à la cancérisation secondaire et faire une biopsie.

— LA SYPHILIS. — Parfois une plaque muqueuse hypertrophique; parfois un *chancre hypertrophique ou scléreux*; enfin la *gomme ulcérée*, mais elle est arrondie, taillée à pic, ne saigne pas; il s'en écoule un liquide gommeux.

— LA TUBERCULOSE. — Elle ne se voit qu'à la période terminale (diagnostic facile).

— LES MYCOSES (actinomycose surtout) seront reconnues à leurs grains jaunes et par le laboratoire; le traitement d'épreuve au KI est dangereux.

Diagnostic d'opérabilité. — Il se posera avant tout sur l'*extension des lésions* :

1. EXTENSION LOCALE. — Palper soigneusement la tumeur entre deux doigts; explorer au toucher la base de la langue, le côté opposé dont l'envahissement est retardé par le septum; les amygdales et les piliers, le plancher de la bouche et le maxillaire.

Explorer la mobilité de la langue (protraction vite limitée).

2. EXTENSION PARALOCALE. — Rechercher les adénopathies, souvent bilatérales, parfois pseudo-inflammatoires, fixées (danger de cellulite).

Enfin, l'état général peut être une source de contre-indications opératoires (cancéreux blancs).

TRAITEMENT

Le traitement reste mixte, c'est la *radiumchirurgie*; peut-être à l'avenir sera-t-il purement radiumthérapique.

1. **Précocement** et dans les formes limitées du début, la biopsie large, pratiquée après traitement désinfectant de la bouche, sous anesthésie régionale ou générale, et suivie toujours de curage ganglionnaire, est le traitement de choix.

2. **Plus tard** de graves difficultés apparaissent (extension, septicité du milieu, gravité de l'intervention).

L'intervention en deux temps : 1° temps ganglionnaire et vasculaire (ligature de la carotide externe); 2° temps buccal, septique, expose à de graves complications :

Choc opératoire;
Cellulite du cou;
Broncho-pneumonie.

La mortalité est élevée (30 p. 100), d'autant plus que le cas est plus avancé, et quelle que soit la voie employée (voie buccale ou incision stellaire externe de Morestin).

Aussi la *radiumthérapie* est-elle souvent préférée dans les cas limites, avec ou sans curage ganglionnaire préalable.

Elle consiste en applications d'aiguilles ou d'appareils moulés, ceux-ci surtout sur les régions ganglionnaires.

Elle se heurte à la radiorésistance de certains cancers (spino-cellulaires) et expose dans ce cas à la radio-nécrose du maxillaire, que l'on a pu partiellement réséquer préventivement.

D'autres interventions peuvent également être indiquées : soit opérations de propreté, soit opérations analgésiantes (alcoolisation du nerf maxillaire inférieur).

Dans l'ensemble les résultats sont d'autant meilleurs que le malade est traité plus tôt. Une survie de trois ans est synonyme de guérison.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 43, p. 794.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Délirants, par le docteur R. MALLET, médecin inspecteur des Asiles, expert près les Tribunaux. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 106 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Les Consultations journalières. **Intestins**, par le docteur M. DELORT, médecin de l'hôpital Saint-Michel. Un vol. in-16 de 540 pages avec 94 figures dans le texte et 19 planches hors texte. Prix : 40 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

[illegible] — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES [illegible] jury est définitivement composé de MM. [illegible] Renault, Achard, Debré, René Bénard, [illegible] Herscher, Cain, Guin[illegible].

HÔPITAUX DE [illegible] BORDEAUX. — M. Villar, nommé chirurgien a[illegible] des hôpitaux, est affecté à l'hôpital des Enfants.

M. Jean Chavannaz, chirurgien adjoint à l'hôpital des Enfants, passe à l'hôpital Saint-André.

— BOURGES. — L'Hôtel-Dieu de Bourges demande étudiant nationalité française (16 à 20 [illegible]) fonctions d'interne.

Conditions : traitement 5.000 fr. Nourri, [illegible] éclairé.

S'adresser à l'Econome, secrétaire des hospices de [illegible].

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du professorat. — Epreuve orale de physiologie.* — Séance du 2 juin. — MM. Blondin (Marcel), Sauvage, Merle et Blondin (Sylvain), 17; Funck-Brentano et Patel, 16.

— *Concours de l'adjuvat.* — *Epreuve de dissection.* — Séance du 4 juin. — MM. Gosset, 30; Maës, 27; Longuet, 28; Audouin, 26,5; Dreyfus, 26; Vuillième, 25,5; Hussenstein et Luzuy, 25; Baumann, 24.

Total des points : MM. Gosset, 77; Longuet, 71; Maës, 70; Audouin, 69,5; Dreyfus, 67; Vuillième, 66,5; Hussenstein et Luzuy, 65; Baumann, 64,5.

Sont proposés : MM. Gosset, Maës, Longuet, Audouin et Dreyfus.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — En remplacement de M. Lindet, décédé, l'Académie vient d'élire, dans la section d'économie rurale, M. Louis Lapicque, membre de l'Académie de médecine et professeur à la Sorbonne où il a succédé au physiologiste Dastre.

LA MUNICIPALITÉ DE PARIS OFFRE UNE ÉPÉE D'ACADÉMICIEN A M. LOUIS MOURIER. — Lundi soir, en une cérémonie intime, à l'Hôtel de Ville, la municipalité de Paris a offert au docteur Louis Mourier, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, une épée d'honneur, due à l'artiste André Falize, à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de médecine.

On remarquait dans l'assistance les sénateurs et députés de la Seine; M. le professeur Ménétrier, président de l'Académie de médecine et un grand nombre de ses collègues : MM. Roger, Strauss, Achard, Léon Bernard, Fernand Bezançon, Carnot, de Lapersonne, Dopter, Roussy, Pierre Teissier, Vincent; le médecin général Cadiot, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris; M. Liard, secrétaire général de la préfecture de police, représentant M. [illegible], absent de Paris.

Un discours [illegible] par M. d'Andigné, président du Conseil municipal, [illegible] le labeur persévérant du nouvel académicien dans l'accomplissement de sa tâche de sol[illegible]iale.

Le [illegible] de la Seine [illegible] de M. d'Andigné.

Après quelques mots [illegible] Ménétrier au nom de l'Académie de médecine, M. Louis Mourier, très ému, remercia en [illegible] termes la Ville de Paris et ses [illegible] de perfectionner encore [illegible] l'Assistance publique de Paris.

[illegible] SANITAIRE ET HYGIÈNE SPÉ[illegible]. — L'Institut de technique sanitaire et [illegible] industries, organisme d'Etat rattaché au [illegible] national des Arts et Métiers et destiné à la

formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études reçoivent un diplôme d'Etat : Brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres sont admis sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement est gratuit.

Sa durée est limitée à trois mois de façon à permettre aux élèves de province de le suivre sans séjourner trop longtemps à Paris.

Les candidats qui ne peuvent résider à Paris pendant trois mois consécutifs peuvent être autorisés à répartir leur scolarité sur deux années.

Les demandes adressées dès maintenant donnent la priorité d'inscription dans l'ordre chronologique de réception.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut au Conservatoire national des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (IIIe).

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE. — COURS DE REVISION EN DIX LEÇONS. — M. le professeur Mauclaire commencera ce cours le mardi 17 juin, à 17 h., amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : Principales difformités du tronc et des membres. — Présentation de nombreuses radiographies.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 10 au 23 juin 1930. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 1/2 à 16 h.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : cytologie, tissus et organes.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Ces travaux sont destinés notamment aux étudiants qui n'ont pu suivre régulièrement les travaux pratiques et ont un nombre d'absences empêchant la validation de ces travaux.

Le droit d'inscription est de 250 fr.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de laboratoire.* — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie sera fait à partir du vendredi 13 juin par M. le docteur Renard, chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique de la Faculté (Hôtel-Dieu).

Ce cours comprendra deux séries de six leçons suivies d'exercices pratiques au cours desquelles les élèves seront appelés à faire eux-mêmes toutes les manipulations de laboratoire.

Droit de laboratoire pour chacune des deux séries : 175 fr.

Le nombre d'auditeurs étant limité, il est bon de s'inscrire à l'avance au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., ou à la salle Béclard, tous les jours non fériés, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, Magitot, Bollack et Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le mardi 17 juin, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL TENON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DE L'ENDOCARDE, DU PÉRICARDE, DU MYOCARDE, DE L'AORTE ET DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — Ce cours, qui aura lieu du 10 au 21 juin 1930, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. Haguenau, médecin des hôpitaux; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service; H. Welti, prosecteur, chef de clinique chirurgicale; Gilbert-Dreyfus et P. Puech, anciens internes du service; Mme Barras (de Bucarest), assistante du service; Marchal, assistant d'électro-radiologie du service; P. Merklen, interne du service.

Tous les matins, à 10 h., conférence clinique avec projections; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midis, à 15 h. et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections; à 16 h., démonstration pratique (exercices cliniques d'auscultation sur les maladies ayant fait l'objet des conférences, sphygmomanométrie, électrocardiographie, radiologie).

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours, ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies; 2° grands syndromes cardiaques; 3° endocarde, pericarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire; 4° artères, veines et capillaires. Le cours de novembre 1930 portera donc sur les maladies des artères, des veines et des capillaires.

S'inscrire auprès du docteur Blondel, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. — Droit d'inscription : 250 fr.

VERNISSAGE DU XIe SALON DES MÉDECINS. — Il aura lieu le 15 juin, à 14 heures, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, et sera inauguré par M. Doumer, président du Sénat. Outre les nombreuses et intéressantes œuvres de confrères, il comportera une section spéciale : La Médecine et le Médecin vus par les humoristes, comprenant une série d'œuvres de ces artistes consacrés : Barrère, Jonas, Léandre, Villa. Une collection d'ex-libris médicaux sera également adjointe. Enfin, un banquet clôturera cette exposition auquel on pourra s'incrire le jour de son ouverture et pendant toute sa durée. Tous les médecins, pharmaciens, stomatologistes, étudiants et leurs familles sont gracieusement conviés à visiter ce Salon du 15 au 23 juin inclus.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Carrier (de Lyon), Auguste Denis (de Dieppe), Maurice Griollet (de Barjac, Gard); Puig, stomatologiste des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de stomatologiste; Lalanne (de Maréville).

**

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1929

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT

CHEF CHEF ADJOINT

DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

OS. ARTICULATIONS

L'exploration radiologique du massif pétro-mastoïdien. Valeur de l'incidence fronto-sous-occipitale. (WORMS et BRETTON. *Journ. de radiol.*, janv. 1929.) — Des différentes méthodes et incidences préconisées pour l'exploration radiologique du massif pétro-mastoïdien, les auteurs en retiennent plus spécialement trois :

1. Plan saggital : mastoïde en profil défilé.
2. Plan horizontal : vertex-plaque ou menton-plaque.
3. Plan frontal postérieur : incidence fronto-sous-occipitale.

C'est à cette dernière surtout qu'ils donnent la préférence, en raison de sa simplicité d'application qui n'oblige à aucune position pénible pour le malade (simple hyperfléchissement de la tête), et aussi en raison de l'obtention simultanée des deux massifs pétro-mastoïdiens sur le même film. Il en résulte une très grande facilité doublée d'une rigoureuse exactitude dans la lecture du cliché et la comparaison des deux régions examinées. Cette technique permet non seulement l'étude des cellules mastoïdiennes, mais encore celle du rocher et des fractures de l'étage postérieur restées souvent méconnues.

On obtient enfin, par ce procédé, une image de tout l'occipital, y compris le trou occipital et les condyles.

Exploration lipiodolée rachimédullaire et cranio-cérébrale. (HAGUENAU et GALLY. *Journ. de radiol.*, juillet 1929.) — De l'avis des auteurs eux-mêmes l'exploration lipiodolée cranio-cérébrale, très intéressante au point de vue expérimental, ne peut cependant entrer encore dans la pratique courante.

Par contre, elle garde un intérêt considérable dans l'étude des compressions médullaires.

Que l'on utilise la *voie haute* par introduction du lipiodol dans la cavité médullaire au-dessus du siège présumé de la lésion, ou la *voie basse* par injection au-dessous du siège de la compression et en basculant ensuite le malade à l'aide d'un dispositif spécial ; c'est l'étude du cheminement de la bille lipiodolée et ses arrêts (franc, en chapelet, en gaine) qui permettra de diagnostiquer plus sûrement et plus précocement que par le seul examen clinique le siège de la compression.

C'est dire qu'il faut pratiquer l'épreuve lipiodolée avant toute intervention rachidienne pour exérèse tumorale, dans les algies persistantes qui ne font pas leurs preuves surtout si elles sont fixes et bilatérales, enfin dans toutes les paraplégies dont l'étiologie n'est pas évidente.

Cf. — La ventriculographie. (COSSA. *Gaz. méd. de France*, mars 1929.)

L'épreuve de l'encéphalographie artérielle dans le diagnostic de quatre cas de tumeurs cérébrales opérées. (Eg. MONIZ, PINTO et LIMA. *Presse méd.*, 17 avril 1929.)

L'encéphalographie. Considérations radiologiques et cliniques au sujet de son emploi. (Henry K. PANCOAST et TEMPLE FAY. *Amer. Journ. of Rœntg. and Radioth.*, mai 1929.)

Etude clinique et radiologique des ostéites condensantes bénignes (ostéites picnotiques). (P.-M. BERNARD. *Th. de Paris*, 1929.) — Les ostéites condensantes bénignes de Sicard, ou ostéites picnotiques, à localisation coxale ou vertébro-coxale, correspondent à un syndrome clinique douloureux avec condensation osseuse caractéristique précoce et altération histologique de l'os qui permettent de les considérer comme une entité pathologique spéciale et de les différencier d'une façon catégorique des ostéites condensantes malignes bien connues à l'heure actuelle ainsi que des ostéites bénignes (syphilitiques, tuberculeuses ou autres).

Ce processus de condensation est caractérisé par une hypercalcification osseuse régulière sans modification de la silhouette ou des contours de l'os, sans phénomènes de périostite, sans aspérités ni proliférations ostéophytiques, sans aucune destruction ni fonte ; il n'existe pas non plus d'altération des articulations de voisinage.

C'est l'examen radiologique seul qui permet d'en faire le diagnostic, d'où l'intérêt qu'il y a à radiographier systématiquement tous les malades présentant un syndrome douloureux lombo-cruro-sciatique.

La maladie de Kohler Stieda. Etude radiologique. (Marg. KAUFMANN. *Th. de Paris*, 1929.) — La maladie de Kohler Stieda est caractérisée par l'apparition posttraumatique d'une ombre osseuse en regard du condyle fémoral interne. L'ombre peut être due, soit à un fragment d'os après fracture, soit à l'ossification posttraumatique de tissus périarticulaires ossifiables, vraisemblablement le ligament latéral interne partiellement arraché.

C'est une découverte de radiographie, la symptomatologie clinique de cette affection restant très fruste.

Peu justiciable de l'intervention chirurgicale elle est généralement améliorée par la physiothérapie, et semblerait relever également de la radiothérapie, au même titre que certains ostéomes posttraumatiques.

TUBE DIGESTIF

Les signes radiologiques de la colite tuberculeuse. (S. BONNAMOUR, A. BADOLLE et P. BERNAY. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 août 1929.) — Les signes radiologiques observés dans la colite tuberculeuse sont de deux sortes :

Signes indirects, fonctionnels fournis par l'étude du transit intestinal et caractérisés par la stase iléale, surtout par l'hyperkinésie colique au niveau du segment intéressé, la muqueuse lésée se défendant contre l'imprégnation barytée.

Signes directs, morphologiques donnés par l'image colique elle-même : celle-ci prend parfois, au début surtout, un aspect vacuolaire, beaucoup plus que lacunaire proprement dit, la bouillie opaque n'imprégnant que très imparfaitement, en « traînées » filiformes, le segment atteint de colite.

Parfois aussi on peut assister à un remplissage plus complet du côlon dont les contours sont alors déformés, irréguliers, déchiquetés, dentelés même, ou au contraire rigides dans certaines formes infiltrantes.

Enfin on peut voir, dans les formes iléo-cæcales au début, l'existence au niveau même de l'implantation iléale, d'une dépression profonde parfois régulière en forme de cupule ou d'encoche, parfois irrégulière au fond de laquelle s'abouche l'iléon; cet aspect très particulier peut s'accompagner également d'un aspect effilé de la fin du grêle, au niveau duquel s'observent quelquefois des phénomènes de péristaltisme iléal net.

La diverticulose. (PAUCHET. *XXXVIIIe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, Paris, oct. 1929.) — La diverticulose est due à la présence, échelonnées le long des bandes longitudinales du côlon, de saillies arrondies dues à des hernies de la muqueuse à travers la paroi musculeuse de l'intestin.

Ces diverticules ont un volume variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette.

La symptomatologie clinique en est assez fruste. C'est l'examen radiologique qui fera généralement le diagnostic. Le côlon doit être préparé par de grands lavements destinés à bien vider les diverticules de leur contenu fécal. Le lavement opaque sera ensuite donné lentement. (L'auteur préfère cette méthode à celle du repas opaque.) On pourra alors voir :

— Soit des images diverticulaires vraies, flanquant le côlon gauche : cet aspect est caractéristique;

— Soit un aspect « en dent de scie » (de Quervain), en « accordéon » qui sans être pathognomonique (on peut le rencontrer également, mais plus limité, au voisinage d'un rétrécissement cancéreux ou tuberculeux) doit faire envisager cependant la possibilité d'une diverticulose et rechercher avec soin les protubérances arrondies qui marquent les diverticules.

Cf. — Diagnostic et traitement des diverticules du côlon. (V. PAUCHET. *La Pratique chirurgicale illustrée*, 1929.)

Etude radiologique des diverticules du côlon. (J. T. CASE. *Amer. Journ. of Rœntg. and Radioth.*, mai 1929.)

La vésicule biliaire. Sa topographie radiologique et clinique. Son exploration par le palper abdominal. (CHIRAY, LOMON et ALBOT. *Presse méd.*, 6 nov. 1929.) — Grâce à la cholécystographie, nous savons que la topographie de la vésicule sur le vivant est bien différente de celle que nous ont enseignée les anatomistes.

Suivant les positions du corps, la situation et les rapports de la vésicule sont très variables sur le sujet normal; ils peuvent également varier d'un sujet à l'autre suivant sa conformation physique. Enfin, les organes de voisinage (côlon en particulier) peuvent par leur présence modifier la topographie vésiculaire.

Quoi qu'il en soit, la cholécystographie montre généralement qu'en décubitus ventral la vésicule occupe une situation verticale intermédiaire à celle qu'elle présente dans la station debout (verticale basse) et en décubitus dorsal (oblique parallèlement au bord inférieur du foie).

On peut connaître également par les cholécystographies de profil les rapports de la vésicule (col ou fond) avec la paroi abdominale.

On comprend tout l'intérêt que peut tirer la clinique de ces notions nouvelles de topographie pour l'exploration de la vésicule et la recherche des points douloureux.

Cf. — La contraction de la vésicule biliaire prise « sur le fait ». (CHIRAY et LOMON. *Presse méd.*, 11 déc. 1929.)

La cholécystographie. Conclusions d'une statistique de 506 cas. (J. GARCIN. *Soc. de radiol.*, 3 nov. 1929.) — Les échecs et les erreurs que l'on a pu reprocher à la cholécystographie relèvent le plus souvent d'un défaut de technique ou d'interprétation et non pas de l'insuffisance d'une méthode d'exploration qui a conquis une place de premier ordre en radiologie.

L'auteur reste fidèle à la technique de l'*ingestion* du tétraiode treize heures avant l'examen et s'abstient de toute préparation compliquée qui n'élève nullement le pourcentage du résultat positif (88 p. 100).

L'interprétation la plus délicate est celle qui a trait à la vésicule invisible; si l'examen clinique et la recherche des signes radiologiques indirects (examen de l'estomac, du duodénum et du côlon droit) sont en faveur d'une cholécystite, il y a toute chance pour que la vésicule non injectée par le tétraiode soit une vésicule malade et les causes d'erreur restent bien minimes.

Il ne faut donc pas hésiter à recourir à cette très intéressante méthode qui constitue de plus une épreuve fonctionnelle souvent fort instructive.

Cf. — La cholécystographie par la voie buccale; ses échecs, ses erreurs. (J. GARCIN. *Sud méd. et chir.*, 15 mai 1929.)

Cholécystographie. (GARRAT HARDMANN [Dublin]. *Brit. med. Journ.*, 9 mars 1929.)

Que faut-il penser de la cholécystographie? (J. T. CASE. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 26 janv. 1929.)

L'interprétation des examens cholécystographiques. (J. T. CASE. *Ann. of surg.*, fév. 1929.)

Etude radiologique des rétrécissements du rectum et de l'anse sigmoïde. (BENSAUDE, AIMÉ et MARCHAND. *Soc. de gastro-entérologie*, 11 fév. 1930.) — Alors que les néoplasmes recto-sigmoïdiens donnent des images lacunaires typiques et généralement faciles à mettre en évidence, les rétrécissements inflammatoires simples qu'envisagent les auteurs dans leur communication sont, du fait de la rigidité des parois, de leur sensibilité, de leur intolérance pour le liquide opaque, moins aisés à étudier et à fixer par une radiographie. Il y a avantage à pouvoir prendre celle-ci pendant l'administration même du lavement. Les images ainsi obtenues sont caractéristiques : les contours arrondis disparaissent, il n'y a plus que des lignes droites. Quand il siège sur le segment rectal, le rétrécissement prend fréquemment un aspect rectiligne « en carotte » tout à fait particulier. Plus haut, les sinuosités du sigmoïde, de par leur rigidité se dessinent « en équerre ». Il est important de connaître ces déformations très différentes des lacunes néoplasiques.

Diagnostic radiologique de l'ulcus duodénal de face. (R.-A. GUTMANN et R. JAHIEL. *Soc. de gastro-entérologie*, 14 janv. 1929.) — L'ulcère du duodénum ne se manifeste pas uniquement par les déformations, actuellement bien connues, de ses bords. On peut également observer sur les radiographies en série du bulbe des images différentes siégeant sur ses faces et en particulier la niche de face.

Tantôt cette niche se traduira par une tache opaque persistante se détachant sur le fond clair des faces du bulbe dont seuls les contours sont plus ou moins complètement dessinés; parfois la tache est suffisamment opaque pour trancher sur le halo d'un bulbe mieux injecté; dans d'autres cas encore la niche se verra au centre d'une image étoilée constituée par les replis de la muqueuse convergeant vers la lésion.

Certaines techniques de compression permettent, en provoquant l'évacuation du bulbe, de faire apparaître artificiellement l'image de la niche de face.

Anatomiquement cette niche qui marque bien l'emplacement même de la lésion ulcéreuse est un diverticule préulcéreux.

Cet aspect particulier et tout à fait caractéristique d'un ulcus duodénal échappe naturellement au seul examen radios-

copique et ne peut être mis en évidence que par les radiographies en série du duodénum.

Cf. — Valeur diagnostique et signification de la niche dans l'ulcère de face. (R.-A. GUTMANN et JAHIEL. *Soc. de radiol.*, 9 avril et 11 juin 1929.)

Les grands syndromes douloureux de la région épigastrique, étude clinique, radiologique et thérapeutique. (R.-A. GUTMANN. Paris 1929, Doin, édit.)

Utilité de la compression, efficacité d'une technique simple dans le radio-diagnostic des lésions bulbaires et jéjunales. (LEDOUX-LEBARD et Garcia CALDERON. *Soc. de radiol.*, avril 1929.)

Les images d'évacuation et le diagnostic de précision dans l'examen radiologique du tube digestif. (LEDOUX-LEBARD et Garcia CALDERON. *Soc. de radiol.*, nov. 1929.)

Le diagnostic radiographique de l'ulcère des faces du bulbe duodénal. (Gaston DURAND. *Soc. de gastro-entérologie*, 10 juin 1929.)

L'image étoilée signe direct d'ulcus. (CARNOT et DIOCLÈS. *Paris méd.*, 2 fév. 1929.)

L'image radiographique d'infraversion des deux premières portions du duodénum. (BRETON, BARRET et BLONDEAU. *Journ. de radiol.*, sept. 1929.) — Les auteurs distinguent l'« *infraversion* » qui est due à la ptose viscérale, du « *duodénum mobile* » consécutif à un défaut congénital d'accolement duodéno-pancréatique.

Dans l'infraversion, le pylore est abaissé ; le duodénum se porte d'abord à droite, décrivant une courbe à concavité inférieure, dont l'extrémité est située à droite de la colonne : il y a là de la stase. Puis il monte verticalement le long de la colonne, traverse la ligne médiane un peu obliquement en haut et à gauche et redescend ensuite le long du flanc gauche de la colonne pour se continuer par le jéjunum ; dans l'ensemble le duodénum paraît complètement inversé.

Cette disposition particulière semble due surtout à la traction exercée sur les deux premières portions du duodénum par la ptose gastro-colique et en partie aussi à la laxité considérable des attaches du pancréas ; elle disparaît presque entièrement dans le décubitus ventral.

Cette image est d'une extrême fréquence ; les malades chez qui on la rencontre présentent des troubles cliniques importants que rien d'autre n'explique ; cette affection mérite donc d'occuper une large place dans la pathologie duodénale.

Cf. — Le duodénum mobile en radiologie clinique. (DUVAL et BÉCLÈRE, 23 mars 1929.)

Le diagnostic radiologique de certaines anomalies duodénales ; leur importance clinique et thérapeutique. (WANCKE [Kiel]. *Forts. a. d. G. d. Rœntg.*, 2 fév. 1929.)

Les compressions extrinsèques du tube digestif. (BRUNET. *Th. de Paris*, 1929.) — Dans cette étude radiologique, d'où sont exclues volontairement les déformations dues aux altérations pariétales ou aux lésions adhérentielles, l'auteur passe en revue tous les aspects anormaux — et ils sont nombreux — que peut présenter le tractus digestif du fait d'une augmentation de volume permanente (tumeur du pancréas par exemple) ou passagère (aérocolie) d'un organe de voisinage. Il y a dans ces déformations gastro-intestinales par simple compression extrinsèque, de multiples causes d'erreurs qu'il est indispensable de connaître, comme aussi de précieuses indications, qui mettront fréquemment sur la voie du diagnostic.

Diagnostic radiologique de la sténose du pylore chez les nourrissons. (MAHAR. *La Consultation*, déc. 1929.) — Bien que peu fréquente, la sténose par hypertrophie de l'anneau musculaire du pylore est une affection à laquelle il faut toujours penser en présence de vomissements précoces chez les nourrissons.

L'importance du diagnostic est considérable, puisqu'il conduit à une intervention libérative seule capable de rétablir la perméabilité du conduit et de sauver l'enfant.

Cliniquement on distingue deux formes évolutives de la sténose hypertrophique du pylore : la forme aiguë, précoce, particulièrement grave, et la forme chronique à évolution lente.

Radiologiquement, la sténose hypertrophique du pylore est caractérisée par :

a. Le retard considérable du début du transit pylorique.

b. Le passage goutte à goutte, avec régularité, du contenu gastrique, qui ne permet cependant pas à l'estomac de se vider, quel que soit le délai. Ce symptôme peut s'observer à l'examen radioscopique, mais il est préférable de l'étudier par des radiographies successives prises de quinze en quinze minutes.

c. La répétition de ces caractères dans des examens successifs.

Cf. — Etude radiologique de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. (LIGNIÈRES [Béziers]. *Soc. de radiol. du Littoral méditerranéen*, 26 mai 1929.)

Pseudo-sténose du pylore chez le nourrisson. (TERRIEN. *Soc. de pédiatrie*, 19 nov. 1929.)

POUMONS. CŒUR

Etude radiologique des pachypleurites. (G. CHAUMET. *La Science médicale pratique*, oct. 1929.) — L'auteur envisage deux ordres de signes radiologiques de pachypleurite :

Signes directs. — La notion qui est à la base du diagnostic radiologique des pleurites c'est l'uniformité, l'homogénéité de leur image ; alors que les altérations parenchymateuses se traduisent par des taches, des pommelures, par des inégalités de teinte et des irrégularités de contours, les manifestations pleurales donnent naissance à un voile, tantôt étendu « en nappe », tantôt linéaire « en bande », soit verticale, soit horizontale, soit oblique. D'où l'absolue nécessité de compléter l'examen radioscopique — indispensable pour l'étude de la cinématique thoracique et l'exploration du thorax sous des incidences variées — par une radiographie de contrôle qui, seule, permettra d'affirmer l'uniformité, l'homogénéité du voile.

Il reste toutefois difficile dans certains cas de dire s'il s'agit d'une mince nappe de liquide ou d'un épaississement pleural.

L'auteur décrit également des *signes indirects*, auxquels il attache une grande importance et qui ont pour base des phénomènes de rétraction : rétraction costale, rétraction médiastinale, rétractions diaphragmatiques, symphyses.

Etude radiologique et anatomique du médiastin. Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique. (Ch. LESTOCQUOY et R. LEHMANN. *Journ. de radiol.*, juin 1929.) — La radiographie du thorax de face ne renseigne que très imparfaitement sur les masses ganglionnaires intertrachéo-bronchiques.

La radiographie prise en oblique marque toujours dans la partie moyenne du médiastin des ombres massives, mal limitées, à contours flous, sur la valeur desquelles il est impossible de se prononcer. Ces ombres, dues au passage des gros vaisseaux pulmonaires droits et notamment au confluent des veines pulmonaires droites dans l'oreillette gauche, empêchent d'affirmer ou d'infirmer un diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, en dehors des cas où il s'agit de véritable tumeur du médiastin.

La radiographie prise de *profil* sur un sujet indemne d'adénopathie trachéo-bronchique ne montre plus d'images capables d'induire en erreur, mais seulement des ombres linéaires d'interprétation facile et qu'il est aisé de rapporter

à des ombres vasculaires. Alors qu'une radiographie prise en O. A. D. permet l'hésitation et peut faire croire à une adénopathie qui n'existe pas, la radiographie de profil laisse clair le médiastin du sujet sain.

C'est donc à la radiographie strictement de profil qu'il faudra recourir pour dépister l'adénopathie médiastinale.

Cf. — Etude critique de la séméiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance. (ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et VIBERT. *Presse méd.*, 28 sept. 1929.)

Considérations générales sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (LESTOCQUOY. *Monde méd.*, oct. 1929.)

Interprétation des radiographies dans l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (HAWES et RIEDMANN. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 23 fév. 1929.)

Le lipiodol dans les poumons. (REYNES [Leysin]. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Le Havre, juillet 1929.) — Parmi les différentes techniques proposées pour faire pénétrer le lipiodol dans les bronches, l'auteur donne la préférence à l'injection par la voie laryngée, à l'aide d'une sonde molle, après cocaïnisation de la glotte, de la bronche et de tout le territoire à injecter. Il est indispensable d'incliner le malade du côté de la région à examiner.

Il ne faut pas se contenter d'une seule radiographie et prendre au contraire des clichés en série toutes les trois ou quatre minutes pendant vingt minutes pour suivre l'écoulement du lipiodol jusque dans les alvéoles.

L'image radiologique du poumon normal varie suivant le moment où elle a été fixée sur le film; toutefois, la non-pénétration du lipiodol dans les alvéoles, vingt minutes après l'injection, est la preuve à la fois d'une altération au niveau des bronches et d'une altération du tissu pulmonaire.

Le gros intérêt du lipiodol est dans le diagnostic des bronchectasies qui, sans cet artifice, ne donnent pas d'images radiologiques précises. Le lipiodol peut également remplir la cavité d'un abcès pulmonaire; par contre, il pénètre rarement dans les cavernes tuberculeuses et peut être utilisé ainsi pour le diagnostic différentiel. Il peut servir aussi à déterminer la présence d'une tumeur du poumon et à la localiser.

Il faut savoir que sans présenter de réels dangers le lipiodol intrapulmonaire offre cependant quelques inconvénients : il est à déconseiller, en particulier chez les tuberculeux avérés et dans les suppurations putrides du poumon.

Cf. — Les aspects radiologiques de la dilatation des bronches. (DUHEM. *Paris méd.*, 2 fév. 1929.)

La radiographie du poumon normal après injection de lipiodol et le diagnostic des petites dilatations bronchiques. (BONNAMOUR et BADOLLE. *Presse méd.*, 6 fév. 1929.)

La radiographie du poumon normal après injection de lipiodol et le diagnostic des petites dilatations bronchiques. (SERGENT et COTTENOT. *Presse méd.*, 13 avril 1929.)

Les aspects radiologiques des suppurations pulmonaires. Le lipiodo-diagnostic. (BEZANÇON et AZOULAY. *La Médecine*, juin 1929.)

Les éléments du diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires. (F. BEZANÇON. *La Médecine*, mai 1929.)

Les abcès du poumon à pyogène, étude anatomo-clinique, pronostic et traitement. (A. JACQUELIN. *La Médecine*, mai 1929.)

Contribution à l'étude radiologique des opacités arrondies intrathoraciques. (G. PEUTEUIL. *Th. de Paris*, 1929.) — Les conditions physiques du milieu pulmonaire sont telles que les processus pathologiques qui s'y développent tendent à prendre une forme plus ou moins sphérique.

Les affections intrathoraciques entraînent des modifications de la densité pulmonaire; celles qui l'augmentent se traduisent aux rayons par des images opaques.

Le caractère « opacité arrondie » dépend donc autant des conditions du milieu que de la nature même de l'affection causale; de telles images peuvent donc être réalisées par des affections très diverses.

Devant une opacité arrondie, l'argument de fréquence joue d'abord en faveur d'une tumeur maligne. C'est seulement secondairement et par élimination qu'on envisage la possibilité d'un kyste hydatique.

Au diagnostic des opacités arrondies intrathoraciques, l'exploration radiologique apporte la précocité de la découverte et la précision topographique et morphologique; mais elle n'est dans la règle que d'un faible secours pour le diagnostic de nature qui ne sera fait souvent qu'à l'intervention ou à l'autopsie.

L'observation radiologique prend donc place à côté de l'observation clinique et des examens de laboratoire; le diagnostic est fait de la combinaison de ces rapports respectifs.

Cf. — La radiographie des kystes hydatiques du poumon. (J. HUGUET. *Marseille méd.*, 15 sept. 1929.)

Les néoplasmes du poumon. (T. S. HUNT. *Lancet*, 13 avril 1929.)

Les kystes hydatiques du poumon. (R. FINOCHIETTO. *Semana med.*, 21 mars 1929.)

A propos du diagnostic radiologique du cancer du poumon. (BELOT. *Bull. du cancer*, 15 avril 1929.)

L'amibiase pulmonaire. (BERNARD. *La Médecine*, mai 1929.)

Le cancer cavitaire du poumon. (Ch. ROUBIER. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 oct. 1929.) — Il n'est pas rare que le cancer primitif du poumon devienne au cours de son évolution le siège de zones de nécrose plus ou moins étendue avec fonte purulente donnant à l'examen radiologique une image hydroaérique susceptible d'égarer le diagnostic en faisant penser à un abcès du poumon ou à une pleurésie purulente enkystée. Son siège d'élection est le lobe supérieur du poumon.

Sa tendance progressive à l'extension, la densité du bloc pulmonaire environnant et quelquefois la constatation de métastases à distance peuvent permettre d'en reconnaître la nature véritable. Seule la biopsie directe ou d'un ganglion pariétal apportera un élément de diagnostic certain.

Cf. — Sur le diagnostic des cavernes cancéreuses du poumon. (AMEUILLE et HUGUENIN. *Soc. de méd. des hôpit.*, 29 nov. 1929.)

Etude radiologique des stases veineuses pulmonaires : séméiologie et traitement. (LAUBRY, CHAPERON et SÉJOURNE. *Presse méd.*, 21 déc. 1929.) — L'examen radiologique du thorax est un des meilleurs moyens de diagnostiquer la congestion dite passive en révélant l'image de la stase sanguine avant même qu'elle ne donne de signes cliniques.

De la description désormais classique que Delherm et Chaperon ont donnée du hile normal, il résulte que sur le sujet sain, les veines pulmonaires sont invisibles. Par contre, dès que la circulation pulmonaire devient difficile, la stase veineuse, qui en est la conséquence immédiate, se traduit à l'écran radioscopique par une modification de l'ombre hilaire normale, qui apparaît volumineuse, de contours flous, de structure irrégulière, mais cependant constituée presque uniquement par des entrecroisements vasculaires; en même temps, on constate une diminution accusée de la transparence de la partie moyenne des deux poumons. Il s'y ajoute également un autre signe radiologique de grande valeur, c'est la dilatation de l'oreillette gauche, souvent visible de face mais qu'il faudra surtout rechercher en oblique postérieur gauche, ou mieux en transverse gauche.

C'est le rétrécissement mitral qui est la cause la plus importante du syndrome stase veineuse et dilatation de l'oreillette gauche. Toutefois, certaines compressions, un épanchement

péricardique abondant, l'évolution d'une grossesse chez une cardiopathe, peuvent également réaliser ce syndrome.

GYNÉCOLOGIE, VOIES URINAIRES

L'exploration de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. (G. COTTE. [de Lyon]. Rapport au *Congrès pour l'avancement des sc.*, Le Havre, juil. 1929.) — L'examen radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol ne présente plus aujourd'hui aucune difficulté technique ni aucun inconvénient sérieux.

C'est un examen toutefois qu'il ne faut pas pratiquer à la légère et qu'il faut réserver aux cas très particuliers où, après examen clinique complet et minutieux, il est reconnu susceptible d'apporter des données nécessaires et indispensables tant au point de vue diagnostique que thérapeutique.

Contre-indiqué dans la grossesse, il est intéressant, par contre, dans le diagnostic des tumeurs pelviennes qui ne paraissent pas justifier d'emblée une intervention : c'est le cas des fibromes que l'on veut traiter par la radiothérapie mais qu'il est indispensable de différencier au préalable d'une tumeur de l'ovaire ou d'un néoplasme : dans cette dernière hypothèse cependant le curettage explorateur reste supérieur au lipiodo-diagnostic.

Pratiquement, c'est surtout dans le diagnostic étiologique *de la stérilité* que l'examen radiologique de l'utérus offre le maximum d'avantages. L'examen sera fait de préférence après les règles, en suivant une technique rigoureuse (contrôle de l'injection sous-écran, et contrôle de la pression); en cas de réaction salpingienne, encore évolutive ou récente, il est préférable de s'abstenir. Eviter toute réaction inflammatoire consécutive en laissant la malade au lit pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'examen et faire à ce moment une nouvelle radiographie pour s'assurer si le lipiodol a ou non franchi l'orifice de la trompe pour tomber dans la cavité abdominale.

Cf. Lipiodo-diagnostic de l'hydro-salpinx à soupape. (GOSSET, LEDOUX-LEBARD et Cl. BÉCLÈRE. *Soc. de radiol.*, janv. 1929.)

Hystérographie et grossesse. (R. SOLAL. *Soc. d'obst. et de gynéc.*, 11 mars 1929.)

Le lipiodol intratubaire dans le diagnostic et le traitement de la stérilité. (SEGUY et LUCY. *Presse therm. et climat.*, 1er mars 1929.)

Réaction salpingienne, après injection intra-utérine de lipiodol. (BELOT, Mme TEDESCO et Cl. BÉCLÈRE. *Soc. de rad.*, janv. 1929.)

Le lipiodo-diagnostic de la stérilité chez la femme. (LEDOUX-LEBARD et Cl. BÉCLÈRE, *Paris méd.*, 2 fév. 1929.)

Du diagnostic radiologique des fibromyomes utérins. (Cl. BÉCLÈRE, DARBOIS, et LEDOUX-LEBARD. *Journ. de radiol.*, janv. 1929.)

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie dans la maladie de Raynaud. (MONIER-VINARD, DELHERM et BEAU. *Soc. de radiol.*, 12 fév. 1929.) — Des observations rapportées par les auteurs, il résulte que, dans le traitement de la maladie de Raynaud par les rayons X il y a avantage à faire de courtes séries de radiothérapie moyennement pénétrante (25 cms d'E. E, filtre 5 mms d'Al, 400 R par séance, 1200 à 1600 R par porte pour chaque série).

L'irradiation porte sur la région dorso-lombaire ou sur la région cervico-dorsale, selon la localisation des troubles. Les séries doivent être séparées par des périodes de repos, pendant lesquelles le traitement classique par la diathermie ou les infrarouges locaux reste indiqué.

Les malades ainsi traités sont généralement améliorés dès les premières irradiations : les points de gangrène se localisent et s'éliminent, les crises de syncope locale ou d'asphyxie locale deviennent moins fréquentes, moins douloureuses, plus circonscrites; les extrémités s'assouplissent.

Cf. — La diathermie et la radiothérapie dans la maladie de Raynaud. (MONIER-VINARD, DELHERM et BEAU. *Monde méd.*, 15 fév. 1929.)

La radiothérapie dans la maladie de Raynaud. (P.-H. CODET. *Th. de Paris*, 1929.)

La radiothérapie dans la maladie de Raynaud. (BORAK. *Wiener med. Woch.*, 20 avril 1929.)

La diathermie et la radiothérapie dans le traitement de l'artérite oblitérante. (DELHERM et BEAU. *Journ. de radiol.*, juillet 1929.)

Radiothérapie de l'artérite oblitérante. (DELHERM et BEAU. *Soc. de radiol.*, janv. 1929.)

Action favorable de l'irradiation de la région surrénale dans les artérites oblitérantes. (DESPLATS et LAUGERON. *Soc. de radiol.*, janv. 1929.)

Essai de traitement de l'artérite oblitérante par la radiothérapie. (DELHERM et BEAU. *Paris méd.*, fév. 1929.)

La radiothérapie dans le traitement de l'angine de poitrine. (NEMOURS et BARRIEU. *Soc. de radiol.*, 8 janv. 1929.) — S'il ne peut encore être question de *guérison* de l'angine de poitrine, du moins les auteurs ont-ils pu enregistrer des améliorations et même des succès après le traitement radiothérapique. Les malades améliorés sont ceux chez lesquels persistent, à des degrés variables, des sensations douloureuses mais légères et leur rendant la vie supportable (16 p. 100). Les succès se rapportent aux malades qui n'ont plus eu de crises douloureuses après la radiothérapie (60 p. 100). Les auteurs n'ont eu, par contre, que 24 p. 100 d'échecs.

Bien que l'angine de poitrine comporte des rémissions parfois assez longues, il semble difficile d'attribuer au simple hasard les heureux résultats enregistrés par les auteurs. Toutefois, étant donnée notre ignorance de la pathogénie de cette affection, il est difficile de déterminer comment agit la radiothérapie dans les cas heureux et pourquoi elle échoue dans les autres.

Cf. — La radiothérapie dans le traitement de l'angine de poitrine. (NEMOURS-AUGUSTE. *Presse méd.*, 29 juin 1929.)

La radiothérapie dans les angines de poitrine. (LIAN et BARRIEU. *Monde méd.*, 15 août 1929.)

Traitement radiothérapique des arthrites chroniques de la hanche. (DAUSSET et LUCY. *La Pratique médicale française*, août 1929.) — La radiothérapie donne incontestablement des résultats très encourageants dans le traitement des arthrites chroniques de la hanche jusque-là rebelles aux agents physiques. On observe généralement une sédation rapide des douleurs avec arrêt au moins du processus pathologique, s'il n'y a pas régression.

Cette amélioration est durable puisque dans 50 p. 100 des cas les auteurs l'ont vue se maintenir plus d'un an. Ce pourcentage d'amélioration déjà très beau avec des arthrites déjà très anciennes serait certainement bien meilleur si l'affection était traitée dès le début des accidents. Il est probable également qu'il y aurait intérêt à refaire systématiquement des irradiations à intervalles réguliers.

Cf. — La radiothérapie est actuellement le seul traitement efficace des arthrites de la hanche. (DAUSSET et LUCY. *Soc. de méd. de Paris*, 26 oct. 1929.)

La radiothérapie des tumeurs de l'encéphale. (A. BÉCLÈRE. *Journ. de radiol.*, avril 1929.) — Deux grandes catégories de tumeurs sont ici à envisager : celles de la fosse pituitaire et celles de la grande cavité cranienne.

Les tumeurs de la fosse pituitaire (qui constituent le cinquième des tumeurs de l'encéphale) sont presque exclusivement des adénomes hypophysaires.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

La radiothérapie est le traitement de choix de ces tumeurs et elle est capable d'en donner une guérison durable avec d'autant plus de chances de succès que le traitement en est institué plus tôt.

La radiothérapie des adénomes hypophysaires demande des doses modérées et espacées plutôt qu'un traitement intensif et rapide.

Les tumeurs de la grande cavité cranienne sont le plus souvent des gliomes ou des neuromes ou des méningiomes. Seuls les gliomes sont pratiquement radiosensibles et justiciables — quand ils n'ont pu être localisés ou extirpés — de la radiothérapie. Encore ne faut-il pas espérer de guérison définitive même pour les plus radiosensibles (médullo-blastomes et spongio-blastomes multiformes), mais seulement des survies pouvant aller, il est vrai, jusqu'à plusieurs années.

L'action heureuse des rayons X semble due à la fois à la destruction des cellules néoplasiques et à la diminution de l'activité sécrétoire des plexus choroïdes.

Il n'est donc pas toujours indispensable — bien qu'elle soit fréquemment conseillée — de pratiquer une trépanation décompressive préalable. On n'y recourra que si, malgré une technique radiothérapique prudente, les symptômes s'aggravent au lieu de s'amender.

Il y a lieu, dans tous les cas, d'utiliser un rayonnement très pénétrant, fortement filtré, émis à grande distance et dirigé par plusieurs portes d'entrée sur de larges surfaces; d'une manière générale, il est préférable de ne pas dépasser la dose de 1.000 R par séance.

Cf. — Le traitement radiothérapique des tumeurs hypophysaires. (A. Béclère. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1929.)

Les adénomes hypophysaires de l'enfance justiciables de la radiothérapie. (A. Béclère. *Revue neurol.*, mars 1929.)

La radiothérapie de l'asthme. (J. A. Hurt et Sobel. *Soc. de radiol.*, 11 juin 1929.) — Bien que le mécanisme de l'action de la radiothérapie dans l'asthme reste encore assez obscur (action de choc, action sur le sympathique, action sur les ganglions trachéo-bronchiques, sur la sclérose pulmonaire, etc...), les résultats n'en sont pas moins très heureux et encourageants.

Les auteurs ont dans tous les cas qu'ils rapportent (asthme bronchique) utilisé deux champs postérieurs médians de C4 à D10 et deux champs antérieurs par feux croisés parasternaux. Ils n'ont jamais dépassé 2000 R par porte, par séances de 500 R.

D'autres auteurs ont irradié également la rate même dans les asthmes bronchitiques (Drey et Lossen) et ont obtenu d'excellents résultats après un très petit nombre de séances Pasteur Wallery-Radot et Gibert ont même eu un succès après irradiation du fémur.

Cf. — La radiothérapie de l'asthme. (Decoulare-Delafontaine. *Normandie méd.*, oct. 1929.)

La Roentgenthérapie des annexites tuberculeuses. (Gibert. *Journ. de radiol.*, avril 1929.) — La Roentgenthérapie mérite une place de premier rang dans le traitement des annexites tuberculeuses à côté de la chirurgie, à laquelle elle ne doit pas être opposée, mais avec laquelle elle doit collaborer.

Si les indications chirurgicales restent nombreuses en cas de diagnostic probable, l'irradiation devra précéder l'opération.

Le traitement des fistules, soit spontanées, soit post-opératoires, est très favorable.

Le traitement doit viser l'obtention de la ménopause avec des doses fractionnées. L'auteur utilise généralement deux champs latéraux sous-ombilicaux qu'il irradie une ou deux fois par semaine, à la dose de 500 R par séance. Lorsqu'il y a participation péritonéale étendue, il y ajoute deux champs sous-ombilicaux. Il utilise de préférence un rayonnement pénétrant.

Dans ce traitement purement local, les rayons agissent en excitant la défense conjonctive contre le bacille de Koch. Il y a donc lieu de leur associer un traitement diététique et climatique.

La radiothérapie dans les crises de suffocation de l'enfance. (Duhem et Aidan. *Journ. de radiol.*, mai 1929.) — Lorsqu'un syndrome de suffocation grave a pour origine une hypertrophie du thymus, il faut sans hésiter et sans tarder soumettre l'enfant à la radiothérapie; le thymus étant un organe lymphoïde est extrêmement radio-sensible et son augmentation de volume disparaît très rapidement sous l'action des rayons X. Dans certains cas même la sédation est immédiate et l'on assiste ainsi à une véritable résurrection du petit malade asphyxiant.

Cette action heureuse se manifeste également dans les cas de tumeurs du médiastin, même lorsque l'état général est gravement touché.

Lorsque le diagnostic étiologique de la crise de suffocation reste hésitant, il y a intérêt également à instituer le traitement radiothérapique, qui reste en tout cas absolument inoffensif.

Cf. — Le diagnostic et la thérapie de l'hyperplasie thymique. (Zœlech [Munich]. *Fortsch. a.d.G.d. Roentg.*, 1er janvier 1929.)

Diagnostic radiologique et traitement de l'hypertrophie du thymus sans symptômes. (F. W. O'Brien [Boston]. *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, mars 1929.)

Radiothérapie des tumeurs du médiastin. (Morel-Kahn, Fiamboli et P.-H. Codet. *Pratique méd. franç.*, août 1929.) — La radiothérapie seule paraît pouvoir actuellement donner aux malades atteints de tumeurs médiastinales (lymphogranulomatose, lympho-sarcomes, sarcomes, etc...) des survies de un à cinq ans, avec disparition rapide de leur dyspnée, amélioration de leur état général et retour à une apparence de santé compatible avec une vie active.

Le traitement radiothérapique doit être énergiquement conduit et avec une technique rigoureuse entre des mains compétentes. Il y a lieu d'utiliser toujours un rayonnement pénétrant (200.000 volts) et fortement filtré et d'attaquer le médiastin par quatre champs obliques en feux croisés : antérieur droit, antérieur gauche, postérieur droit, postérieur gauche.

L'appréciation des résultats sera faite à la fois par l'examen clinique et par l'examen radiologique de contrôle; il faut savoir toutefois que des améliorations durables peuvent être observées même sans modification de l'aspect radiologique de la tumeur.

Cf. — Longues rémissions dans l'évolution de la lymphogranulomatose maligne consécutives à la Roentgenthérapie. (Roch, Gilbert et Babaïantz [Genève]. *Presse méd.*, 6 mars 1929.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 3 juin 1930)

M. le Président annonce la mort de M. Jean-P. Martia Lanelongue (de Bordeaux), correspondant national depuis 1890 dans la 2e division (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

M. Marchoux donne lecture du discours qu'il a prononcé,

RELATION RAPIDE DE JOUR PARIS-BESANÇON-MONTBÉLIARD-BELFORT. — L'express de toutes classes 513 (Paris-Milan-Berne) est mis en correspondanc à Dôle avec un train desservant Besançon et les gares jusqu'à Belfort, ce qui établit une excellente relation de jour entre Paris et la Franche-Comté. — Dép. de Paris, 8h05, de Dôle 13h20. Arriv. à Bezançon 14h, à Montbéliard 16h09, à Belfort 16h40. Wagon restaurant entre Paris et Dôle.

comme président, à la séance d'ouverture du Congrès du paludisme, à Alger.

L'alimentation de la jeunesse. — La communication de Mme MOLL-WEISS faite sur ce sujet, à l'Académie, le 22 avril 1930, avait été renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Maurice de Fleury, Marcel Labbé, Lapicque, Paul Le Gendre, Jules Renault et Lesné.

M. Lesné, rapporteur, propose les conclusions suivantes qui sont adoptées :

« L'Académie émet le vœu qu'il soit constitué, au ministère de l'Instruction publique, une Commission de l'alimentation rationnelle de la jeunesse qui aura pour tâche : 1° de faire connaître dans toutes les institutions scolaires les règles aujourd'hui bien établies par les physiologistes et les médecins, d'une ration alimentaire exactement adaptée aux diverses conditions des enfants et des adolescents; 2° d'insister sur conditions de conservation, de préparation et de présentation des aliments ».

Les résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — MM. P. ARMAND-DELILLE, J. VIBERT et Jean BERTRAND exposent les résultats éloignés obtenus par l'application méthodique du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant.

Pour arriver à des conclusions rigoureuses, les auteurs ont limité leur statistique à 30 cas datant de cinq à sept ans suivis à l'hôpital avec le triple contrôle clinique, radiologique et bactériologique.

Ils ont obtenu 23 guérisons avec augmentation considérable de poids, disparition des ombres radiologiques et reprise de la vie normale depuis plusieurs années.

Trois sujets ont dû subir un pneumothorax thérapeutique du côté opposé, et il y a eu 4 morts.

Ils concluent : le pneumothorax thérapeutique permet d'obtenir la guérison dans 75 p. 100 des cas de tuberculose pulmonaire ouverte de l'enfant, aussi bien dans la première enfance qu'à la période prépubère et que par conséquent, pour faire bénéficier le malade de ce mode de traitement, il importe d'établir le diagnostic précoce en utilisant systématiquement les procédés modernes de radiographie et de recherche du bacille dans le contenu gastrique le matin à jeun.

Recherches sur l'architecture des capillaires en rapport avec la constitution somato-psychique. — MM. MARINESCO, BRUCH et BUTTU.

Contribution à l'étude des onychomycoses : un nouveau champignon du genre scopulariopsis Bainier (Scopulariopsis minimus). — MM. SARTORY, HUFSCHMITT et J. MEYER.

Sur l'origine hépatique de la glycosurie par l'adrénaline. — M. Cl. GAUTIER.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 MAI 1930)

Sur les bacilles paratyphiques aberrants pathogènes pour l'homme. — MM. P. GASTINEL et J. REILLY ont isolé deux germes paratyphiques par hémoculture dont l'un peut être assimilé au paratyphique C d'Hirschfeld et l'autre paraît lui être très voisin.

Ils concluent que parmi les bacilles paratyphiques C pathogènes pour l'homme il existe des variétés qui en font un groupement non strictement homogène. Il y a lieu de signaler d'autre part que depuis quelque temps on voit survenir en pathologie humaine des syndromes infectieux déterminés par des bacilles paratyphiques aberrants et caractérisés par des aspects cliniques inhabituels aux infections généralement provoquées par ces microbes.

Influence de l'augmentation de l'espace mort sur l'excitabilité du pneumogastrique. — M. et Mme A. CHAUCHARD réalisent sur des chiens trachéotomisés une augmentation de l'espace mort par accroissement du taux de l'acide carbonique dans l'air inspiré qui modifie l'excitabilité du pneumogastrique centripète et des centres; cette modification se manifeste par une élévation de la chronaxie et un étalement de la loi de sommation en fonction des intervalles entre les excitations. Il y a donc variation de la constante de temps des neurones centripètes et central. Toutefois cette variation n'aboutit pas à l'isochronisme ni même à l'homochronisme puisque dans aucun cas on n'a obtenu la réponse à l'excitation unique.

L'équilibre protéique du sérum sanguin dans la méningite tuberculeuse. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS rappellent les particularités qu'ils ont décrites dans l'équilibre protéique du sérum sanguin des méningites tuberculeuses d'allure primitive, augmentation des protéines totales, taux normal de la sérine, absence d'hyperglobulinémie, quotient albumineux normal. L'hémorragie cérébro-méningée se rapproche, sur ce point, des méningites tuberculeuses. Un abcès froid cérébelleux, une insuffisance surrénale aiguë à forme méningée, une méningite herpétique ont, par contre, déterminé de gros troubles de l'équilibre protéique : abaissement de la sérine, augmentation de la globuline, inversion du quotient albumineux.

Virus herpétique et cataphorèse. — M. S. NICOLAU et Mme L. KOPCIOWSKA ont soumis à la cataphorèse le virus herpétique provenant du cerveau des lapins morts d'encéphalite herpétique expérimentale. En utilisant l'appareil d'Olitsky et celui de Tood, auquel ils ont fait une certaine modification, les auteurs ont réussi à démontrer que le virus herpétique ou les substances qui lui servent de support possèdent une charge électrique négative dans des émulsions ayant un pH de 7,8 à 6,8. La mise en évidence du virus au niveau des électrodes des appareils a été faite par inoculation sous-duremérienne aux lapins.

La méthode des cultures cumulatives et la vaccination antidiphtérie-scarlatine. — M. Ch. ZOELLER rappelle la méthode qu'il a décrite dans trois communications successives. Cultivant un streptocoque scarlatineux dans une toxine diphtérique il a obtenu ce qu'il a appelé une altéro-toxine dont les propriétés cumulées sont celles d'une toxine diphtérique et d'une toxine streptococcique. Il a montré que ce produit était capable de donner la réaction de Schick, la réaction de Dick, la pseudo-réaction de Schick et la pseudo-réaction de Dick, propriétés intriquées qu'il a pu dissocier. Après avoir indiqué la possibilité d'atténuer une toxine streptococcique par la méthode de Ramon il a appliqué cette atténuation à l'altéro-toxine et obtenu la disparition de la double toxicité, diphtérique et streptococcique.

Ayant pratiqué chez l'adulte l'injection simultanée d'anatoxine diphtérique et de toxine streptococcique, il a conclu à la possibilité d'injecter simultanément deux vaccins antitoxiques de même qu'on vaccine simultanément contre la fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes A et B.

Cependant il préfère la méthode des vaccinations associées qui permet avant le mélange l'étude préalable de la valeur antigène respective de chacun des vaccins.

(SÉANCE DU 24 MAI 1930)

Staphylocoques et virus vaccinal. — M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et Mme F. PATOCKA. 1° Des staphylo presque avirulents mis en contact avec une quantité minime de lymphe vaccinale, débarrassés de cette lymphe, puis inoculés sur la cornée scarifiée du lapin ou du cobaye donnent des lésions qui ont même intensité et même évolution que celles détermi-

nées par la lymphe seule; 2° des staphylo, devenus presque avirulents, peuvent récupérer leur virulence par contact avec de la lymphe vaccinale, employée directement ou après filtration; 3° des staphylo de diverses origines donnent, pour ces expériences, des résultats presque comparables à ceux obtenus avec les staphylo provenant de la lymphe vaccinale; 4° Dans un certain nombre de cas, et seulement pendant les quinze premiers jours de l'infection, le sérum des animaux infectés avec de la lymphe vaccinale dévie le complément non seulement en présence de l'antigène-lymphe, mais aussi (quoique moins fortement) en présence de l'antigène-staphylo.

Action de la cataphorèse sur les mélanges neutralisés vaccine-sérum immun. — M. P. Lépine, poursuivant ses recherches, s'est adressé à des dilutions étendues de virus vaccinal neutralisées par l'adjonction de sérums d'animaux immuns, en ayant soin de contrôler les essais au moyen du double test d'inoculation intradermique et intratesticulaire. Ses expériences confirment, sous certaines conditions, la migration de l'anode du virus vaccinal déplacé par le courant électrique, et apportent un exemple de plus de récupération d'un virus neutralisé, en montrant qu'aux influences déjà reconnues comme capables de dissocier le complexe virus-anticorps, il faut ajouter, non seulement la cataphorèse, mais encore la réversibilité *in vivo*, un mélange neutralisé pour un tissu normalement réceptif (derme), pouvant rester virulent pour un autre tissu (testicule) capable de libérer le virus vaccinal).

Le passage du complexe sérum-antitoxine ne modifie pas la perméabilité placentaire. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard. L'antitoxine, qui pénètre dans la circulation fœtale, lorsqu'une femelle subit une immunisation active ou passive, ne modifie pas la perméabilité du placenta : après comme avant la préparation, il arrête presque complètement les sérums normaux homologues ou hétérologues. S'il se laisse traverser par les sérums antitoxiques, c'est parce que, en entrant dans la composition du complexe sérum-antitoxine, ils ont subi une modification, ou peut-être même une simplification, qui leur a conféré de nouvelles propriétés physico-chimiques.

Les clasines : claso-vaccins améliorés. Technique de préparation. — MM. Jausion et Boidé se sont proposé d'améliorer la technique de préparation des *claso-vaccins*, extraits antigéniques dénaturés très actifs. Leur nouveau procédé a pour but d'éviter la formation de nitrate de soude dont la présence déterminait une hypertonie douloureuse. A l'acide nitrique pur et à la soude normale, ils ont substitué respectivement acide sulfurique ordinaire et carbonate de chaux. Une fois effectuée la dislocation des constituants antigéniques il ne reste plus qu'une boue sulfatée calcique dont il est facile de séparer mécaniquement les produits extractifs. Les *myco-clasines* ainsi obtenues sont très actives et d'injection indolore.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONSIDÉRATIONS SUR LES PROCÈS MÉDICAUX

Par le docteur Foveau de Courmelles.

Nombreux sont les procès en responsabilité civile, dans le monde entier, aussi partout les assurances *ad hoc* ont-elles quadruplé leurs primes (1). Les clients prennent, en effet, prétexte de tout pour poursuivre!

Certains médecins — bien imprudents — jugent les traitements que les patients leur expliquent à leur manière, sans avoir vu l'état antérieur des malades, sans connaître les doses employées, la façon de les appliquer, la durée. Pour avoir des clients, faire supposer qu'ils font mieux, toujours mieux, ils jugent les confrères précédents, condamnent, critiquent, suscitent des procès... en attendant que ce soit leur tour!

Quel avantage y a-t-il — quand on a un nouveau client chez soi, venu de bonne volonté, et en confiance, — à débiner le ou les prédécesseurs? Vraiment, à part l'*invidia medicorum*, c'est incompréhensible et tellement inutile, anti-scientifique surtout puisque c'est parler sans savoir, sans avoir entendu la « partie adverse ».

Les difficultés de la vie, un certain nombre de médecins métèques et marrons, ont créé un état d'esprit antimédical, presque égal à l'esprit antipropriétaire — et ce n'est pas peu dire! Quel que soit son rang dans la hiérarchie, nul médecin n'y échappe. On pourrait citer les noms d'un certain nombre de grands maîtres poursuivis depuis trente ans!

Quelques années avant la guerre paraissait un livre qui fit un certain bruit : « Défends ta peau contre ton médecin. » Ne serait-il pas plus rationnel, plus juste, d'écrire maintenant pour le médecin : « Défends ta bourse contre ton patient. »

C'est toujours la peau qui est en cause. Il faut que le médecin, que l'on me pardonne ce langage trivial, il faut que le médecin ait « la peau », autrement dit, rien du tout, qu'il soigne « à l'œil », tout et tous!

On réclame de l'esthétique, et le moindre accident même imprévisible... fait demander d'énormes dommages-intérêts aux praticiens.

On n'a pas oublié l'histoire de cette patiente menaçant de se tuer si on ne lui amincissait la jambe. Opérée, elle poursuivait ensuite son chirurgien!...

Comme notre éminent ami Dartigues a raison de créer une société scientifique pour défendre l'esthétique, science médicale.

L'esthétique se retrouve, partout, médecine, chirurgie, physiothérapie. Ouvre-t-on un panaris, il peut rester au doigt de la coquette amie des manucures une légère cicatrice, son cauchemar! Un abcès du sein, vidé, peut laisser une trace. Un nævus radiumthérapisé peut, par l'imprudence des parents laissant se gratter l'enfant, présenter une petite élévation blanchâtre ou rouge.

L'esthétique maintient ou répare, conserve souvent la santé physique ou morale. Elle fut trop méprisée par les médecins et laissée aux empiriques.

Les romanciers ont raison d'aider à réformer maints préjugés. Dans son dernier roman, « Vers le bonheur, *Le Chant du berger* », Victor Margueritte vante les travaux des savants qui rajeunissent et prolongent la vie, surtout au point de vue cérébral.

Jadis, en matière de procès médicaux — je dis « jadis », c'était hier — le poursuivant (patient ou famille) — devait prouver la « faute ». — Aujourd'hui, *a priori*, il y a dommage, donc lieu à réparation par le médecin. Cependant Me Louis Mercier vient de gagner un procès mettant à la charge du malade la charge de la preuve à faire, l'expertise lui incombant! (*Gaz. du Pal.*, 23 fév. 1930.)

Lorsque le médecin est sollicité, et s'il s'agit de méthodes dangereuses et connues pour telles, les patients savent à quoi ils s'exposent, et ont *charge* de prouver la faute. Me Louis Mercier vient de faire établir ce point méconnu jusqu'ici.

Cela est précieux devant les difficultés que vont soulever les assurances sociales.

Que de matières à procès, à contestations, surgiront!

Comment diagnostiquer tant de maladies parfois très douloureuses et que rien d'objectif ne décèle? Tant de rhumatismes, de névralgies, empêchant le travail, et que rien ne révèle. Que fera le médecin? Le praticien ne pourra que croire son patient, certifier ses dires?! De même, qu'il vaut mieux dit-on, acquitter 99 coupables que condamner un innocent,

(1) Vingt fois, en France, à cause du change!

le médecin moins armé que la Justice croira le... douloureux, et que de conséquences fâcheuses, désastreuses en découleront pour lui!

Déjà *Le Matin* du 17 janvier 1930 a parlé d'un non-lieu rendu en faveur d'un médecin de la banlieue parisienne arrêté et emprisonné à la requête d'une Compagnie d'assurances (en matière d'assurances sociales, les caisses, en quête d'économies, agiront de même). Le médecin est désigné par son nom, comme il le fut lors de son arrestation. Voilà un dommage irréparable. Nous ne connaissons nullement le confrère. Reproduire son nom, même pour annoncer le non-lieu, nous déplaît et pourrait prêter à cette réflexion : « Il n'y a pas de fumée sans feu! », comme si la calomnie n'invente pas de toutes pièces!

La vie de ce confrère est sans doute brisée, dans tous les cas, très atteinte! L'argent même ne peut réparer. Et s'il y a à craindre les médecins « marrons », il y a aussi, il y aura, caisses et clients « marrons ».

Cela ne prouve-t-il pas surabondamment la nécessité de la cohésion médicale en face des nouvelles Bastilles qui s'élèvent contre les professions libérales?

LIVRES NOUVEAUX

Les consultations journalières. — **Intestins** (1), par le docteur Delort, médecin de l'hôpital Saint-Michel.

Ce livre constitue la suite aux maladies de l'œsophage, estomac et duodénum, qui ont dans cette collection même remporté un vif succès.

Il a été conçu sur le même plan et avec le même souci que son aîné, d'être bref, précis et complet.

Toutes les maladies, sans exception, y sont envisagées.

La coprologie, la parasitologie ont fait l'objet de soins minutieux et c'est ce qui a longtemps retardé la parution de ce volume si souvent réclamé.

Tel qu'il est, il représente un considérable travail de compilation, de condensation et de mise au point; ce qui ne l'empêche pas d'être original et de refléter la pensée très personnelle de l'auteur.

La thérapeutique y est étudiée avec un soin particulier, adaptée aux aspects si divers que revêtent ces affections complexes et au courant des dernières nouveautés.

Il est présenté d'une façon attrayante et simple et constitue un vademecum pratique, facile à consulter par tout praticien qui désire un renseignement. L. G.

Le trachome (2), par G. Worms, médecin lieutenant-colonel professeur au Val-de-Grâce et J.-E. Marmoiton, médecin commandant à l'hôpital militaire d'Alger.

MM. G. Worms et J.-Marmoiton ont eu l'heureuse idée de réunir en une importante monographie toutes les données, éparses jusqu'ici, sur le trachome.

Une longue observation, portant surtout sur le milieu militaire et les populations de l'Afrique du Nord leur a permis de confronter avec une entière compétence et de passer au crible d'une critique avertie les documents relatifs à l'une des plus fréquentes et des plus graves affections oculaires.

Cet ouvrage, sobrement illustré, écrit de façon claire et précise, pourvu de références bibliographiques des plus complètes, intéressera certainement non seulement tous les médecins de langue et de culture française, mais encore les hygiénistes et les administrateurs qui vivent dans les régions où le trachome sévit avec intensité.

Après un court historique, les auteurs font une étude clinique très poussée du trachome, de ses différentes formes, mettant en lumière ses aspects atypiques, ses associations et surtout ses complications.

Le problème étiologique et pathogénique est parcouru en entier.

Répartition géographique, recherches des cliniciens et des biologistes sur la nature, l'origine et la propagation de l'agent encore inconnu, de l'infection trachomateuse sont attentivement passées en revue. Une large part est justement faite aux travaux de Nicolle (de l'Institut Pasteur de Tunis) et de ses collaborateurs.

L'un des chapitres les plus étendus est réservé à l'organisation de la lutte à poursuivre contre ce fléau, à l'étude des moyens susceptibles d'arrêter ses ravages.

A l'heure actuelle, il les possible, partout où il existe un corps de médecins assez nombreux, de faire disparaître le trachome en peu d'années, si la lutte est menée avec ensemble et avec méthode.

L'ignorance et l'inertie des populations sont les plus grands obstacles qui s'opposent aux mesures prophylactiques.

Une description minutieuse des méthodes thérapeutiques les plus modernes, et surtout les plus efficaces, termine l'ouvrage.

Il n'y a pas encore un traitement spécifique du trachome, comme il y a un traitement de certaines infections microbiennes, mais des moyens chimiques et physiques ont fait leur preuve, qui, appliqués avec discernement, peuvent guérir les lésions trachomateuses. De même, des opérations simples, à la portée de tous, portant sur les paupières atteintes de trichiasis, peuvent prévenir cette infirmité redoutable que représente la cécité.

Comme on peut le voir par ce court aperçu, l'ouvrage de MM. Worms et Marmoiton représente, par sa riche documentation, une belle contribution à la lutte contre l'une des endémies les plus répandues parmi nos populations indigènes et qui, diminuant gravement le rendement des individus, a les pires conséquences sociales. L. G.

(1) Un vol. in-16 de 540 pages avec 94 fig. dans le texte et 19 pl. hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 raisin, 188 pages avec 24 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 11 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Hartmann, Coquot et Robin. — M. Bertin. Formation et caractères des chevaux du Maine. — M. Vallez. Lymphangite des membres postérieurs chez le cheval.

Jeudi 12 juin. — Jury : MM. Bernard, président; Carnot, Nobécourt et Aubertin. — M. Arnould. Aspect pseudotuberculeux des suppurations pulmonaires. — Mlle Wolff. Etude de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — Mme Carbonnier. Les polyphlébites prolongées récidivantes. — M. Laurent. Traitement vaccinothérapique des arthrites typhiques.

Jury : MM. Lejars, président; Sergent, Terrien et Lemaître. — M. Bouvier. La castration unilatérale dans les salpingites. — M. Gibert. Etude du rôle de la tuberculose chez l'adulte. — Mlle Braun. Etude sur les complications du zona ophtalmique.

Vendredi 13 juin. — Jury : MM. Ombrédanne, président; Loeper, Harvier et Mathieu. — M. Herman. Le double souffle crural dans l'insuffisance aortique. — M. Andrieu. Traitement chirurgical de l'invagination intestinale du nourrisson.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-BON-SECOURS (66, rue des Plantes). — Trois places de médecin adjoint sont à pourvoir à l'hôpital de Bon-Secours.

Un adjoint pour un des services de médecine.

Un adjoint pour le service d'ophtalmologie.

Un adjoint pour le service de gastro-entérologie.

Un concours sur titres est ouvert pour procéder à la nomination de ces trois adjoints.

Les candidats pourront déposer leur demande d'inscription et leur dossier au bureau du Directeur, jusqu'au 30 juin. Le Directeur reçoit le jeudi matin de 9 h. à midi, et le vendredi de 2 h. à 5 h.

Les résultats du concours seront publiés le 10 juillet.

HÔPITAUX COLONIAUX. — Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux s'ouvrira en novembre 1930.

Les places mises au concours sont les suivantes : médecine : deux; chirurgie : deux; bactériologie : deux; électro-radiologie : une.

Les demandes des médecins capitaines (active) en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales; 3e bureau) avant le 1er octobre 1930, en indiquant la ou les sections choisies.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un concours s'ouvrira le lundi 27 octobre 1930, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce à Paris pour l'obtention du titre de professeur agrégé de pharmacie de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

HOMMAGE AU PROFESSEUR CASTAIGNE. — Les amis et les élèves du professeur Castaigne lui offriront, en novembre 1930, un livre jubilaire et une médaille gravée par l'artiste Ch. Pillet.

Un comité d'honneur vient de se constituer, dans ce but, présidé par les professeurs Chauffard et Achard (de Paris) et composé des professeurs Lereboullet, Rathery (de Paris), Jeanbrau, Euzière (de Montpellier), Lépine (de Lyon), Sigalas (de Bordeaux), Abelous (de Toulouse), Imbert (de Marseille), Spillmann (de Nancy), Merklen (de Strasbourg), Minet (de Lille), Mirallié (de Nantes), Follet (de Rennes), Gillet (d'Alger).

De nombreux médecins français et étrangers voudront offrir, à cette occasion, un témoignage d'admiration et de sympathie au professeur Castaigne qui représente aux yeux de tous le savant chercheur, le professeur lumineux, le médecin infiniment dévoué à tous ses confrères.

Une souscription de 100 fr. au minimum donnera droit à une reproduction de la médaille et à un exemplaire du livre jubilaire. Les souscriptions doivent être adressées au docteur Henri Paillard, 27, avenue d'Aubière, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), de préférence à son compte de chèques pos-

taux, n° 63-10, à Clermont-Ferrand; la correspondance personnelle devra lui être adressée, à partir du 20 mai, à Vittel (Vosges).

AVIS DE VACANCES. — Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile privé d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, faisant fonctions d'asile public pour le département de la Loire par suite du décès de M. le docteur Henri Carrier.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PATHOLOGIE MÉDICALE. Professeur : M. A. CLERC.) — *Cours complémentaire.* — M. A. Clerc, professeur, et MM. Aubertin, Bénard, Brulé, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Guy Laroche, Lian, Moreau, Pasteur Vallery-Radot, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux, feront du 16 au 28 juin prochain une série de douze leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu tous les jours, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté.

Le cours est gratuit.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 16 juin au 12 juillet inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Iselin, Kourilsky, Kuss, G. Laurens, Lonjumeau, Louste, de Massary, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin, Vibert et Viguerie.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscriptions de 300 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : le lundi 16 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — Hospice des enfants assistés. — *Cours de révision*, juin-juillet. — Sous la direction de M. le professeur P. Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, des chefs de clinique et de laboratoire et des assistants du service.

Chaque leçon sera constituée par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices individuels au lit du malade ou au laboratoire.

UN COURS COMPLÉMENTAIRE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE aura lieu, sous la direction de M. le professeur Gosset, à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, du 11 au 25 juin 1920. (Droit d'inscription : 300 fr.).

Durant la même période, des démonstrations de chirurgie expérimentale seront faites au laboratoire de la clinique par M. G. Lœvy, ancien chef de clinique chirurgicale et directeur du laboratoire.

S'adresser, pour renseignements et inscription au B.R.M.E.

salle Béclard, à la Faculté de médecine, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi), et au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — CONFÉRENCES DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — Chirurgie de la hanche (3 leçons), par M. le docteur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, les vendredi 13, lundi 16 et vendredi 20 juin, à 16 h.

Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Félix RAMOND.) — DÉMONSTRATIONS CLINIQUES DE RADIOLOGIE GASTRO-DUODÉNALE. — Du 23 au 29 juin 1930, le docteur Félix Ramond, avec le concours des docteurs Ch. Jacquelin, Delalande et Rault, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une démonstration pratique, précédée d'une conférence théorique sur le même sujet.

Conférences gratuites à 9 h. — Démonstrations radiologiques tous les matins, à 10 h. 30.

Droit d'inscription : 250 fr.

Pour la bonne organisation des travaux pratiques, s'inscrire le plus tôt possible à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès de la surveillante générale du service. Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs qui le désireront.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER. — *Troisième cours de perfectionnement sur le cancer et son traitement*, organisé sous le haut patronage de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, par le docteur Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le cours aura lieu du mardi 16 juillet au samedi 26 juillet 1930 tous les jours, à l'exception des dimanches.

Il se terminera par une journée de conférences, de communications et de discussions sur le cancer du larynx, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, pour laquelle de nombreux savants français et étrangers se sont inscrits. Ces communications de même que les discussions seront publiées.

Un certificat sera délivré aux participants à la fin du cours par la Faculté de médecine.

On est prié de s'inscrire en écrivant à M. le docteur Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, hôpital civil à Strasbourg. Le nombre des participants est limité. Le droit d'inscription est de 500 fr.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant les hôtels et les pensions de famille à Strasbourg. Des excursions dans les Vosges pourront être organisées les dimanches 20 et 27 juillet.

DE QUELQUES STIGMATES OCULAIRES SENSORIO-MOTEURS

AU COURS DES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES

Par MM. L. BABONNEIX et J. BLUM.

Dans la genèse des encéphalopathies infantiles, le rôle de l'hérédo-syphilis, si longtemps méconnu, semble aujourd'hui entièrement démontré; bien peu nombreux, ceux qui songent encore à en restreindre l'importance ou à en discuter l'action prédisposante, à côté d'autres facteurs certains, mais secondaires, tels que traumatismes obstétricaux ou intoxications diverses (saturnisme, alcoolisme, etc.). C'est qu'en effet, dans la plupart des cas, sans parler des considérations d'ordre anatomique ou nosologique, existent les plus sérieux arguments en faveur de l'hérédo-syphilis :

Arguments d'ordre étiologique (aveux des parents, enquête familiale, stigmates de spécificité);

Arguments d'ordre biologique (réactions de Bordet-Wassermann, modifications du liquide céphalo-rachidien);

Arguments d'ordre clinique, enfin (constatation, chez le petit malade, de signes d'hérédo-syphilis).

Parmi ceux-ci, nul n'ignore la toute première importance des symptômes oculaires, les uns véritablement pathognomoniques, comme la kératite interstitielle ou l'iritis, d'autres, plus discutables, dans le cadre desquels rentrent, en particulier, toutes les malformations oculaires congénitales.

Nous nous bornerons ici à envisager les seuls troubles sensorio-moteurs atteignant l'appareil oculaire, sur lesquels ont insisté, dans ces dernières années, différents auteurs, mais dont on n'a peut-être pas suffisamment encore souligné la fréquence.

L'origine hérédo-spécifique de ces symptômes oculaires sensorio-moteurs n'est affirmée que depuis peu : c'est à leur propos que Fournier prononçait en 1886 ces paroles prophétiques, bien que prudentes (1) : « Il semble résulter, en effet, d'observations qui ont été produites ces derniers temps, que l'hérédité spécifique n'est pas étrangère à la production de tels ou tels accidents et je tiens pour certain que, dans un avenir qui n'est peut-être pas très éloigné, quelques-uns d'entre eux, pour le moins, seront dûment inscrits au bilan de la syphilis héréditaire tardive. Mais les documents dont nous disposons à leur égard sont vraiment trop peu nombreux et trop insuffisants, trop sujets à critiques, pour qu'il ne soit pas prématuré d'ouvrir ici une discussion sur ces divers points. Réservons donc ces questions nouvelles et sachons attendre que le temps nous ait donné, à leur sujet, une expérience qui nous fait encore défaut. »

Ces idées devaient peu à peu se trouver confirmées, et c'est ainsi que dans le Traité classique de Terrien (1905) sur la syphilis de l'œil et de ses annexes, véritable mise au point de la question, une place est réservée aux stigmates oculaires sensorio-moteurs de l'hérédo-syphilis.

Il nous a paru cependant intéressant, sans vouloir aucunement faire ici œuvre bibliographique, de mettre à profit les quelque cent cinquante observations rapportées dans l'ouvrage de l'un de nous sur la syphilis héréditaire du système nerveux et d'y relever ce qui avait trait à ce point de neuro-ophtalmologie.

Cet exposé n'est pas, en effet, sans présenter quelque intérêt documentaire et statistique; car la presque totalité des cas ont été, en vue d'une étude complète, soumis à un examen ophtalmologique systématique.

Quoi qu'il en soit, l'hérédo-syphilis directe, sans avoir l'apanage de ces troubles oculaires sensorio-moteurs, est généralement en cause et l'infection de deuxième génération, jadis si discutée, mais actuellement bien prouvée, ne joue qu'un rôle limité.

Leur date d'apparition est beaucoup plus difficile à préciser; nous les constatons chez des sujets de tous âges, aussi bien dans la première et la seconde enfance qu'au moment de l'adolescence et même chez les adultes.

Il semble donc bien que la distinction soit assez artificielle entre les accidents précoces et les accidents tardifs, en ce qui concerne tout au moins la plupart de ces troubles oculaires sensorio-moteurs; c'est ainsi que parmi les atrophies optiques, nous trouvons, à côté d'adultes et d'enfants, des nourrissons de six [*Syndromes mixtes*, obs. VII (1)], huit (*Atrophie optique*, obs. V) et neuf mois (*Atrophie optique*, obs. VI).

Il en est de même pour le strabisme; seuls, les symptômes pupillaires sont relevés de façon presque constante chez de grands enfants ou même des adolescents.

Ajoutons, enfin, qu'aucun de ces stigmates oculaires n'appartiennent en propre à tel ou tel tableau clinique et que nous retrouvons pour les yeux les mêmes symptômes, tant au milieu de manifestations purement intellectuelles qu'au cours de syndromes uniquement moteurs.

Les troubles oculaires d'ordre moteur n'épargnent aucune des deux musculatures, intrinsèque et extrinsèque.

Musculature intrinsèque. — Nous relevons des symptômes d'importance capitale, puisqu'à eux seuls ils permettent d'affirmer la syphilis nerveuse : dans deux cas, une lenteur marquée des réactions photomotrices, véritable ébauche d'un signe d'Argyll, qu'à son tour nous retrouvons dans sept de nos observations.

En dehors de l'une d'elles, ayant trait à un hydrocéphale de quarante-sept ans, les six autres sont celles de jeunes sujets dont l'âge oscille entre cinq et seize ans. Cette relative fréquence mérite d'être

(1) A. Fournier. *La Syphilis héréditaire tardive*, Paris, p. 229.

(1) Renvoi au livre de l'un de nous : L. Babonneix. *Syphilis héréditaire du système nerveux*, Paris 1930, Masson, in-8°.

signalée et met en relief la valeur d'un tel symptôme au cours de la syphilis, non pas seulement acquise, mais nettement héréditaire.

Notons même que chez un de ces malades de quatorze ans (*Manifestations tardives*, obs. II), le signe d'Argyll s'accompagne d'une atrophie du tissu irien qui en est, ainsi que l'a bien montré Dupuy-Dutemps, le complément habituel.

Quant à l'inégalité pupillaire, que nous trouvons signalée cinq fois, nous n'y insisterons pas : car rien de moins absolu que la valeur étiologique de ce symptôme, tout au moins quand il est décelé, comme dans nos cas, à l'état isolé.

Plus intéressants sont les troubles de la *motilité extrinsèque*.

Les paralysies oculo-motrices d'origine hérédo-syphilitique ne sont pas considérées comme fréquentes ; certains auteurs (Terrien) les considèrent même comme très rares, en dépit de quelques cas épars (Quilliet, Ginestous, de Speville, Chaillous).

Nous n'en avons relevé que deux exemples (*Troubles intellectuels*, obs. XIII *bis* avec atteinte de la troisième paire) (*Syndromes endocriniens*, obs. III). Ce chiffre contraste avec celui, véritablement considérable (18 cas), de strabismes convergents de type concomitant.

Ce pourcentage n'est pas pour surprendre ; syphiligraphes (Fournier, Gaucher, Milian) et ophtalmologistes (Antonelli, Onfray, Morax, Terrien) s'accordent pour insister sur cette fréquence du strabisme chez les hérédo-spécifiques.

Fournier le signale dix-huit fois sur 52 cas d'hérédo-syphilis ; Antonelli le classe parmi les « stigmates rudimentaires » les plus fréquents de cette infection ; Onfray, enfin, admet qu'un quart des strabiques convergents ont des réactions sérologiques positives et que chez un autre quart, malgré des réactions négatives, quelque stigmate ou quelque commémoratif confirme l'étiologie.

Notre chiffre peut même paraître d'autant moins élevé qu'il s'agit uniquement de cas d'hérédo-syphilis nerveuse.

Le strabisme n'apparaît que comme un des éléments de l'encéphalopathie : il fait partie du tableau clinique, témoignant de l'atteinte possible par infection ou artérite syphilitique des centres coordinateurs de la vision binoculaire. Cette hypothèse pathogénique est admise par Onfray dans sa classification des strabismes.

A cette forme, caractérisée cliniquement par un strabisme alternant avec bonne motilité et bonne acuité de chaque œil. Onfray ajoute deux autres variétés, relevant de deux pathogénies différentes et qui peuvent se rencontrer également au cours de l'hérédo-syphilis nerveuse : d'un côté, les phénomènes consécutifs à une lésion sensorielle (rétinienne ou optique), souvent si discrète qu'elle peut passer inaperçue, et, d'autre part, les strabismes par lésion motrice périphérique si fruste, qu'ils se comportent cliniquement, en tous points, comme un strabisme banal, nullement paralytique.

En dehors de trois cas de nystagmus, nous en aurons terminé avec les troubles moteurs, quand nous aurons retenu une observation de syndrome de Parinaud, récemment publiée ici-même (1) ; ce dernier fait est d'une rareté extrême, puisque, à part un cas d'Oppenheim, nous n'avons pas connaissance qu'un autre exemple ait été rapporté par quelque auteur. On peut même s'étonner à bon droit que les lésions si diffuses de l'encéphale (sans vouloir préciser davantage une localisation encore discutée), qui, frappant électivement les centres coordinateurs de la vision binoculaire, y déterminent le trouble de fonction à l'origine du strabisme, épargnent à ce point des centres probablement voisins, commandant les mouvements associés de verticalité et de latéralité des globes.

En regard du syndrome moteur, le *syndrome sensoriel*, et ici également, même paradoxe que là : un cas d'*hémianopsie* contre douze d'atrophie optique. Paradoxe peut-être plus apparent que réel. Combien de cas, en effet, échappent à un contrôle rigoureux et sont méconnus en raison de l'âge du sujet, sans même envisager la déficience ordinaire des fonctions psychiques ! Nous ne pouvons mieux souligner la difficulté d'un tel examen qu'en reproduisant la note communiquée par M. Dupuy-Dutemps concernant l'unique cas observé (*Hémiplégie*, obs. X).

« Les yeux, dans les conditions normales, restent constamment déviés vers la droite, sans que la pupille dépasse jamais, vers la gauche, la ligne médio-palpébrale. Il n'y a pas cependant de paralysie des mouvements vers la gauche, car lorsqu'on examine l'enfant en plaçant un blépharostat, ou lorsqu'il se défend en fermant les paupières qu'on écarte de force, on voit les yeux se diriger vers la gauche avec l'amplitude normale.

On ne peut pas mettre en évidence une hémianopsie gauche, mais il est possible qu'elle existe et que s'explique par là la déviation habituelle des yeux vers la droite.

L'enfant ne regarde pas dans la direction de la lumière et ne tourne pas la tête dans cette direction, lorsque la lumière est à gauche. Il dirige, au contraire, le regard et tourne la tête vers la lumière, quand elle est placée à droite. »

L'un de nous, rapportant quatre de nos douze cas personnels, a déjà longuement insisté sur les *atrophies optiques* au cours des encéphalopathies infantiles et sur leur nature hérédo-syphilitique (2).

Plus récemment, la thèse d'Hervaux, inspirée par l'un de nous, a apporté une importante contribution à cette question (3).

Cliniquement, l'atrophie optique apparaît dans trois conditions essentielles. Elle peut, dans une première variété, la moins intéressante, succéder à une inflammation diffuse de la chorio-rétine, dont les lésions persistantes ne laissent place à aucun doute.

Parfois, elle est secondaire à une névrite dont on a pu suivre ou non l'évolution ; mais, dans tous les cas, l'aspect de la papille, plus ou moins décolorée,

(1) L. Babonneix et J. Blum. Syndrome de Parinaud au cours d'une encéphalopathie infantile chronique, *Gaz. des hôpit.*, 24 juillet 1929, n° 59.

(2) L. Babonneix. Atrophie optique liée à l'hérédo-syphilis, *Soc. d'ophtalm. de Paris*, mai 1925.

(3) D. Hervaux. *Th. de Paris*, 1926.

avec des bords flous et longtemps saillants, avec des vaisseaux altérés, impose le diagnostic.

Parfois enfin, la présence d'un disque bleu nacré, à limites nettes, sans grande modification des vaisseaux, l'évolution progressive et fatale vers la cécité, permettent d'admettre la forme d'atrophie dite essentielle, bien qu'une névrite rétrobulbaire méconnue puisse donner, mais plus rarement, le même aspect.

Cette atrophie optique relève, d'ordinaire, d'une méningite basilaire, celle-ci pouvant agir de deux manières : par compression simple; par propagation, les lésions inflammatoires se propageant des gaines du nerf et en particulier de la pie-mère au nerf lui-même.

Dans quelques cas, elle pourrait être non plus secondaire, mais primitive, qu'il s'agisse d'infiltration interstitielle du nerf optique, indépendante de toute pie-mérite spécifique ou de dégénérescence de type parenchymateux.

On conçoit donc tout l'intérêt thérapeutique d'un diagnostic précoce, à la phase de névrite, lorsque le traitement pourra encore en enrayer l'évolution et en éviter les redoutables conséquences.

En résumé, sur cent cinquante sujets environ, atteints d'encéphalopathies infantiles, cinquante et un d'entre eux présentent quelque trouble oculaire d'ordre moteur ou sensoriel et, pour ne nous attacher qu'aux troubles véritablement primordiaux,

— Soit un signe d'Argyll;
— Soit du strabisme;
— Soit une atrophie optique.

Loin de nous, d'ailleurs, l'idée de reconnaître la même importance étiologique à ces trois symptômes! Si au premier, se rattache, d'une manière étroite et indubitable, l'existence d'une syphilis, il semble bien que les deux autres doivent y faire penser, en l'absence de toute autre affection capable de les expliquer. Il en résulte que la constatation de l'un d'entre eux, au cours ou même en dehors d'un syndrome neurologique de l'enfance, doit déclancher la mise en œuvre de toutes les méthodes cliniques et sérologiques actuellement courantes, permettant d'affirmer le diagnostic et d'imposer une thérapeutique efficace.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de radio-diagnostic. — Squelette en général. Tête osseuse. Rachis. Bassin. Membres. par G. Chaumet, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8 raisin de VIII-364 p., avec 203 fig. — Prix : 60 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Cœur. Les médicaments cardiaques et l'électrocardiogramme, par P. Henrijean, professeur à l'Université de Liége. Deuxième édition. Un volume de 416 pages avec 187 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traitement des colibacilloses urinaires, par G. Francfort, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté, chef de clinique urologique à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-8 de 136 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE A DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
(Professeur Leriche.)

ABCÈS AIGU DU POUMON
GUÉRI APRÈS PHRÉNICECTOMIE

Par MM. René FONTAINE et Fernand ORBAN.

Parmi les méthodes dont dispose la collapsothérapie chirurgicale, la phrénicectomie constitue sans aucun doute le procédé le plus bénin. Son innocuité est telle qu'exécutée sous anesthésie locale, elle peut être appliquée à des malades dont l'état général est très altéré et qui ne supporteraient pas une intervention plus importante. Malheureusement, elle ne suffit pas, à elle seule, à guérir un abcès pulmonaire chronique, et même dans les formes aiguës et subaiguës elle échoue habituellement. Aussi la plupart des chirurgiens semblent-ils avoir abandonné la phrénicectomie dans les suppurations pulmonaires. Bien à tort, croyons-nous, car elle peut être dans ces cas d'une très grande utilité; dans les formes chroniques, elle permet souvent, grâce à l'amélioration passagère qu'elle procure, d'entreprendre l'opération radicale dans des conditions bien meilleures.

D'autre part, il semble bien établi actuellement (1) qu'elle peut, exceptionnellement il est vrai et surtout dans les suppurations de la base, suffire pour amener la guérison définitive d'un abcès aigu ou subaigu.

C'est un exemple de ce genre que nous rapportons aujourd'hui. Notre observation est suffisamment typique pour qu'il soit inutile d'y ajouter aucun commentaire.

Ma... (Charles), âgé de vingt-six ans, maçon, nous est confié le 20 septembre 1929 par la Clinique médicale A (professeur Merklen) pour un abcès pulmonaire du lobe inférieur droit. Son histoire est la suivante :

Alors qu'il n'avait jamais été malade auparavant, il ressentit brusquement le 21 juillet 1929, au matin, une vive douleur dans le côté droit de la poitrine. Se sentant fiévreux, il se coucha et devint rapidement très dyspnéique. Le lendemain, la douleur avait encore augmenté. La température dépassait 39 degrés. Le surlendemain, 23 juillet 1929, il se fit admettre à la Clinique médicale A. A son entrée, on nota :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, en bon état général, arrivant avec une température très élevée (39°4). Il est très cyanosé et fortement dyspnéique, et se plaint de douleurs intenses dans tout l'hémithorax droit.

A la percussion on constate une matité de bois prenant toute la moitié inférieure du poumon droit. Elle est plus

(1) Voir à ce sujet :

Desjacques. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des affections pulmonaires : la phrénicectomie, *Th. de Lyon*, 1926-1927.

La Chaux. Le traitement des gangrènes pulmonaires, *Th. de Paris*, 1927.

R. Fontaine. Les abcès pulmonaires au point de vue chirurgical, *Arch. des mal. de l'app. respir.*, 1928, t. III, n° 5.

Voir aussi :

Ismein et Paoli. Gangrène pulmonaire à évolution subaiguë; sérothérapie antigangréneuse; phrénicectomie; guérison, *Marseille méd.*, 5 sept. 1928.

marquée en arrière qu'en avant. Les vibrations vocales sont légèrement augmentées.

L'auscultation ne révèle aucun souffle et pas de râles; ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Aux rayons X, on trouve une infiltration dense de la moitié inférieure du poumon droit.

Le pouls est rapide (92), mais régulier et bien frappé.

Le reste de l'examen reste négatif. Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

En raison de l'asphyxie, on fait immédiatement une saignée de 300 centimètres cubes. Enveloppements humides et camphre.

Les jours suivants apparaissent des râles du côté gauche. On note également un souffle tubaire. A droite, on entend une respiration tubaire et des râles humides. Le malade garde une température oscillant entre 38 degrés et 39°5.

Le 29 juillet, les signes stéthacoustiques ont disparu à gauche, mais à droite les symptômes d'infiltration persistent, et le malade continue à être très dyspnéique. De l'égophonie et de la pectoriloquie aphone ont apparu.

Le 6 août 1929, la situation reste inchangée; la température est toujours élevée, dépassant souvent 39°5. L'état général s'altère, et le malade maigrit. La dyspnée demeure intense, et l'expectoration augmente en quantité; elle commence à devenir fétide. Une ponction exploratrice ne ramène rien.

Nouvelle ponction blanche le 18 août. L'infiltration persiste dans toute son étendue. La vaccinothérapie et le diénol ne changent rien à la situation qui reste inchangée durant tout le mois d'août.



Fig. 1. — Radiographie faite le 27 août 1929. — *Grosse infiltration des parties moyenne et inférieure du poumon droit.*

Le 27 août 1929, la radiographie montre que l'infiltration de la base s'est un peu résorbée; mais dans le lobe inférieur s'est constituée une masse arrondie opaque, correspondant sans aucun doute à un abcès.

Le 6 septembre, le malade fait une vomique assez abondante; ses crachats sont fétides et se décomposent en trois couches, tout en prenant les caractères typiques de l'expectoration dans les suppurations pulmonaires. La culture de ces crachats donne de l'entérocoque et du staphylocoque doré.

Les leucocytes sont à 13.200.

A la suite de la vomique, l'état s'améliore pour quelques jours et la température baisse, mais très rapidement elle remonte, et à partir du 15 septembre, l'état du malade est à nouveau très grave. Il est asphyxique, profondément infecté, et sa température dépasse 39°6.

Le professeur Merklen, craignant une issue fatale rapide si une thérapeutique plus active n'intervenait pas, nous fit alors transférer le malade avec le diagnostic d'abcès pulmonaire du lobe inférieur droit. Le dernier examen radiographique du 16 septembre 1929 avait montré au docteur Schaaf :

« Traînées interlobaires très nettes avec quelques bulles de pneumothorax. Autour, il reste de la broncho-pneumonie. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un abcès du poumon ou d'une pleurésie interlobaire perforée dans la bronche. »



Fig. 2. — Radiographie faite le 4 septembre 1929. *Image typique d'abcès du poumon.*

A son arrivée à la Clinique chirurgicale A, le malade était dans un très mauvais état général. Son poids était tombé de 62 à 48 kilogrammes; depuis des semaines, sa température oscillait autour de 39 degrés. Il crachait abondamment un pus malodorant. On entendait de nombreux râles sur toute la partie inférieure du poumon droit.

Dans ces conditions, il nous parut indispensable de limiter l'intervention au minimum, quitte à procéder en plusieurs temps, et c'est dans ce sens que nous fîmes, le 21 septembre 1929, sous anesthésie locale et par voie rétro-sterno-cléido-mastoïdienne, une phrénicectomie droite (26 centimètres). L'effet de cette intervention fut surprenant :

La température, qui était à 39 degrés le matin de l'opération, tomba à 37°4 le même soir, et à partir du quatrième

jour elle ne dépassa plus 37 degrés (rectal) le soir. La quantité journalière des crachats diminua rapidement, et à vue d'œil l'état général s'améliora.

Le 27 septembre déjà, nous pûmes faire lever notre malade pour une nouvelle radioscopie qui montra l'ascension du diaphragme et la persistance d'un épaississement en bandes horizontales entre les lobes supérieur et moyen droit. Tout niveau liquidien avait disparu, mais le lobe inférieur droit restait opaque.

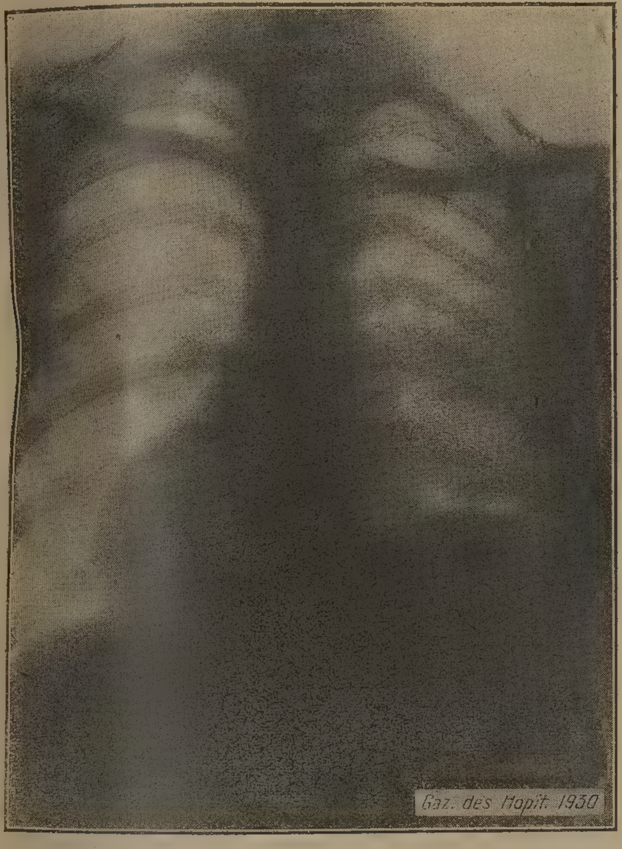


FIG. 3. — Radiographie faite quatorze jours après la phrénicectomie. — *Amélioration déjà très sensible.*

Quelques jours plus tard, le 5 octobre 1929, le docteur Schaaf nota :

« Le diaphragme droit est relevé, fixé et immobile. L'hémithorax droit est rétracté, avec des espaces intercostaux plus étroits. Il existe une infiltration de la moitié inférieure du poumon droit, limitée vers le haut par un épaississement interlobaire entre les lobes supérieur et moyen droit.

Infiltration à tendance scléreuse du lobe moyen et de la partie inférieure du lobe inférieur droit. »

A partir du 3 octobre, le malade se lève et circule dans les jardins de l'hôpital. Il se sent parfaitement bien. Son appétit et ses forces sont revenus. De son propre chef, il quitte le service fin octobre 1929.

Nous l'avons revu fréquemment depuis. Quelques semaines après l'opération, l'expectoration était presque entièrement tarie. La température est afébrile depuis l'intervention.

A l'examen physique, les râles ont rapidement disparu ; le 24 octobre, on n'entendait plus que quelques frottements, le long de la zone diaphragmatique. Au début de décembre, le malade reprend son travail qu'il n'a plus interrompu depuis.

Enfin, nous l'avons examiné pour la dernière fois le 22 février 1930, soit cinq mois après l'opération. Il se porte à merveille, travaille régulièrement, et a repris son poids initial de 62 kilogrammes. Il ne transpire pas la nuit et n'a jamais d'accidents fébriles. Son appétit est excellent. Il ne crache pas, sauf deux ou trois crachats muqueux et inodores chaque matin, dont l'examen bactériologique donne à l'examen direct : présence de bacilles Gram + en amas et en diplocoque. A la culture : pneumocoque, staphylocoque blanc et un court et gros bacille Gram qui ne pousse pas en milieu.

A l'auscultation, il ne persiste aucune matité. Les vibrations vocales sont un peu exagérées à la base droite. A l'auscultation, on perçoit en arrière, à droite, une légère rudesse, mais aucun râle, ni aucun frottement. Rien ne permettrait de supposer que ce malade a passé par une suppuration pulmonaire grave.

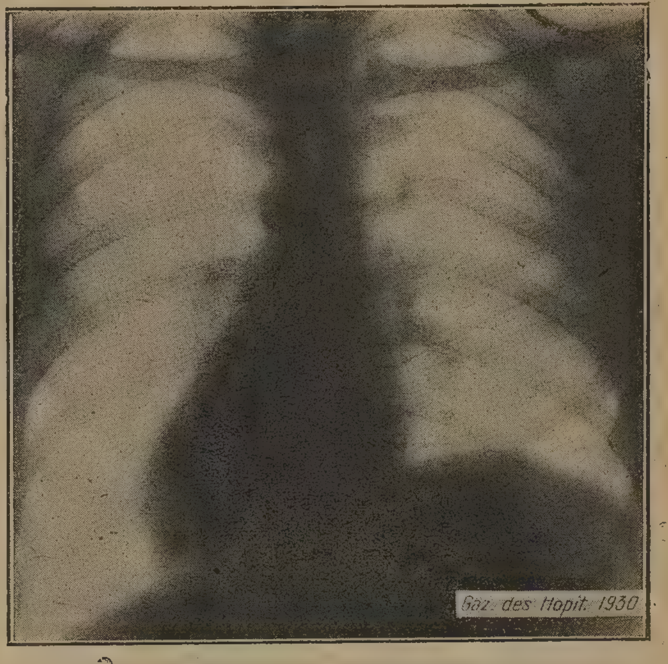


FIG. 4. — Radiographie faite le 21 février 1930 cinq mois après l'opération. — *Tout signe d'abcès a disparu. Noter la surélévation considérable du diaphragme.*

Un nouvel examen radioscopique montra :

Hémidiaphragme droit surélevé, anguleux, presque immobile.

Sclérose interlobaire linéaire entre les lobes droits moyen et inférieur.

A la base droite, quelques travées (sclérose bronchique). Autrement plus d'infiltrations.

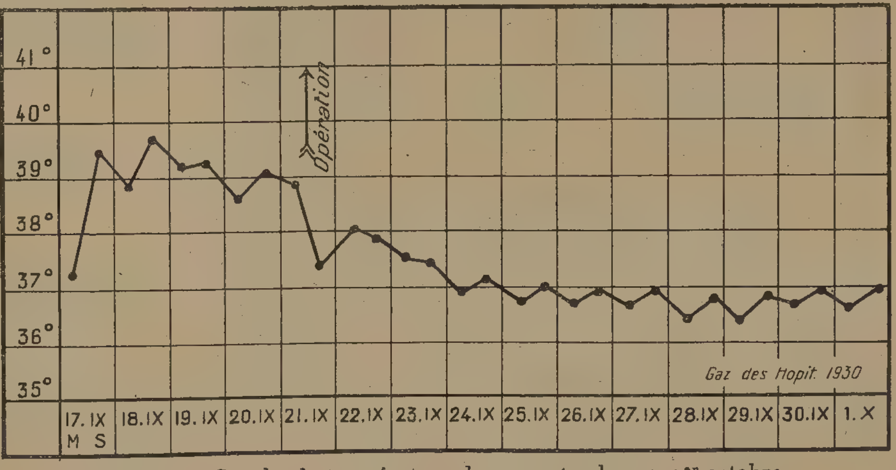


FIG. 5. — Courbe de température du 17 septembre au 1er octobre. *L'amélioration correspond à l'opération.*

En résumé, il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, atteint à la suite d'une bronchopneumonie grippale d'un abcès aigu du lobe inférieur droit qui finit par crever dans une bronche. Après deux mois d'une évolution extrêmement fébrile, durant laquelle on avait épuisé l'arsenal thérapeutique usuel, le malade nous fut confié. En raison de son état général très précaire, nous nous limitons à une phrénicectomie dans l'idée d'obtenir une amélioration nous permettant d'affaisser ultérieurement la cavité. Dès le soir de l'opération, le malade est afébrile et le reste ensuite. Il guérit complètement en peu de temps et a retrouvé sa capacité entière de travail.

C'est certainement là un beau succès à l'actif de la phrénicectomie dans les suppurations pulmonaires aiguës.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 MAI 1930)

Un cas d'agranulocytose chez une tuberculeuse traitée par la chrysalbine. — MM. JACOB et DONADY rapportent l'observation d'une malade chez qui apparut, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique torpide, apyrétique, une angine grave d'allure septicémique, l'hémoculture était négative. L'examen du sang révéla une agranulocytose de Schultz; l'évolution fut mortelle.

Un traitement par la chrysalbine était en cours lors du début de ces accidents. Les auteurs pensent le mettre hors de cause à cause des faibles doses pratiquées et de l'absence de tout signe d'intolérance aux injections de sels d'or.

Anémie pernicieuse traitée par un extrait de foie injectable. — MM. AUBERTIN et VOILLEMIN présentent un malade atteint d'anémie pernicieuse chez lequel les vomissements mettaient obstacle à l'ingestion de foie. Il fut traité par des injections intramusculaires d'extrait de foie. Il y eut une amélioration et le chiffre globulaire monta de 1 million à 1.900.000; mais ce chiffre ne put être dépassé. On reprit l'ingestion de foie rendue possible par l'amélioration des troubles digestifs, et le chiffre globulaire remonta rapidement à 4.360.000.

Eventration diaphragmatique et pneumothorax associé. — MM. M. LABBÉ, BOULIN, AZERAD et SOULIÉ présentent un malade chez lequel ils ont trouvé associés un pneumothorax spontané de la base gauche et une éventration diaphragmatique avec ascension énorme de l'estomac dans la cavité thoracique. Les auteurs discutent l'origine de l'attraction phréno-gastrique qu'ils attribuent à la pression négative exercée par le pneumothorax combiné à une symphyse épaisse du diaphragme et de la base pulmonaire visible sur les radiographies.

Bradycardie au cours d'un ictère spirochétosique sans rétention des sels biliaires. — MM. P. ABRAMI et Robert WORMS rapportent l'histoire d'une spirochétose dont l'évolution est marquée par l'existence d'une bradycardie prononcée : le nombre des pulsations, pendant deux semaines, se maintient entre 40 et 50. Or, pendant tout le cours de la maladie, les sels biliaires paraissent déversés normalement dans l'intestin. Il faut retenir, par contre, que la réaction méningée s'est montrée intense et tenace; peut-être a-t-elle joué un rôle dans le cas particulier.

Au moment où le rôle physio-pathologique des sels biliaires est ainsi remis en discussion, en raison surtout des résultats expérimentaux, il est intéressant d'enregistrer ce fait d'observation clinique.

Le signe du lacet. — M. P.-Emile WEIL reprend l'étude du signe du lacet qui consiste en l'apparition chez certains sujets de fines pétéchies quand on applique au bras près du coude pendant dix minutes un lien modérément serré.

Ce signe, décrit jadis par Weill et Chalier, par Frugeni, dans les grands purpuras, se voit dans l'hémogénie, dans l'hémophile-hémogénie, dans les états hémorragiques des hépatiques.

L'auteur montre qu'il existe dans les splénomégalies primitives chez les hépatiques, chez les pléthoriques, chez les individus porteurs d'angiomes congénitaux, et parfois aussi chez les variqueux.

L'auteur montre que ce signe permet de déceler la fragilité des capillaires et qu'il jette un jour sur l'état fonctionnel du foie et de la rate, organes qui régissent pour la plus grande part le tonus, la statique et la formation du système vasculaire microscopique.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. Importance du régime déchloruré. — MM. A. LEMIERRE, LAUDAT, RUDOLF et CATTAN rapportent l'histoire d'un homme atteint de néphrose lipoïdique dont ils ont poursuivi l'étude pendant six mois.

Les auteurs insistent sur la nécessité de maintenir strictement le régime déchloruré chez les patients atteints de néphrose lipoïdique et surchargés d'œdème. Si le régime n'entraîne pas la fonte des œdèmes, il en entrave la progression et favorise l'action de thérapeutiques adjuvantes qui peuvent être mises en œuvre. Par ailleurs, ce régime doit être riche en albuminoïdes.

Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. — MM. SERGENT, BAUMGARTNER et KOURILSKY rappellent que dans leur travail présenté à l'Académie de médecine le 26 février 1929 ils ont longuement discuté les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires et constatent que leurs conclusions ont été intégralement reprises par MM. Léon-Kindberg et Robert Monod.

Syndrome de néphrose secondaire à un syndrome de néphrite chronique. — MM. LESNÉ, MARQUÉZY et WALLICH rapportent les observations de deux néphroses pures chez des enfants de deux ans et demi et quatre ans et demi. Ils insistent sur les heureux effets de la médication thyroïdienne et du régime déchloruré. D'autre part, ils attirent l'attention sur des mouvements fébriles observés chez leurs petits malades à plusieurs reprises en rapport, tantôt avec une déperdition aqueuse véritable (urine, diarrhée, ponction d'ascite), tantôt avec une ingestion de sel s'accompagnant au contraire de rétention aqueuse.

Méningite staphylococcique et septicémie à porte d'entrée peu commune : le trou sus-orbitaire. — MM. Th. DIMITRESCO et BOLINTINÉANO (de Bucarest).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 7 MARS 1929)

La thérapeutique bactériophagique en pratique courante. — M. THÉVENARD rappelle que cette méthode qui fut une méthode d'exception au moment de la découverte d'Hérelle et réservée par suite des rigueurs de sa technique aux seuls bactériologistes expérimentés, est devenue pratique grâce aux progrès du laboratoire qui est arrivé à créer des stocks bactériophages à polyvalence étendue; la bactériophagie est actuellement à la portée de tout praticien. En raison des résultats qu'elle a donnés, l'auteur pense que cette méthode

mériterait d'être mise en œuvre dans un très grand nombre de cas.

Syphilis acquise sans chancre initial. — M. P. RENAULT présente trois observations qui paraissent convaincantes. Pour deux d'entre elles, il s'agissait d'hommes examinés journellement, circonstances dans lesquelles un chancre aurait pu difficilement passer inaperçu.

Les traitements actuels de la colibacillose. — M. SCHNEIDER passe en revue les divers traitements proposés jusqu'à ce jour. Les vaccins sont utiles; mais ils ne servent qu'à atténuer la virulence du microbe et ne guérissent que les phases aiguës de la maladie. Il en est de même de la sérothérapie. La désinfection intestinale est évidemment d'importance primordiale, la désinfection urinaire très utile. Mais ces traitements sont souvent décevants à moins que parallèlement, on ne s'attache à modifier le terrain morbide. L'auteur recommande dans ce but, les injections de sel de bismuth à petites doses, longtemps répétées. Le bismuth aurait une action de choc et serait, en outre, un véritable spécifique du colibacille.

Les acides organiques urinaires, leur intérêt clinique. — M. GOIFFON montre que le dosage des acides organiques urinaires est facile et fournit en clinique des données intéressantes. Ils sont augmentés toutes les fois qu'il existe un ralentissement des oxydations. Il en est ainsi dans les insuffisances respiratoires, soit fonctionnelles, soit par lésions pulmonaires, dans les anémies prononcées, dans l'alcalose, dans certains cas d'obésité, et en général, dans les maladies où existe un ralentissement de la nutrition. Ce dosage est également précieux pour aisément apprécier et suivre l'intensité des cétoses. Cette donnée est d'autant plus instructive qu'on la compose des autres éléments de l'équilibre acide-base des urines.

La graphologie à l'usage du médecin. — M. STRELETSKI estime que tout clinicien doit avoir recours à la graphologie, moyen pratique de connaître au moins en partie les éléments constitutifs de la personnalité normale ou pathologique.

Le document graphique qui a sa place dans le fichier de tous les thérapeutes a l'avantage d'être objectif, peu coûteux, facile à obtenir et à consulter hors de la présence du malade. En particulier, l'étude minutieuse du graphisme permet de suivre l'action du traitement glandulaire, d'en interpréter le sens, d'en modifier, d'en fixer la posologie.

Enfin, la graphothérapie ou psychothérapie graphique, par l'élimination volontaire de certains signes graphiques péjoratifs, constitue un chapitre important de la discipline psychomotrice.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 MARS 1930)

Éloge de Maurice Péraire, par M. Raymond BONNEAU.

Epididymite infectieuse avec anomalie du canal déférent. — M. BONNET fait un rapport sur une observation de M. Ehrenpreis (de Paris). L'auteur a fait une épididymectomie pour une lésion infectieuse de cet organe où les examens de laboratoire n'ont révélé ni tuberculose, ni syphilis, ni gonococcie. Par contre, il y avait une anomalie du canal déférent qui était perceptible en dehors du bord externe de la prostate.

Hémianopsie bitemporale par fracture du crâne. — M. BARBARIN fait un rapport sur un travail de M. Coutela (de Paris). L'importance des troubles de la fonction visuelle est un signe de localisation qu'on ne doit pas négliger dans l'étude des traumatismes cranio-encéphaliques. L'observation de M. Coutela qu'on peut considérer comme rare montre qu'une hémianopsie bitemporale indique une lésion évidente du chiasma sans qu'il soit possible d'en préciser la nature.

Néphrite aiguë mercurielle. Anurie. Décapsulation et néphrotomie. — M. LAVENANT communiquant cette observation d'anurie montre que les formes graves consécutives à l'intoxication mercurielle sont justiciables de la décapsulation et de la néphrotomie. Ces interventions qui décongestionnent le rein remédient à l'anurie tout en favorisant la restauration cellulaire. L'examen clinique et humoral permettra d'intervenir de façon assez précoce et non in-extremis après l'échec du traitement médical.

Fermeture intrapéritonéale des fistules cæcales. — M. BRESSOT (de Constantine) est intervenu quatre fois avec succès par ce procédé pour des fistules cæcales. L'auteur insiste sur les précautions à prendre, avant l'intervention, pour assurer au malade une sécurité absolue.

Kyste dermoïde de l'ovaire et grossesse. — M. MULLER (de Belfort) a opéré une femme enceinte de quatre mois qui présentait un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, inclus dans le ligament large, dont le volume dépassait celui de l'utérus. Extirpation du kyste. Fausse couche consécutive sept heures après.

Des opérations substituées à l'énucléation et en particulier de l'amputation du segment antérieur du globe oculaire. — M. BOURGUET fait un rapport sur un travail de M. Coutela (de Paris) qui, après avoir passé en revue l'énucléation et l'éviscération du globe oculaire expose la manière dont il pratique l'amputation du segment antérieur. Le passage des fils, tel qu'on le fait habituellement, peut amener de l'ophtalmie sympathique. Le procédé de M. Coutela consiste à exclure de la suture la choroïde et la rétine.

Fibrome pédiculé cervical inclus dans le ligament large. — M. CRESSON présente l'observation et la pièce opératoire d'un volumineux fibrome développé aux dépens du col de l'utérus dans la base du ligament large et rétro-péritonéal. Il a pu l'énucléer après une hystérectomie subtotale par décollation antérieure et incision du ligament large.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

LE PYRÈTHRE, PHARMACODYNAMIE ET THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur J. CHEVALIER.

Cet intéressant article, qui expose la question au point exact où les travaux scientifiques récents l'ont portée consacre la remarquable action vermicide de cette drogue, que son manque absolu de toxicité pour l'homme place en tête des anthelminthiques connus jusqu'à ce jour.

Après un rapide exposé de l'historique des recherches qui ont permis d'isoler les principes actifs de la plante et de les caractériser au point de vue chimique, l'auteur procède à l'étude complète de l'action des Pyréthrines sur les principaux êtres vivants, depuis les protozoaires jusqu'aux vertébrés. Il conclut à une action identique pour tous se traduisant par une courte phase d'hyperexcitabilité à laquelle fait bientôt suite de la paralysie nerveuse et musculaire, déterminant rapidement la mort. Il met ensuite en valeur la grande sensibilité des animaux à sang froid vis-à-vis de ces corps, dont des quantités excessivement faibles (2/10 de milligramme pour la grenouille) suffisent à déterminer la mort. La disparition de la toxicité chez les homéothermes s'explique par le

(1) *Bulletin des sciences pharmacologiques*, mars 1930.

fait qu'il y a saponification des pyréthrines au contact du sang et de toutes les sécrétions alcalines de leur organisme.

Abordant enfin l'application thérapeutique, il relate les remarquables résultats obtenus dans le traitement des divers parasites. La posologie du produit est maintenant mise au point et son mode d'administration nouveau, sous forme de « Perles glutinisées », qui le soustrait à l'action du suc gastrique, le rend d'une efficacité presque constante.

LIVRES NOUVEAUX

L'Année médicale pratique (1), publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. Préface du professeur E. Sergent.

Comment le médecin d'aujourd'hui, submergé par d'innombrables publications médicales, peut-il augmenter ses connaissances avec profit et sans perte de temps?

Il lui faut un petit volume annuel, dans lequel des auteurs compétents exposent, chacun dans leur spécialité, les notions médicales à la fois nouvelles et pratiques. Il est nécessaire que ces articles de mise au point soient courts, et suivis d'indications bibliographiques destinées à permettre, le cas échéant, une documentation étendue. Il importe aussi que ces petits articles soient classés par ordre alphabétique, de façon que le médecin puisse trouver en quelques secondes le renseignement désiré.

Il est utile également qu'après ces articles soient mentionnés les nouveaux décrets ou règlements divers, ainsi que les nouveaux médicaments, appareils et livres de l'année. Enfin on ne saurait trop se féliciter de trouver à la fin un index alphabétique des notions nouvelles des quatre années précédentes.

Ce programme parfait est heureusement réalisé dans l'*Année médicale pratique*. Les nouveaux médecins qui connaissent ce petit volume ont tous les ans sur leur bureau l'édition de l'année et sont unanimes à se demander comment ils avaient pu jusque là se passer de l'*Année médicale pratique*. L. G.

(1) Un volume in-16, 573 p., 26 fig. — Prix : 26 fr. — Paris, R. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam.

Traitement des affections neuro-cutanées. Prurits, dermites provoquées ou simulées, dermatoses neuro-humoro-circulatoires, infections neuro-cutanées (1), par E. Juster, ex-assistant d'électrothérapie à la Salpêtrière, assistant à l'hôpital Saint-Louis. Préface de M. A. Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ce chapitre de la dermatologie, limité longtemps aux prurits et aux prurigos, groupe aujourd'hui une série d'affections que l'on considère comme de nature et de pathogénie nerveuses et que l'on cherche à expliquer par des causes toxiques, auto-toxiques et hétéro-toxiques.

La peau, en effet, n'est pas un tissu, mais un véritable organe, organe complexe de protection, de circulation, de sécrétion, d'excrétion, d'absorption et d'élimination, un organe de sensibilité spécial. Ces différentes fonctions reflètent les conditions de vie et de fonctionnement des organes internes. A côté de la vie autonome de la peau, elle aussi

(1) Un volume de 126 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

régie par les nerfs neuro-végétatifs, il existe une multitude de troubles reflétant le dysfonctionnement d'autres tissus ou glandes troublés dans leur vie neuro-végétative.

Dans ce petit ouvrage qui mérite l'attention aussi bien des cliniciens que des physiologistes, le docteur Juster n'expose que des faits par lui-même étudiés, et il n'indique pour les dermatoses assez fréquentes que des traitements pratiqués en accord avec des données scientifiques nouvelles et exactes.

Voyages en France [1787-1789-1792] (1), par Arthur YOUNG. Précédé d'une étude de Pierre DEFFONTAINES.

La France de 1789 à 1792, la Vieille France, vue au moment où elle va disparaître à jamais au cours d'une des plus formidables tourmentes que l'Histoire ait connues.

Vue par un Anglais flegmatique, observateur minutieux et indépendant. Il a su voir et tout voir : il a traversé les milieux les plus divers, parcouru villes et campagnes, routes et quartiers, a habité les auberges.

Il est entré dans les théâtres et dans les clubs des cités populeuses où la Révolution a germé.

Livre représentatif au suprême degré. — Livre rare — original au plus haut point dans sa simplicité... à lire et à méditer.

Et nous devons notre gratitude à cet Anglais — par aventure intelligent — qui a enseigné à ses compatriotes, en 1792, cette vérité première : que la garantie de l'indépendance de son pays n'existait que par la liberté du nôtre.

Vérité première que les Anglais de 1930 devraient se répéter sans cesse...

(1) Beau volume in-16 jésus, 8 illustrations hors texte et une carte en dépliant. — Prix : 12 fr. — Paris, Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard, Paris (VI°).

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS CÉRÉBRALES

Sous ce nom, il faut comprendre non seulement les tumeurs du tissu nerveux et des enveloppes, mais aussi toutes les néoformations intracraniennes (osseuses, vasculaires, parasitaires) pouvant comprimer et détruire les centres nerveux.

Toutes réalisent en effet le même syndrome, commun à toutes les tumeurs cérébrales, l'*hypertension intracranienne*, à laquelle se surajoutent de façon variable des syndromes de localisation. Nous verrons combien ces deux ordres de signes peuvent être discrets et dissociés, rendant souvent le diagnostic très difficile.

Les tumeurs cérébrales se rencontrent à tout âge; les plus fréquentes sont celles de l'adulte; chez l'enfant, il s'agit le plus souvent de tuberculose cérébrale.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les cas schématiques, l'hypertension intracranienne ouvre la scène et les signes localisateurs évoluant parallèlement compléteront un tableau classique. Mais parfois les signes hypertensifs sont tardifs ou, au contraire, absolument isolés; inversement, des symptômes topographiques peuvent rester longtemps au premier plan, surtout dans certaines « zones sensibles » de l'encéphale.

Nous pouvons donc tout d'abord étudier le *syndrome commun d'hypertension intracranienne*.

Signes d'hypertension intracranienne. — Les signes qui amènent le malade à consulter sont variables.

La céphalée est souvent le signe du début et le plus constant. Elle s'installe tantôt en quelques heures, tantôt progressivement, augmentant de jour en jour. Elle est intense, extrêmement pénible (sensation d'éclatement, de martèlement) et s'accompagne à la longue de torpeur et d'apathie, d'un état soporeux avec hébétude bien particulière.

Son siège souvent imprécis peut être bien localisé et même trouvé à la percussion, mais ce signe est sans grande valeur. La douleur est continue, exacerbée par les mouvements, les efforts, le bruit; elle peut s'atténuer spontanément pendant quelques heures, mais elle n'est nullement influencée par les analgésiques. Elle ne cède qu'à *la ponction lombaire*.

Des vertiges sont fréquents, soit à type Ménière, soit à type giratoire; au maximum ils réalisent une pseudo-ataxie avec troubles de la démarche.

Ils s'associent parfois à des *troubles auditifs* (hypoacousie, bourdonnements).

Les vomissements à type cérébral « en fusées », sans grands efforts, sont classiques ; mais il faut savoir qu'ils peuvent s'accompagner de troubles digestifs. Ils coïncident souvent avec une recrudescence de la céphalée.

En dehors de ces quelques signes principaux, on peut observer :

Des crises épileptiques soit généralisées, soit à type Bravais-Jackson.

Des paralysies oculaires, ou des parésies des membres, soit centrales avec hypereflectivité et phénomènes pyramidaux, soit périphériques avec aréflexie. Ces différents symptômes n'ayant alors aucune valeur localisatrice.

Des troubles psychiques : dépression, torpeur, somnolence, pouvant alterner avec des phases d'excitation.

Parfois un seul de ces divers symptômes ouvre la scène, et peut, pendant des mois, être isolé. C'est ainsi qu'on a décrit des *formes céphalalgiques*, *démentielles*, *motrices*, *vertigineuses* ou *digestives*.

EXAMEN DU MALADE. — Ces symptômes doivent inciter à rechercher deux signes essentiels : la bradycardie, la stase papillaire.

La bradycardie est souvent très marquée, le pouls plein bat à un rythme voisin de 50. Le rythme respiratoire est également ralenti.

Les troubles visuels sont moins apparents, l'acuité visuelle est souvent normale. Aussi faut-il recourir à l'**examen du fond d'œil**. Il révèle, en effet, la *stase papillaire* qui est presque pathognomonique des hypertensions intracraniennes.

Au début, l'examen ophtalmoscopique ne révèle qu'un peu d'hyperhémie de la papille avec estompement des bords, surtout du côté temporal.

Puis l'hyperhémie augmente, la stase veineuse se manifeste par un lacis veineux dilaté, flexueux. Au voisinage de la papille, la rétine est semée de macules hémorragiques ou d'exsudats. La papille elle-même est œdématiée, *saillante*; ses bords sont effacés.

Plus tard la saillie s'accentue, la papille s'étale; les vaisseaux dilatés et flexueux disparaissent dans l'œdème. A ce moment, en quelques semaines, l'acuité visuelle baisse nettement; il faut intervenir rapidement si l'on veut éviter l'*atrophie optique*. La papille se décolore, s'efface, devient d'un blanc éclatant. C'est la *cécité* irrémédiable.

La stase papillaire constitue donc un signe précis d'hypertension intracranienne. Elle peut cependant manquer; on a alors proposé de mesurer la tension des vaisseaux rétiniens par des procédés spéciaux. Elle peut enfin être unilatérale, sans répondre dans tous les cas à la tumeur. Enfin elle n'est pas propre aux tumeurs cérébrales puisqu'elle se rencontre au cours de certaines épendymites, et de méningites séreuses.

Aussi la *ponction lombaire* a-t-elle une valeur encore plus grande.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Sont désignés pour faire partie du jury du prochain concours de l'internat (épreuves écrites) : MM. Carrié, Cathala, Léon-Kindberg, Turpin, Oberlin, Huet, Girode, Aubin, Cleisz.

MM. Carrié, Cathala et Oberlin ont accepté.

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. le docteur Alfred-Ernest-Léopold Cousin, mort victime de son dévouement à Tunis, le 5 juin 1930. Il n'a cessé, depuis 1905, de lutter contre les plus redoutables épidémies qui ont sévi dans la régence de Tunis. Il s'est inoculé à lui-même le typhus exanthématique pour en déterminer plus complètement l'étiologie, et a combattu ce même fléau pendant la retraite de Serbie. A été l'âme et le chef de la défense contre la récente épidémie de peste pulmonaire de Tunis (décembre 1929-janvier 1930), restant enfermé au contact des pestiférés pendant une grande partie du temps des mesures d'isolement. Son exemple a entraîné une discipline et un dévouement absolus de tout le personnel médical durant cette pénible épreuve.

Affaibli par l'abus constant de ses forces, le docteur Cousin s'est éteint, épuisé, entouré de l'admiration et de l'affection générales. (*J. O.*, 12 juin 1930.)

MINISTÈRE DES PENSIONS. — SOINS GRATUITS AUX MUTILÉS DE LA GUERRE. — Le décret du 25 octobre 1922 est modifié comme suit :

ART. 74. — L'article 74 est rectifié de la façon suivante :

Injection de sérum physiologique, 25 fr.

Injection intra-veineuse médicamenteuse, 30 fr. (autre que celle de novarsénobenzol).

Injection intra-veineuse de sérum physiologique, 40 fr.

Injection intra-veineuse de novarsénobenzol : la première, 50 fr. ; les suivantes, 40 fr.

Injection sous-cutanée de sérum antitoxique, 25 fr.

Injection modificative (Calot), 30 fr.

Prise de sang pour Wassermann ou réactions analogues, 25 fr.

Abcès de fixation, comprenant l'injection, l'incision et les pansements consécutifs, 75 fr.

Hémothérapie (auto ou hétéro), 30 fr.

Ponction lombaire, 60 fr.

Ponction de la plèvre (évacuatrice) 80 fr.

Ponction d'ascite, 68 fr.

Saignée, 50 fr.

Traitement de l'asphyxie (avec tractions rythmées de la langue, respiration artificielle), 60 fr.

Tubage de l'estomac, à jeun ou après repas d'épreuve, 50 fr.

Tubo-lavage, 50 fr.

Lavage de l'estomac, 50 fr.

Pansement de petite brûlure, 1 ou 2 doigts, 20 fr.

Pansement moyen (surface de la main), 30 fr.

Pansement grand, 75 fr.

Pansement vaste, 100 fr. (*J. O.*, 12 juin 1913.)

MARINE. — Le prix de médecine navale pour 1930 a été attribué *ex æquo* :

A M. le médecin en chef de 2e classe Hederer, pour son travail intitulé : « L'arme chimique et ses blessures » ; et à M. le médecin de 1re Le Bourgo, pour son travail intitulé : « Les ostéomyélites de guerres réchauffées ».

D'autre part, une mention très honorable a été accordée à cette occasion aux officiers du corps de santé dont les noms et les travaux suivent :

M. le médecin principal Artur : « Rapport sur l'inspection médicale du travail, à l'arsenal de Lorient et notes sur quelques cas d'intoxication par les vapeurs de zinc ».

M. le pharmacien chimiste de 1re classe Audiffren : « Dosage de l'acide arsénieux libre et de l'acide arsénieux combiné au cuivre, dans le vert de Schweinfurth ».

M. le médecin de 1re classe Belot : « Le trachome dans la marine en Afrique du Nord ».

M. le médecin principal Esquier : « La méthode syphilimétrique des Vernes et plusieurs observations de dermatologie et de syphiligraphie ».

M. le médecin de 1re classe Mondon : « Une série d'observations concernant en particulier des maladies de sang ».

M. le médecin principal Penaud : « De la défense des intérêts de l'Etat en matière de pension par la preuve contraire par anticipation, dès l'incorporation. »

M. le médecin principal Polack : Notes sur le service médical dans l'établissement d'Indret. « Sur la protection de l'oreille dans la marine. »

MONUMENT DU PROFESSEUR GILBERT A BUZANCY. — La réplique du médaillon élevé à la mémoire du professeur Gilbert à l'Hôtel-Dieu a été inaugurée à Buzancy (Ardennes), sa ville natale, le 15 juin.

De nombreux élèves et amis se sont réunis à cette occasion à Buzancy.

HOMMAGE A UN PRÉCURSEUR DE PASTEUR. — Sur l'initiative de la Société médicale de Pau, un hommage vient d'être rendu à la mémoire du docteur Henri Duboué dont les travaux sur la rage ont eu le mérite de précéder de peu ceux de Pasteur.

Le docteur Doléris, ancien président de l'Académie de médecine, rappela les travaux de Duboué sur la rage. Il montra que Duboué découvrit, dès 1879, le siège du mal dont Pasteur devait trouver le traitement préventif et curatif. L'hypothèse appartient au premier, la glorieuse réalisation à l'immortel Pasteur.

Puis M. le docteur Goudard, président de la Société médicale de Pau, dans un magnifique discours, exposa l'œuvre de Duboué en clinique, en physiologie, en thérapeutique et en climatothérapie; il retraça en termes émouvants la vie de ce savant qui fut un des grands bienfaiteurs de sa cité.

Après la réunion, une plaque commémorative fut placée sur la maison habitée jadis par Duboué.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE LIÉGE 1930. — Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. (LIÉGE, 14-18 septembre 1930). — Le programme de la session de physiothérapie de Liége comprendra six rapports généraux : la question du rhumatisme, le traitement des affections nerveuses, l'enseignement de la physiothérapie.

Dans la section de cinésie, y compris l'éducation physique, neuf rapports et vingt-sept communications sont annoncés; en radiologie, cinq rapports et vingt-quatre communications; en hydrologie, trois rapports et dix-neuf communications; en électrologie, quatre rapports et trente-six communications; en actinologie, sept rapports et trente-cinq communications.

La publication de ces rapports étant commencée, il importe d'adresser les adhésions sans retard au docteur Dubois-Trépagne, 25, rue Louvrex, à Liége. La cotisation est de 150 fr. (francs belges).

C'est l'Agence Havas qui est chargée de tout ce qui concerne l'organisation du voyage et le séjour.

Les visites de l'Exposition internationale de Liége et de la ville de Spa sont prévues dans le programme.

JOURNÉES PROPHYLACTIQUES DE PARIS-ROUEN (19 au 21 juin 1930). — PROGRAMME. — *Jeudi 19 juin.* — A 9 h. 30 : Hôpital Saint-Louis, amphithéâtre Fournier :

1° Conférence sur « L'organisation générale de la lutte contre la syphilis », par M. le docteur Cavaillon, chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes, au ministère de la Santé publique.

2° Conférence sur « Le traitement de la syphilis », par M. le professeur Henri Gougerot.

3° Visite de l'hôpital Saint-Louis.

A 15 h. : Visite du dispensaire de Saint-Ouen et du laboratoire central de sérologie de la Ligue nationale française contre le péril vénérien (84, boulevard Victor-Hugo, à Saint-Ouen), sous la direction de M. le docteur Louis Queyrat, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

(Rassemblement à 14 h. 30 à la porte de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, et départ en auto pour Saint-Ouen.)

Vendredi 20 juin. — A 9 h. 30 : Faculté de médecine de Paris, grand amphithéâtre :

1° Conférence sur « La lutte contre la syphilis héréditaire », par M. le professeur Couvelaire, membre de l'Académie de médecine.

2° Conférence sur « Les examens sérologiques appliqués au diagnostic de la syphilis et au contrôle du traitement », par M. le docteur Marcel Pinard, médecin de Cochin.

A 14 h. : Visite du dispensaire des maladies héréditaires à la Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, sous la direction de M. le professeur Couvelaire et de M. le docteur Marcel Pinard.

A 16 h. : Visite de l'Institut prophylactique, 36, rue d'Assas (VIe).

Conférence sur « Le traitement des syphilitiques, contrôlé et guidé par les méthodes de l'Institut prophylactique », par M. le docteur Arthur Vernes.

Samedi 21 juin. — A 8 h. : Départ pour Rouen, gare Saint-Lazare. (Les personnes inscrites pour le voyage de Rouen, devant voyager avec un billet collectif, devront se grouper très exactement à l'entrée du quai de départ, à 8 h.)

A Rouen, à 10 h. : Visite du service de M. le docteur Payenneville, dispensaire et laboratoire à l'hôpital général.

A 11 h. 30 : Visite du service sanitaire municipal.

A 12 h. : Départ de l'hôpital général pour Caudebec-en-Caux.

Après le déjeuner, visite des abbayes de Jumièges, de Saint-Wandrille et de Saint-Martin-de-Boscherville.

A 18 h. : Départ de Rouen pour Paris.

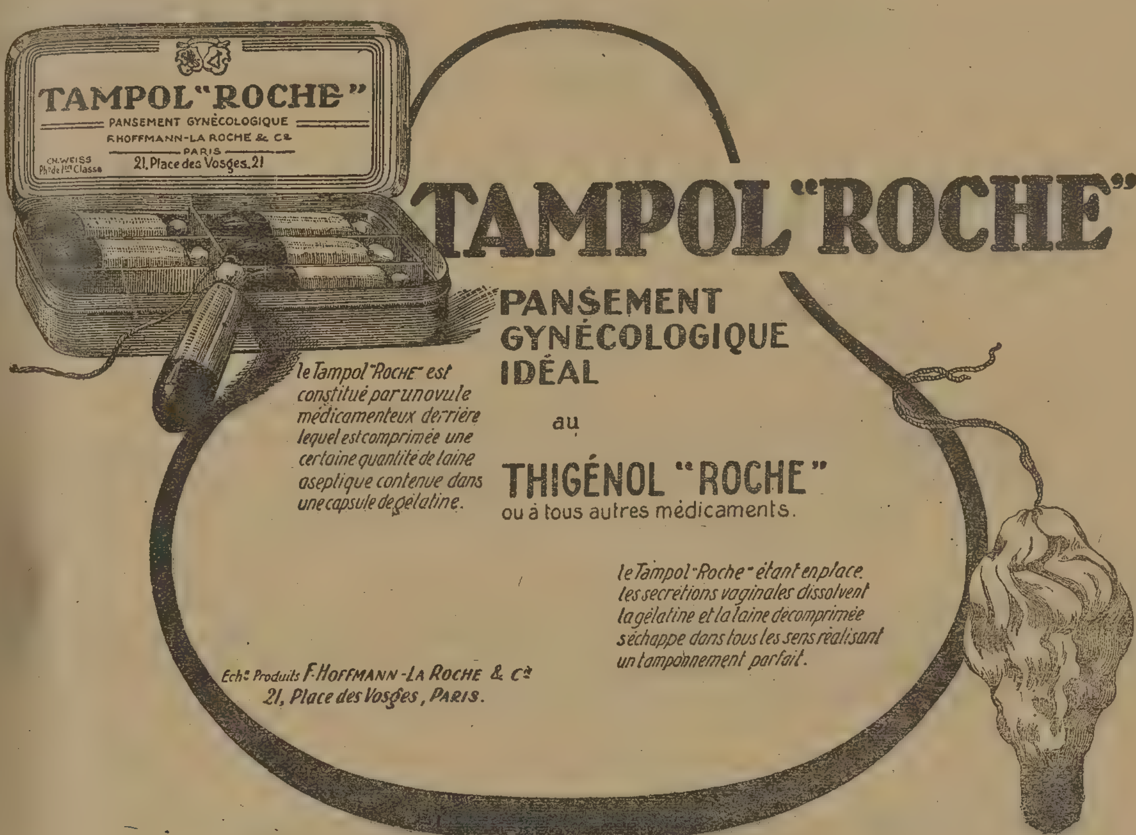
MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE. — COURS DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET DE STÉRILITÉ. — Sous la direction de M. le docteur Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, avec le concours de MM. les docteurs Siredey, Léopold-Lévi, Dausset, Ravina, Lacomme, Sauphar, Guillemin, Seguy, Colombet et Marcel.

Les cours théoriques et pratiques auront lieu à la salle de cours de la maternité de l'hôpital Lariboisière.

Les inscriptions pour les cours sont reçues dans le service de la maternité de Lariboisière.

Le nombre des inscriptions est limité.

Les droits d'inscription pour les deux cours sont de 400 fr.



Traitement de l'Asthme et de l'Emphysème

(Méthode du Dr Paul CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules de polypeptones iodées et de chlorure de calcium-jaborandi, à mélanger extemporanément

(injections intramusculaires)

Pour la conduite du traitement dans les différents asthmes, voir : Paul CANTONNET, *Le traitement curatif de l'asthme* (2e édit., Maloine, 1929. Prix : 6 fr.).

LABORATOIRES BELIERES — PHARMACIE NORMALE, 19, rue Drouot, PARIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bactériuries, pyélites et pyélonéphrites, par G. LEPOUTRE, professeur à la Faculté libre de Lille. In-8 de 240 pages, avec 13 fig. dans le texte et 8 pl. hors texte. Prix : 45 fr. — Paris, Doin et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES AMYOTROPHIES SPINALES CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES

Par J. LHERMITTE,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Médecin à l'hospice Paul Brousse.

Depuis longtemps, on a remarqué que les traumatismes assez violents des membres ou du tronc s'accompagnent assez fréquemment d'atrophie musculaire et on a cherché la raison du développement de la lésion musculaire dans les altérations supposées des nerfs ou des centres de la moelle et du cerveau. Un très grand nombre de ces cas reconnaissent une explication très simple aujourd'hui, et la relation entre le traumatisme et l'atrophie musculaire est parfaitement claire. Nous faisons allusion ici aux faits si nombreux de blessures des nerfs, qu'il s'agisse de contusion, d'attrition ou d'élongation et aux modifications conditionnées directement par la violence du traumatisme sur la moelle elle-même. Toutes les atrophies musculaires quelle qu'en soit l'étendue, ont pour caractère majeur d'apparaître, sinon immédiatement, car il faut un certain temps pour que le muscle maigrisse et s'atrophie, du moins après une phase très courte de latence. Ajoutons que, dans les faits de ce genre, le traumatisme est suivi d'une paralysie étendue ou limitée et que c'est dans le territoire de cette paralysie que se développent les atrophies.

Nous le répétons, la pathogénie des altérations régressives du muscle est des plus simples puisque nous en saisissons l'origine dans une destruction plus ou moins complète des cylindraxes ou des neurones spinaux, provoquée par le choc traumatique.

Mais, à côté de ces faits, il en est d'autres dont l'étude est beaucoup plus intéressante parce que le mécanisme en est beaucoup moins connu. Il importe de les discriminer d'avec les atrophies musculaires, en apparence consécutives au traumatisme mais qui, en réalité, sont liées à une tout autre cause.

*
* *

Lorsqu'on considère le contenu de la littérature médicale sur ce sujet, on est frappé par la disparité des observations qui sont rangées dans le chapitre des atrophies musculaires traumatiques d'origine spinale. On y voit figurer des atrophies musculaires liées à la syringomyélie, à l'hématomyélie, à côté d'amyotrophies qui sont dues à des altérations spinales très différentes de celles-ci. On le sait, les neurologistes ne sont pas tous unanimes à reconnaître une relation de causalité exclusive entre le traumatisme direct et l'éclosion de certaines affections bien déterminées de la moelle, telles que la syringomyélie, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques.

Pour notre part, nous sommes fermement persuadé par les faits que nous avons vus, qu'il existe réellement des syringomyélies traumatiques, par exemple. Mais qu'il s'agisse de sclérose en plaques, de syringomyélie, de sclérose latérale, nous sommes en face d'affections parfaitement caractérisées dont le diagnostic aujourd'hui est des plus faciles. Aussi, n'est-ce point des atrophies musculaires symptomatiques de ces affections dont nous voulons parler aujourd'hui mais des amyotrophies d'origine obscure, qui ne répondent ni à une lésion directe du nerf, ni à une lésion destructive immédiate de la moelle. La réalité d'une amyotrophie spinale post-traumatique de nature spéciale a été reconnue déjà par plusieurs auteurs parmi lesquels nous signalerons Goldscheider, Oppenheim, Gowers, Erb, Nonne, Ziehen.

Rose, en s'appuyant sur des faits cliniques, a même voulu établir une forme particulière, spécifique de l'amyotrophie traumatique caractérisée par son évolution progressive et le mystère des lésions qui sont à sa base. Selon cet auteur, il s'agirait d'une forme de transition entre les lésions organiques et les désordres fonctionnels des neurones spinaux. Selon toute évidence, une telle hypothèse n'est plus de mise aujourd'hui. Ce qui est à retenir du travail de Rose c'est le fait, celui-ci incontestable et d'ailleurs incontesté à l'heure actuelle, que certaines amyotrophies post-traumatiques non seulement n'apparaissent pas immédiatement après le traumatisme comme celles qui sont liées à la destruction brutale des centres nerveux mais éclosent après une période silencieuse et surtout se développent, et s'étendent d'une manière progressive.

Dans un travail très important, Kienbœck, en se basant sur les données cliniques, divise les atrophies spinales traumatiques en deux grands groupes; les unes évolutives, progressives, les autres fixes, immuables que l'on peut désigner par les termes d'amyotrophie spinale traumatique simple. Ce dernier groupe pourrait lui-même être divisé en deux parts : l'une qui comprendrait les atrophies liées à des altérations relativement grossières de la moelle par myélodélèse, l'autre qui répondrait à des altérations beaucoup plus fines de la substance grise. Mais, et ceci est capital, aussi bien pour le premier que pour le second, l'atrophie ne présenterait aucune progression véritable et si l'observation faisait assister à un changement progressif de la musculature, il s'agirait simplement ici d'une illusion. En réalité, l'atrophie ne serait progressive qu'en apparence, en raison du temps nécessaire à la réalisation de la résorption du tissu musculaire et, par conséquent, de l'amaigrissement ou de la disparition du muscle.

Ainsi que l'écrit Paul Schuster, si les faits sur lesquels s'appuie Kienbœck sont indiscutables, l'opposition que l'auteur élève entre les atrophies progressives et les atrophies immobiles dans le temps, ne peut pas être maintenue. Au reste, Kienbœck lui-même admet que le diagnostic entre les formes progressives et non progressives de l'amyotrophie spinale post-traumatique est souvent absolument impossible. En définitive, ce qu'il faut retenir de l'œuvre de Kienbœck, c'est l'existence de deux variétés d'atrophies spinales post-traumatiques, l'une conditionnées par des lésions importantes et recon-

naissables de la substance grise, l'autre par des lésions beaucoup plus fines, moléculaires, très obscures et presque insaisissables.

Il peut s'étonner que Kienbœck ait insisté avec tant de force sur ce point, et qu'il se soit ingénié par une argumentation aussi subtile à discriminer les atrophies progressives des non progressives. Cela tient à ce que, dans la pensée d'un grand nombre d'auteurs allemands, les amyotrophies progressives spinales répondent à une poliomyélite ; et qui dit poliomyélite entend nécessairement affection non entièrement traumatique. On reconnaît là tout de suite l'intrusion d'une idée parfaitement théorique dans la genèse d'une classification de faits anatomo-cliniques.

Dans son intéressant travail sur les rapports du traumatisme avec les maladies nerveuses, Paul Schuster, en se plaçant du point de vue pratique, conclut que l'on peut admettre deux types d'amyotrophies spinales post-traumatiques : les unes qui surviennent immédiatement après l'application du choc et qui sont liées, ainsi que le veut Kienbœck, à la myélodélèse, les autres qui apparaissent plus longtemps après le choc et dont les premières manifestations sont séparées de celui-ci par une période silencieuse ou latente. Ces dernières atrophies seraient liées à des lésions des neurones spinaux beaucoup plus délicates que les premières.

En réalité, aussi bien pour Kienbœck que pour Schuster, et nous ajouterons pour la majorité des neurologistes de langue allemande, les termes d'altération moléculaire, de désintégration moléculaire, de myélodélèse, ne recouvrent aucune donnée précise d'anatomie ; ce sont là expressions commodes mais qui ne répondent à aucune réalité. Aussi, peu de temps avant la guerre, avons-nous eu l'idée de reprendre l'étude expérimentale des atrophies post-traumatiques ; ces recherches, malheureusement arrêtées trop tôt, nous ont cependant fait connaître certains faits anatomiques intéressants que nous retrouverons plus loin.

* * *

La guerre, avec les exemples multipliés de commotions directe ou indirecte de la moelle épinière, nous a révélé l'existence d'une atrophie musculaire de nature très particulière et inconnue jusque-là. Ainsi que nous l'avons vu avec Maurice Dide, la commotion spinale par éclatement de projectile à proximité peut déterminer l'apparition relativement tardive d'une atrophie musculaire indiscutablement d'origine spinale. En voici un exemple :

Un soldat de vingt-cinq ans, sans aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel est commotionné par la déflagration d'un obus. Evacué vers l'intérieur, il est pris à la fin du deuxième jour, dans le train sanitaire qui l'emporte, d'une paralysie des membres supérieurs ; celle-ci s'étend aux jambes, laquelle, à l'agréable surprise du blessé, rétrocède en quelques semaines et disparaît. Tout semblait donc rentré dans l'ordre, lorsque insensiblement apparut un amaigrissement des mains et des avant-bras. Lorsque nous vîmes ce blessé, toute trace de paralysie avait disparu mais nous constations une amyotrophie très manifeste des mains et du segment inférieur des avant-bras. Les réactions électriques étaient fortement troublées dans tous les muscles atrophiés ; la réaction de dégénérescence était positive sur les interosseux.

Leri, Froment et Mahar ont étudié cette forme amyotrophique post-commotionnelle à évolution particulière et il semble que Dupérié a eu l'occasion, lui aussi, d'observer plusieurs cas de ce genre. Ce dernier auteur put même constater la guérison de l'atrophie musculaire.

Il existe donc une variété d'atrophie spinale consécutive à l'ébranlement de la moelle par la déflagration des projectiles, dont la caractéristique majeure est une évolution d'abord progressive, puis régressive. Mais, ainsi que nous l'écrivions avec Roussy, dans notre ouvrage sur les *Blessures de la Moelle*, un optimisme trop confiant serait dangereux, car nous ignorons si tous les cas de paralysie amyotrophique post-commotionnelle que la guerre a réalisés, ont tous présenté une issue aussi favorable.

Mais les faits auxquels nous venons de faire allusion se rapportent à des lésions spinales provoquées par l'ébranlement lié à l'éclatement de projectiles, et l'on peut se demander si dans les faits de ce genre, l'altération spinale n'est pas d'une nature particulière et assez différente de celle qui est réalisée par l'application directe d'un traumatisme sur la colonne vertébrale.

Aussi nous garderons-nous de transposer intégralement les conclusions générales que l'on peut tirer de ces faits sur le domaine des atrophies musculaires spinales dont l'origine revient au *choc traumatique direct* du massif vertébral. Celles-ci sont, de toute évidence, d'un intérêt beaucoup plus pressant puisqu'en temps de paix nous avons à compter avec elles et que le médecin, et surtout l'expert, doit être averti de leur évolution, de leurs conséquences et de leur relation avec le traumatisme.

* * *

Si l'on conteste la réalité de l'origine traumatique de bien des affections nerveuses, et ceci avec raison, il n'en va pas de même pour ce qui est des atrophies musculaires. Sur ce chapitre l'unanimité, semble-t-il, est acquise. Et nous ne sachions pas qu'aucun neurologiste nie la relation de cause à effet entre le traumatisme direct de la colonne vertébrale, et par conséquent de la moelle avec le développement d'une atrophie musculaire secondaire. Les seuls points en discussion tiennent dans la nature de la lésion spinale et les possibilités de l'évolution de celle-ci.

Nous avons eu l'occasion d'observer pendant la guerre, un très grand nombre de cas de commotion de la moelle directe et indirecte et, par conséquent, d'étudier un nombre important de cas d'amyotrophies spinales. Cette leçon de la guerre nous a montré que, conformément à la conception de Kienbœck, on peut admettre deux grands groupes d'amyotrophies spinales traumatiques : l'un dans lequel se rangent les cas d'atrophie accompagnée de paralysie

et qui répondent aux altérations relativement grossières de la substance grise, l'autre où se rangent les cas d'atrophie, évolutive ou non, mais indépendante de tout élément paralytique et liée à des altérations beaucoup plus délicates des neurones spinaux.

L'étude du premier groupe ne nous retiendra pas, la pathogénie de ces cas en effet, est parfaitement claire aujourd'hui et indiscutée. Il s'agit de sujets jeunes ou vieux, indemnes de toute tare pathologique chez lesquels un choc direct appliqué sur la colonne vertébrale s'accompagne immédiatement ou très peu de temps après la date du traumatisme, d'une parésie d'un ou de plusieurs membres. Fréquemment, en raison des altérations de la substance grise postérieure, les blessés éprouvent des tiraillements douloureux, des sensations pénibles ou même de cruelles douleurs dans les membres parésiés. Lorsque celles-ci s'apaisent, on constate un amaigrissement de l'extrémité distale des membres, particulièrement des membres supérieurs lorsque le traumatisme a frappé la colonne cervicale. Ces atrophies s'accompagnent généralement de réaction de dégénérescence et apparaissent sinon complètement, du moins dans leur plus grande partie, incurables et définitives.

La permanence de ces amyotrophies, nous en trouvons la raison dans la nature des lésions spinales. Ainsi que nous l'avons montré avec Henri Claude et G. Roussy, la commotion directe de la moelle se traduit au point de vue anatomique par des lésions dégénératives et souvent de véritables foyers de ramollissement de la substance grise spinale en rapport topographique avec le point d'application du traumatisme. Puisque les neurones dégénérés sont incapables de restauration, il en résulte nécessairement que toute fonte musculaire déterminée par la nécrose de la substance grise est vouée à une incurabilité absolue. La physionomie de ces paralysies amyotrophiques traumatiques commotionnelles, est donc des plus simples; leur origine ne peut soulever aucune contestation médicolégale lorsqu'on a éliminé, grâce aux tests biologiques, l'hypothèse d'une affection associée et, en particulier, la syphilis.

Le problème des *atrophies spinales généralement évolutives* et toujours liées à des altérations fines des neurones spinaux est beaucoup plus attachant; qu'on le considère du point de vue spéculatif ou du point de vue pratique. Et d'abord, comment se présentent en clinique des amyotrophies spinales post-traumatiques indépendantes de toute parésie et dont la topographie est loin de cadrer strictement avec le point d'application du traumatisme?

En voici deux exemples que nous avons observés avec Lucien Cornil et relatés à la Société de neurologie en 1920.

Le premier cas se rapporte à un homme de quarante-sept ans, sans aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel qui, bien portant, fut frappé en août 1914 par un traumatisme violent de l'épaule droite.

Cinq mois après cette date, apparaissait une faiblesse du membre supérieur droit accompagnée d'une amyotrophie de l'épaule et de la ceinture scapulaire. Cette amyotrophie progressa et, lorsque nous vîmes le blessé, cinq ans après l'époque du choc traumatique, nous constations une paralysie amyotrophique du trapèze droit, du sterno-mastoïdien et des génioglosses homolatéraux. A celle-ci venait s'adjoindre une parésie de l'adducteur de la corde vocale droite, constituant ainsi un syndrome de Jackson.

Les réflexes tendineux se montraient plus accusés du côté gauche et les phénomènes de dysphagie s'avéraient plus marqués que ceux que comporte une lésion limitée aux noyaux de l'hypoglosse. Enfin, et ceci constitue le point curieux de notre observation, nous relevions l'existence de secousses fibrillaires et fasciculaires dans le sterno-mastoïdien gauche, c'est-à-dire du côté opposé à l'épaule traumatisée.

Selon toute évidence, ainsi que nous le faisions remarquer, nous ne nous trouvions en présence ici d'une altération bulbo-spinale, d'origine traumatique limitée à certains noyaux moteurs bulbaires (hypoglosse et spinal) et médullaires cervicaux. L'absence complète de troubles de la sensibilité et de modifications sympathiques permettait d'exclure l'idée d'une altération massive du bulbe et de la moelle et nous étions conduits nécessairement à limiter les lésions aux neurones radiculaires antérieurs.

Nous faisions remarquer également avec quelle lenteur s'effectuait l'extension de cette amyotrophie, puisque cinq ans après le traumatisme elle n'avait pas encore acquis sa topographie définitive, bien que ses premiers indices fussent apparus assez rapidement après le choc traumatique.

La seconde observation que nous avons rapportée est celle d'un homme de soixante-huit ans, sans aucune tare constitutionnelle ou héréditaire. Un jour, monté dans son grenier pour chercher une botte de foin, cet homme fit un faux pas, tomba sur le sol d'une hauteur de 3m50. Il ne perdit pas connaissance, put se relever et même porter au logis la botte de foin qu'il avait jetée. Deux jours après cet accident, toute douleur d'origine commotionnelle avait disparu et le sujet se croyait complètement à l'abri de toute complication. Or, vers le mois de janvier, c'est-à-dire une quinzaine de jours après la date de la chute, l'accidenté constata une faiblesse inconnue des membres inférieurs. De plus, les mouvements des bras et des mains devenaient maladroits et faibles. Avec une rapidité extrême, cette faiblesse augmenta et le sujet en vint à ne plus pouvoir couper sa viande et bientôt fut incapable de pouvoir porter les aliments à sa bouche.

Lorsque nous l'examinâmes, cinq mois après l'apparition de l'amyotrophie des membres supérieurs, nous constations une griffe, portant sur les quatre derniers doigts, bilatérale et symétrique. Les mains étaient décharnées des deux côtés, les métacarpiens saillants sous la peau, les éminences hypothénars moins atrophiées que les éminences thénars. Déjà les avant-bras étaient atteints par l'atrophie dans les

deux tiers inférieurs et tous les muscles atrophiés montraient une diminution très nette de l'excitabilité faradique et galvanique. Les fonctions de la sensibilité ne montraient aucune perturbation; quant aux réflexes cutanés, ils étaient également parfaitement conservés; les réflexes tendineux, au contraire, se montraient abolis aux quatre membres, sauf le tricipital.

Ces deux observations, on le voit, sont le témoignage très net du retentissement que peut avoir le choc traumatique sur le bulbe et la moelle. Incontestablement, il s'agit ici de deux cas d'amyotrophie bulbo-spinale traumatique; les seules différences qui les séparent tiennent, d'une part, à la topographie, ce qui est peu important, et à l'inégalité de l'évolution dans le temps qu'il faut souligner. La raison de la disparité évolutive de ces deux cas nous échappe en grande partie; et, pour notre part, puisque la syphilis pouvait être exclue dans un cas comme dans l'autre, nous n'en voyons la cause que dans l'âge inégal des malades. Le second de nos sujets était sensiblement plus vieux que le premier et, de plus, présentait un système cardio-vasculaire nettement altéré.

*
* *

Tout récemment, nous avons eu l'occasion d'observer, avec M. A. Sorton, un troisième cas d'atrophie spinale d'origine traumatique. Il s'agit d'une femme âgée de quarante-trois ans qui fit plusieurs chutes brutales sur le dos et le siège et qui, cinq ans avant l'apparition des premiers accidents, fut victime d'une chute violente sur la tête. C'est une quinzaine de jours après une nouvelle chute brutale sur le dos que la malade s'aperçut d'une grande faiblesse des membres inférieurs, laquelle s'accentua avec une grande rapidité, puis se stabilisa.

A une époque qu'il est difficile de préciser exactement mais qui remonte à plus d'un an, les membres supérieurs accusèrent également une faiblesse progressive, en même temps que les mains et les avant-bras s'émaciaient. Cette amyotrophie progressive ne s'accompagna jamais de la moindre douleur ni de la moindre élévation thermique.

Lorsque nous vîmes cette malade pour la première fois, le 8 avril 1930, nous notions l'existence d'une atrophie considérable des deux membres supérieurs, plus accusée à droite qu'à gauche. Les mains étaient très amaigries, le gril métacarpien saillant, les éminences palmaires aplaties, les avant-bras très amaigris. L'impotence motrice et l'amyotrophie commençaient à envahir l'avant-bras et même l'épaule. Quant aux membres inférieurs, l'atrophie moins manifeste s'avérait cependant très nette sur le mollet et le groupe extéro-externe de la jambe, à tel point que la flexion dorsale du pied était très difficile et que la station debout et la marche étaient devenues impossibles. Pour ce qui est des cuisses, l'atrophie était masquée par l'adipose. Les sensibilités superficielles et profondes étaient conservées, et la motricité de la face, du pharynx, du larynx, était indemne. Quant aux réflexes tendineux, il était très malaisé de les mettre en évidence, cependant nul d'entre eux n'était complètement aboli.

Le réflexe plantaire, au contraire, ne pouvait être libéré normalement et les réflexes abdominaux étaient absents.

Nous avons cherché avec attention la présence de fasciculations ou de fibrillations sur les muscles en voie d'atrophie, mais nous n'avons pas pu les constater. Interrogée, la malade nous déclara que très souvent elle ressentait des secousses, des contractions involontaires parcellaires des muscles des avant-bras, des jambes et même de la face.

Nous devons signaler également qu'à de multiples reprises, tout récemment, la malade a été en proie à des crises d'angoisse très vives accompagnées d'un sentiment de défaillance et même de mort imminente; que parfois elle a éprouvé des sensations d'étouffement, particulièrement la nuit.

Ces phénomènes anxieux ont donné naissance à un psychisme particulier dont le fond est fait d'une détresse morale accompagnée de l'obsession d'une mort prochaine et inévitable et complétée par des idées permanentes d'hypocondrie.

La réaction de Wassermann fut pratiquée dans le sang et se montra complètement négative. D'ailleurs l'anamnèse ne permettait de retrouver aucun symptôme de spécificité.

Voici donc encore une observation tout à fait caractéristique d'une amyotrophie à évolution progressive survenue chez une femme indemne de syphilis, non entachée de dispositions héréditaires particulièrement favorables au développement d'une affection de cette nature, et chez laquelle s'est développée, à la suite de plusieurs traumatismes, dont un très violent sur le rachis dorsal, une atrophie des muscles des quatre membres à topographie distale complètement indemne de toute perturbation sensitive ou sympathique ainsi que de paralysie vraie, et dont la raison anatomique se trouve certainement dans une altération progressive des noyaux des cornes antérieures et même du bulbe rachidien, ainsi qu'en témoignent les accidents tout récents d'angoisse et de dyspnée. Il n'est pas besoin d'ajouter que le pronostic de cette atrophie est de la plus extrême gravité et que le dénouement fatal ne doit pas tarder à survenir.

Ainsi qu'on a pu s'en rendre compte par notre exposé, ces trois observations sont très superposables par leurs traits cliniques. Ici l'atrophie musculaire est pure de tout alliage étranger, et, nous le répétons, indéniablement en rapport avec une lésion évolutive des cellules des cornes antérieures de la moelle et des noyaux bulbaires.

Sans doute, bien que nous nous gardions de précisions trop grandes relativement à la nature du processus qui conditionne l'altération des cellules radiculaires antérieures bulbo-spinales, celui-ci ne doit pas être très éloigné de la lésion qui est à la base de la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot; mais, à la différence de cette dernière affection qui s'individualise, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, par deux éléments : l'un de paralysie spastique liée à la dégénération des faisceaux cortico-bulbo-spinaux,

l'autre d'amyotrophie à topographie distale en rapport avec la dégénération progressive des cellules radiculaires, antérieures, dans les faits que nous venons de rapporter, malgré la durée prolongée de l'affection, il n'existait pas le plus léger signe qu'on pût rapporter à une altération de la voie pyramidale. Dans le premier cas, la très longue durée de l'affection permettait de récuser aussi formellement l'hypothèse d'une maladie de Charcot.

*
* *

Ainsi que nous l'avons dit à plusieurs reprises dans le cours de cet article, la nature des altérations des cellules radiculaires antérieures, d'où dérive l'atrophie musculaire, nous échappe complètement encore. Aussi n'est-il pas sans intérêt de rapprocher ici l'étude que nous avons pu faire de l'atrophie musculaire traumatique expérimentale et qui nous a révélé la réalité d'une altération spéciale de la substance grise spinale.

Il s'agit d'un chien sur lequel nous voulions étudier les effets anatomiques de la commotion médullaire. Après anesthésie générale, l'animal avait été fixé solidement sur le dos contre une planche sur laquelle furent frappés une dizaine de coups de marteau vigoureux. L'animal se réveilla sans présenter de symptômes anormaux, et pendant les jours qui suivirent le traumatisme il semblait parfaitement normal. Deux mois après, l'animal commença à maigrir bien qu'il mangeât régulièrement, et ce dépérissement progressif s'accentua très lentement. Six mois plus tard ce chien avait une apparence littéralement squelettique et succombait aux progrès de cette lente cachexie.

Dans la moelle, nous ne constatâmes aucune lésion d'ordre inflammatoire, non plus qu'aucune trace d'hémorragie ancienne ou récente; les cordons étaient normaux. Au contraire, la substance grise, surtout au niveau des cornes antérieures, était extrêmement lésée : cellules nerveuses atrophiées avec dendrites ratatinées, fonte granuleuse du protoplasma, modifications régressives du noyau et du nucléole, prolifération marquée des noyaux névrogliques.

Certaines cellules de la corne antérieure présentaient, en outre, un aspect très particulier. Traités par la méthode de Nissl, ces éléments apparaissaient entourés de granulations irrégulières de forme et de taille, les unes situées en apparence dans le protoplasma, les autres dans l'espace péricellulaire dilaté. Ces granulations qui s'étendaient aussi sur les dendrites se coloraient très fortement par les bleus basiques et ne laissaient voir aucun détail de structure; par endroits, elles étaient très serrées et assez volumineuses (3 à 4 μ). Très résistantes aux solvants des graisses, elles ne se coloraient pas par l'hématoxyline.

La réaction du fer que nous avons essayée sur nombre de coupes (avec ou sans démasquage) est restée toujours complètement négative.

Il s'agit donc ici d'une incrustation différente de celles qui furent mentionnées précédemment mais dont la nature est, hélas! difficile à déterminer. Puisque la substance de ces granulations ne répond ni aux caractères des produits colloïdes, hyalins, calcaires ou lipoïdes, on peut admettre provisoirement qu'elle est de nature protéique, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

En tout cas, le point à retenir de notre observation c'est que le choc traumatique peut suffire à déterminer dans la moelle épinière des altérations qui, non seulement sont limitées à la substance grise, mais possèdent des caractères histologiques très particuliers. Ces incrustations des cellules nerveuses semblent, en effet, être en rapport avec un processus spécial affectant ce qu'on appelle le réseau de Golgi. On a beaucoup discuté le problème de savoir quelle était la nature du réseau de Golgi, ce réseau extracellulaire appliqué sur la membrane cytoplasmique des cellules nerveuses. Pour les uns, il s'agirait d'un réseau neuro-fibrillaire, pour d'autres, d'un réticulum de nature névroglique. Aujourd'hui, grâce aux recherches de Held, il semble bien que nous soyons en possession de la solution du problème et que le réseau de Golgi ne soit qu'une des parties de ce qu'on appelle le réticulum de Held, réticulum formé d'une substance spéciale qui enveloppe tout ensemble, les neurofibrilles et les gliofibrilles et se densifie, d'une part, autour des vaisseaux et, d'autre part, autour des cellules nerveuses.

Pendant la guerre, nous avons eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de commotion directe de la moelle épinière au point de vue histologique et nous avons trouvé, sinon l'incrustation que nous venons de décrire, du moins une atrophie des neurones des cornes antérieures tout à fait analogue à celle que nous avions observée chez notre chien traumatisé.

On le voit, l'expérimentation confirme pleinement les données anatomo-cliniques et montre que le traumatisme spinal est capable, à lui seul, de provoquer une atrophie musculaire progressive, évolutive, liée à la désintégration particulière des cellules radiculaires antérieures.

Dans les cas de ce genre, la lésion spinale porte, nous ne saurions trop le répéter, exclusivement sur les cellules radiculaires antérieures et se montre absolument indépendante et des foyers de ramollissement et de toute lésion hémorragique.

Aussi bien cliniquement qu'anatomiquement, il est impossible de mettre en évidence la moindre suffusion sanguine, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche. C'est là un point que nous considérons comme très important parce qu'un grand nombre d'auteurs persistent à chercher dans une rupture hypothétique des vaisseaux de la substance grise, l'origine des amyotrophies spinales post-traumatiques. Les faits positifs que nous avons recueillis tant au point de vue anatomique que clinique, s'inscrivent formellement contre cette hypothèse qui est une pure vue de l'esprit et qui ne repose sur aucune constatation réelle. Ce point présente non seulement un intérêt physio-pathologique mais également un intérêt éminemment pratique. En effet, si les amyotrophies musculaires traumatiques spinales avaient pour origine des foyers hémorragiques, nous pourrions en

chercher le témoignage dans le liquide céphalo-rachidien, lequel apparaîtrait dans la majorité des cas teinté de sang ou imbibé d'une hémoglobine transformée. Or, il n'en est rien; et lorsqu'on pratique la ponction lombaire chez de tels sujets, on constate toujours un liquide céphalo-rachidien absolument clair pourvu seulement de quelques rares éléments figurés et parfois d'un peu d'albumine en excès. L'absence de toute réaction céphalo-rachidienne ne doit donc pas être tenue pour un fait qui dépose contre l'origine spinale d'une amyotrophie traumatique.

* * *

D'après l'étude clinique qui précède, on peut prévoir que la différenciation clinique des amyotrophies spinales traumatiques ne se heurte guère à de grandes difficultés. En effet, les lésions grossières des nerfs et de la moelle étant éliminées ainsi que les affections que l'on pourrait appeler para-traumatiques, c'est-à-dire dont l'évolution a été seulement accélérée par l'ébranlement commotionnel, on se trouve en présence de deux éventualités : l'amyotrophie spinale, soit immédiate et fixe, soit retardée et évolutive d'une part, et l'atrophie musculaire myopathique, d'autre part.

C'est un fait assez étrange mais indiscutable car il est basé sur un grand nombre d'observations, que le traumatisme peut, chez certains sujets jeunes en général, déterminer l'éclosion d'une *atrophie musculaire à caractère myopathique*. Des exemples de cette variété d'atrophies musculaires traumatiques ont été publiés avant la guerre par Lion et Ganne, Kramer, Rose, Marcus, Henning, Hoffmann et leur étude a été reprise à l'occasion des traumatismes de guerre par H. Claude, Vigouroux et Lhermitte. Plus récemment, Lhermitte et Noël, Peyron en ont rapporté un nouvel exemple avec preuves histologiques à l'appui. Enfin, tout dernièrement, Alajouanine présentait à la Société de neurologie de Paris, un malade dont l'atrophie rentrait évidemment dans la même catégorie. Ces atrophies musculaires, à type myopathique, se différencient très nettement de celles qui sont dues à la dégénération spinale. En effet, ces myopathies traumatiques frappent, dans la règle, les muscles de la ceinture scapulaire. Les premiers atteints sont le grand dentelé et le trapèze; viennent ensuite les muscles sus et sous-épineux et le deltoïde. Les réactions électriques sont diminuées dans les territoires atrophiés, mais on ne constate généralement pas de réaction de dégénérescence. Fait curieux, la topographie de ces atrophies ne correspond nullement avec le point d'application du choc traumatique. Claude, Vigouroux et Lhermitte ont, par exemple, rapporté l'observation d'un sujet présentant une amyotrophie scapulaire bilatérale et chez lequel le choc avait porté sur la partie inférieure de la colonne vertébrale. La réflectivité tendino-osseuse n'est pas modifiée et les muscles en voie d'atrophie ne sont jamais animés de secousses fibrillaires. Tout de même que les amyotrophies spinales traumatiques et évolutives, ces atrophies myopathiques ne surviennent pas immédiatement après le traumatisme mais, dès que le premier muscle a commencé sa régression, l'évolution est assez rapide. Puis l'affection se stabilise, en apparence définitivement.

On le voit, tant par son mode de développement, par sa topographie, par les altérations électriques, que par l'absence de secousses fibrillaires, ces myopathies traumatiques s'opposent franchement aux amyotrophies de cause spinale. Mais il y a plus, et l'on peut acquérir, comme Lhermitte et N. Peyron l'ont montré, la certitude de l'origine myopathique de l'affection, grâce à l'étude de la biopsie. Celle-ci fait apparaître, en effet, les caractères les plus typiques du muscle myopathique : irrégularité du calibre des faisceaux musculaires, augmentation du sarcoplasma, prolifération nucléaire importante, et surtout pénétration des noyaux au sein des fibres musculaires réalisant ainsi un clivage et une délamination de ces fibres, prélude de leur disparition.

Les exemples morbides que nous venons de rapporter brièvement montrent assez combien est complexe l'influence du traumatisme direct sur l'organisme et combien sont variées ses répercussions prochaines ou lointaines. Certes, nous ne saisissons que très imparfaitement le mode d'action intime du choc traumatique sur les centres nerveux et l'appareil musculaire strié, mais en revanche nous sommes parfaitement assurés de la réalité de certains types anatomo-cliniques différenciés d'amyotrophies spinales; et cela importe surtout à nous autres médecins qui devons, avant tout, décider et agir.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. Claude et J. Lhermitte. Etude clinique et anatomo-pathologique de la commotion médullaire par projectiles de guerre, *Ann. de méd.*, oct. 1915.
2. H. Claude et J. Lhermitte. Troubles médullaires dans les commotions directes mais à distance de la colonne vertébrale, *Paris méd.*, juillet 1917.
3. H. Claude, Vigouroux et J. Lhermitte. Sur certaines dystrophies musculaires du type myopathique consécutives aux traumatismes de guerre, *Presse méd.*, 11 oct. 1915.
4. Dupérié. Notes anatomo-cliniques sur 30 blessés de la moelle, *Revue neurol.*, 1916, p. 374.
5. Dide et Lhermitte. In ouvrage de Roussy et Lhermitte, *Blessures de la moelle*, Masson, 1919.
6. Kienboeck. Progressive spinale Muskelatrophie und Trauma, *Monat. f. Unf.*, 1911, p. 11.
7. J. Lhermitte. Les lésions fines de la commotion directe de la moelle épinière, *Ann. de méd.*, juin-juillet 1917.
8. J. Lhermitte. Sur deux variétés d'inscrutation des cellules nerveuses, *Soc. de neurol.*, 1914.
9. A. Léri, Froment et Mahar. Atrophie musculaire par déflagration d'obus sans traumatisme apparent, *Soc. de neurol.*, 29 juillet 1915.
10. K. Mendel. Zwei Fälle von Ruckenmarks Erkrankungen nach Unfall, *Monat. f. Unf.*, 1902, n° 1.
11. Rose. Ueber eine eigentumliche Form von progressive Muskelatrophie nach Trauma, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, t. LXI, p. 292.
12. G. Roussy et J. Lhermitte. *Blessures de la moelle et de la queue de cheval*, un vol., Masson, 1919.
13. P. Schuster. Trauma und Nervensystem, in *Hand. der Neurol. de Lewandowsky*, t. V, p. 991.
14. Stark. Ueber Vorderhornerkrankung nach Trauma, *Neurol. Centralbl.*, 1904, p. 681.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 MAI 1930)

Le phosphore lipidique accompagnant les globulines dans le sérum sanguin et les sérosités. — MM. Ch. ACHARD et A. ARCAUD.

Coefficient lipocytique des hématies et résistance globulaire au cours du scorbut expérimental. — Mme L. RANDOIN et Mlle A. MICHAUX.

Influence du pH sur une réaction colorée des adrénalines. — MM. H. BIERRY et R. GOUZON.

Le lien entre l'organisation et l'activité vitale; rôle des membranes plasmatiques. — M. Henri DEVAUX.

Sur la transformation de l'acide pyruvique en acide lactique dans le foie. — Mme Y. KHOUVINE, MM. E. AUBEL et L. CHEVILLARD.

Transmission expérimentale de la fièvre boutonneuse par « Rhipicephalus sanguineus ». — MM. Paul DURAND et Ernest CONSEIL.

(SÉANCE DU 2 JUIN 1930)

Un hémodromographe électrique. — M. Philippe FABRE.

La teneur en acide citrique de quelques liquides animaux (liquide céphalo-rachidien, humeur aqueuse, liquide folliculaire, liquide amniotique). — MM. J. J. NITZESCU et J. D. GEORGESCU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1930)

Note sur l'utilisation de l'acide lactyl-lactique pour réaliser la médication lactique. — MM. POUCHET et ROGER. Après avoir exposé les incertitudes inhérentes à l'emploi des ferments lactiques de toute provenance, les auteurs ont eu l'idée d'employer l'éther constitué par la fusion de deux molécules d'acide lactique en une seule, constituant le produit appelé acide lactyllactique qui, inaltérable dans le milieu acide de l'estomac, se dédouble dans le milieu alcalin de l'intestin en deux molécules d'acide lactique naissant possédant, en outre de son action antiseptique locale, deux autres propriétés importantes : une action stimulante sur la propriété antitoxique du foie et une influence atténuante sur la viscosité du plasma sanguin.

De l'influence des lyses microbiennes dans la vaccino thérapie de certaines infections médico-chirurgicales à streptocoques et à staphylocoques. — MM. LEJARS, BEZANÇON, BROCQ et DUCHON. A la suite de résultats intéressants obtenus par lysats vaccins dans le traitement des infections broncho-pulmonaires primitives ou postopératoires, les auteurs ont cherché à préciser l'action de cette méthode vaccinothérapique par les lyses microbiennes en l'utilisant dans des affections suppuratives à streptocoques et à staphylocoques, par conséquent à flore pauvre et faciles à suivre.

Ils rappellent tout d'abord les recherches qui ont amené l'un d'eux à utiliser les propriétés du B. pyocyanique comme facteur lysant de nombreux germes pathogènes et aussi neutralisant de leurs toxines. Le lysat vaccin n'est pas en effet constitué par les microbes stérilisés et ayant conservé autant que possible leur texture normale mais par une dissolution bactérienne, celle-ci s'effectuant sous l'action du B. pyocyanique vivant, la stérilisation du vaccin s'accomplissant ensuite par filtration. Parmi les germes pathogènes ils soulignent la difficulté de lyse de certains d'entre eux et en particulier du streptocoque.

Dans les 132 observations recueillies dans leurs services, observations qui comprennent la plupart des grandes infections suppuratives : phlegmons, phlegmons des gaines, adénophlegmons, pleurésies purulentes, anthrax, furoncles de la lèvre supérieure, abcès du sein, lymphangites, etc.

L'activité de la méthode se révèle par l'atténuation et la rétrocession rapide des phénomènes inflammatoires : douleur, rougeur, fièvre.

La limitation des foyers suppurés et le refroidissement des collections.

L'arrêt des repiquages dans les infections cutanées à staphylocoques, des reprises dans les abcès du sein.

En dehors de l'influence sur les symptômes cliniques, les observations biologiques paraissent venir confirmer l'intérêt de la lyse vaccinothérapique par l'apparition de phagocytose et aussi d'altérations microbiennes que l'on peut suivre, soit par les modifications des affinités tinctoriales des germes, soit par des modifications dans la morphologie.

De plus, les auteurs soulignent que ces résultats ont été obtenus sans fracas, sans réaction fébrile, sans choc, paraissant ainsi rapporter l'activité de cette méthode à une action purement immunisante.

Arrêt du développement de la tuberculose expérimentale des bovidés par le bacille de Vallée cultivé sur gélose. — M. Albert VAUDREMER. Le bacille tuberculeux bovin de Vallée, cultivé sur gélose émulsionné dans l'eau physiologique, injecté vivant sous la peau ou dans la jugulaire des veaux ne les tuberculise pas et leur confère le pouvoir de résister à l'injection intraveineuse de 4 milligrammes de bacilles bovins virulents. Tel est le premier fait à déduire de l'expérience faite par M. Vaudremer sur le troupeau de M. Henri de Rothschild, avec le contrôle du professeur Vallée.

Ces expériences montrent que les animaux injectés par une dose aussi massive contractent, tout d'abord, une tuberculose évolutive; mais ils en guérissent plus tard.

Si, 231 jours après l'injection, on sacrifie une partie des animaux traités, on constate que ceux-ci présentent des lésions tuberculeuses à peu près aussi graves que celles observées chez les témoins de l'expérience sacrifiés dans le même temps. Mais les animaux traités sacrifiés 123 jours plus tard, soit 354 jours après l'injection, présentent les traces d'une régression de la maladie telle que les lésions évolutives ont disparu, et que maintes fois elles ont été remplacées par des lésions cicatricielles.

Ces résultats sont obtenus aussi bien par l'emploi des injections sous-cutanées que par la voie intraveineuse.

Les animaux protégés par le traitement ne réagissent pas à la tuberculine et un bœuf témoin gardé en observation et logé depuis deux ans dans l'étable habitée pendant un an par les animaux infectés au cours de l'expérience dont il vient d'être question, ne réagit pas à la tuberculine.

Ce fait prouve que, pendant ce temps, les bacilles cultivés sur gélose, lesquels ne contiennent pas de tuberculine, n'ont pas reconquis les formes acido-résistantes, seules productrices de cette tuberculine.

Ce fait montre aussi que la vaccination des bovidés par le procédé de M. Vaudremer échappe au reproche fait jusqu'ici aux essais de vaccination du cheptel bovin.

On sait que ces vaccins déterminent l'apparition de la réaction tuberculinique et ne permettent pas, pour cette raison, de savoir si la réaction constatée chez les animaux est due à la maladie dont ils sont éventuellement atteints ou à la vaccination elle-même.

Dans la même communication, M. Vaudremer relate qu'il a confié une de ses souches humaines, cultivées sur gélose, au docteur Kirchner (de Hambourg), et que cet observateur a constaté que cette souche avait un pouvoir antigène égal à celui de la souche de Wassermann. De ces faits, l'auteur conclut que les bacilles tuberculeux acido-résistants, soumis à l'action des substances élaborées par l'aspergillus fuligatus, perdent leurs caractères morphologiques et leurs propriétés biologiques.

Dans ces conditions nouvelles, ils protègent les bovins contre l'infection tuberculeuse. Ces animaux protégés peuvent se défendre contre une infection expérimentale massive et en guérir.

Ces faits importants confirment les travaux antérieurs de M. Vaudremer, tant sur la biologie du bacille de la tuberculose, que sur ses propriétés pathogènes et sur la liaison existant entre les formes cliniques de la tuberculose et le stade de développement du bacille lui-même.

Ces idées soutenues par M. Vaudremer depuis 1923, ont acquis une créance plus grande, depuis les travaux du professeur Sergent et de ses collaborateurs Kourilsky, Benda et Durand et dans ceux plus récents du professeur Calmette.

Le problème du chauffage dans les hôpitaux, les écoles, les administrations et les grands immeubles d'habitations. — M. Jayle s'élève contre le chauffage au charbon qui, malgré l'usage des fumivores, empeste encore de ses fumées nocives les cités modernes. Il préconise le chauffage au gaz, à l'électricité et surtout au mazout.

Quant aux appareils de chauffage actuellement employés dans les pièces, ils présentent de multiples inconvénients. Ils seraient remplacés avec avantage par des panneaux chauffants encastrés dans le sol, dans les plafonds ou dans les murs. Au lieu de concentrer, d'empiler les surfaces de chauffe, il faut les déployer largement, de manière à substituer à la chaleur par convection, qui est celle des radiateurs actuels, la chaleur par rayonnement.

Les panneaux chauffants sont constitués soit par des résistances électriques, soit par des serpentins contenant de l'eau à 40 degrés de moyenne et à vitesse accélérée.

— L'Académie de médecine consacrera sa séance du 24 juin à la célébration du centenaire de Marey.

Le professeur Charles Richet rappellera les travaux de l'illustre physiologiste et présentera un film.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 21 mai 1930)

Un cas de maladie de Hoffa. — M. Madier rapporte cette intéressante observation de M. André Sicard : un homme de quarante ans, après traumatisme, présente un hygroma prérotulien et une masse adipeuse située derrière le ligament rotulien et gênant la flexion. Extirpation : guérison avec retour des fonctions.

M. Pierre Bazy estime que l'hypertrophie graisseuse périarticulaire est plus fréquente qu'on ne le pense au niveau du genou.

M. OKINCZYC a observé et opéré des cas analogues et pense qu'il s'agit d'une réaction graisseuse posttraumatique ou inflammatoire et non d'une maladie spéciale.

Transfusion sanguine. — M. TZANCK, invité de la Société, expose ses idées sur les indications de la transfusion sanguine pour hémorragie, qu'il oppose à la transfusion à titre hémothérapique. Les sérums connus ne peuvent pas remplacer la transfusion, ne pouvant rien contre les morts retardées. Le problème de l'immuno-transfusion ne peut être abordé qu'avec des donneurs préparés de longue date.

Hyperthermie chez le nourrisson. — M. MARTIN fait un rapport sur ce travail de MM. Cadenat et Lapassée (de Toulouse); pour ces auteurs la double anesthésie locale et générale permet d'éviter l'hyperthermie.

M. Victor VEAU estime qu'on doit tout essayer pour lutter contre ce syndrome hyperthermique mais qu'il faut attendre encore pour juger cette nouvelle méthode.

Anesthésie par injections intraveineuses d'alcool. — M. KUSS rappelle l'historique de cette méthode très ancienne, reprise par Garcia Marin. Il expose les phases physiologiques de cette anesthésie qui ne modifierait ni le pouls, ni la tension artérielle, ni la température, et sa technique.

M. KUSS conclut que cette méthode anesthésique ne présente aucune supériorité sur les anesthésiques connus, présente des inconvénients (excitation au réveil, hématuries, néphrites), et rejette cette méthode.

M. GOSSET n'a pas retiré une impression favorable du seul cas observé dans son service, et rejette formellement cette méthode.

(SÉANCE DU 28 MAI 1930)

Cancer de la verge. — M. MAUCLAIRE insiste sur les difficultés du diagnostic avec la syphilis, d'où l'utilité de la biopsie. Il donne ses idées sur le traitement chirurgical et sur sa technique personnelle. Il insiste sur les inconvénients du curage de l'aîne; cicatrice gênante, infection et désunion, éléphantiasis de la cuisse.

Perforation traumatique d'ulcus gastrique. — M. GUIMBELLOT rapporte un cas analogue à celui de M. Ménégaux qui a été présenté par M. Duval la semaine précédente.

Endométriome du rectum. — Cette observation de M. MATRY (de Fontainebleau) est rapportée par M. Mocquot. Au cours d'une hystérectomie pour fibrome, M. Matry constate une striction du tiers inférieur de l'anse sigmoïde occupé par une tumeur. Pensant à un cancer il le résèque et met les deux bouts intestinaux à la peau. Mort de la malade le neuvième jour par lésions pulmonaires.

La tumeur intestinale était sous-muqueuse, intrapariétale. Histologiquement l'aspect rappelle celui de l'endométriome utérin et de certaines lésions du sphincter pylorique (adénomyomes de l'estomac). Actuellement on tend à admettre que ces lésions sont dues à une métaplasie de l'endothélium péritonéal.

Coxalgie. Arthrodèse extraarticulaire. — M. SORREL rapporte cette observation de M. Vergoz (d'Alger). Il s'agissait d'une coxalgie en évolution. Bons résultats opératoires et rapprochés permettant la marche du malade. M. Vergoz a employé la voie d'Ollier et prélevé son greffon sur le tibia.

M. CUNÉO insiste sur ce fait que le greffon ne se soude à l'os qu'après remaniement total et tardif (dixième mois environ).

M. MATHIEU pense que le greffon en pont est moins sûr que l'abaissement d'un volet iliaque appliqué sur un greffon trochantérien et réalisant une sorte de greffe autochtone.

M. SORREL pense que dans le cas de M. Vergoz le greffon en pont évitait au maximum le risque d'ouverture d'abcès.

Appendicite avec troubles urinaires. — M. GOUVERNEUR rapporte ce travail de M. Bachy (de Saint-Quentin). Il s'agit d'abord de deux cas d'hématurie au cours de l'appendicite aiguë, puis dans un troisième cas d'une ouverture intravésicale d'un abcès.

M. CHEVASSU s'expliquerait les hématuries après appendicite par lésion rénale, comme après les amygdalites, mais l'observation n'apporte pas la preuve de cette origine rénale de l'hématurie.

Lymphangiome kystique du foie. Opération. Guérison. — M. Bernard DESPLAT a opéré une malade pensant à un kyste hydatique. Il trouve à l'intervention un grand kyste solitaire non parasitaire qu'il traite par marsupialisation et drainage. Suites très simples. Bon résultat éloigné. Il s'agissait d'un lymphangiome kystique du foie.

M. MONOD a opéré récemment un cas analogue.

M. MATHIEU rappelle que M. Lecène, dans les dyshépatomes kystiques, insistait sur l'existence d'un revêtement épithélial cylindrique, alors que le lymphangiome kystique présente un épithélium pavimenteux.

Présentation de malade :

M. MADIER présente un malade qu'il a opéré par synovectomie pour lipome arborescent du genou. Bon résultat.

M. GERNEZ présente le résultat d'une intervention pour cancer de la verge, un an après l'opération.

Présentation d'appareil :

M. LEPENNETIER présente un appareil pour présentation de radiographies de différentes dimensions.

LIVRES NOUVEAUX

Utilisons les assassins : utilisons les condamnés. Un krach médical au prétoire. Le royaume du médecin. Communisme; expropriation et justice [*Thèmes psychologiques*, 3e série], (1), par le médecin général SAINT-PAUL (Espé de Metz).

Il n'est de jour où l'on ne se plaigne d'acquittements scandaleux. Dans ce nouveau volume de la série des *Thèmes psychologiques*, l'auteur propose un système original permettant :

« D'esquiver la question de la responsabilité, en tout cas d'en enlever l'appréciation au psychiâtre que l'auteur, avec une grande vivacité, rend responsable de quantité de verdicts déplorables;

De protéger sérieusement la Société en restituant la Justice à ses fins naturelles : réparer, châtier les coupables, intimider les malintentionnés;

De faire servir les condamnés à l'expérimentation scientifique, ce qui, en aidant aux progrès de la thérapeutique, permettrait de sauver bien des malades. »

Le dernier chapitre (*Le Royaume du médecin*) ouvre de larges perspectives sur le rôle de premier plan que les médecins devront être appelés à jouer.

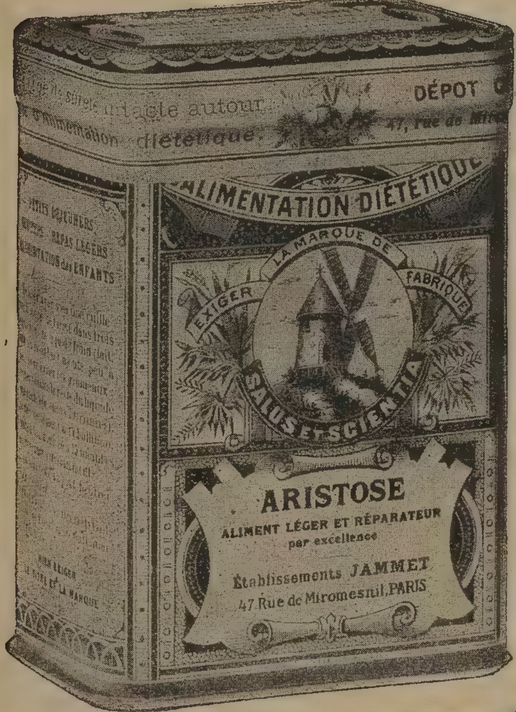
Trois pages qui forment hors d'œuvre sont consacrés à la propriété et à l'expropriation littéraires. L. G.

(1) In-8 carré. — Prix : 7 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	*FARINES LÉGÈRES*
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE A base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, *Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...*
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES *spécialement préparées pour* **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépot général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil 47, Paris

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour
Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142, Seine



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMSENT DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Mme Bertrand-Fontaine et MM. Gutmann, 20 ; Pichon, 18 ; Celice, 17,18.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Un concours pour un poste de pharmacien des hôpitaux aura lieu à Paris le 8 juillet prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des hospices du Havre.

— LYON. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1930, pour la nomination d'un chirurgien de l'hôpital Renée-Sabran, chargé du traitement des enfants dans cet établissement situé à Giens, par Hyères (Var).

Le registre d'inscription sera clos le samedi 25 octobre 1930, à 11 h. du matin.

Pour toutes conditions d'admission au concours, s'adresser à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de chirurgie.* — Séance du 12 juin. — MM. Blondin (Marcel), Funck-Brentano, Patel et Sauvage, 18 ; Blondin (Sylvain), 17 ; Merle d'Aubigné, 16.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 13 juin. — MM. Blondin (Marcel) et Sauvage, 28 Funck-Brentano, Merle d'Aubigné et Patel, 27 ; Blondin (Sylvain), 26.

Epreuve de dissection. — Séance du 14 juin. — MM. Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Funck-Brentano, Patel et Sauvage, 27 ; Merle d'Aubigné, 28.

Total des points : MM. Sauvage, 136 ; Merle d'Aubigné, 134 ; Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Funck-Brentano et Patel, 132.

Au moment où nous mettons sous presse, il y a une épreuve supplémentaire pour MM. Blondin (Marcel), Blondin (Sylvain), Funck-Brentano et Patel.

— ALGER. — M. Porot (Antonin), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de pathologie générale et médicale à ladite Faculté. (Chaire vacante : M. Aubry, dernier titulaire.)

M. Fourment (Pierre), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de botanique et matière médicale à ladite Faculté. (Chaire vacante : M. Senevet, dernier titulaire.)

M. Lebon, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de thérapeutique à ladite Faculté (chaire nouvelle).

— LILLE. — M. Minet, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur de clinique médicale la Charité à ladite Faculté.

M. Pierret, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université

de Lille, est nommé professeur de clinique médicale infantile à cette Faculté.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Sont déclarées vacantes : la chaire de chimie biologique et la chaire d'hydrologie et d'hygiène de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris. (*J. O.*, 13 juin 1930.)

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. Ernest de Massary, médecin de l'hôpital Beaujon.

GUERRE. — Mutations :

Médecins colonels. — MM. Oui, directeur du Service de santé de la division de Constantine, est affecté comme directeur du Service de santé de la 1re région à Lille; Weitzel, de l'armée française du Rhin, est affecté comme directeur du Service de santé de la division de Constantine.

— Le médecin général Vidal, directeur du Service de santé de la 1re région, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

MINISTÈRE DES COLONIES. — ASSISTANCE MÉDICALE. — Un concours pour huit emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale de l'Indochine s'ouvrira le 15 décembre 1930. — Registre d'inscription clos le 14 octobre.

— Un concours pour des emplois de médecin de 2e classe de l'assistance médicale de Madagascar et dépendances s'ouvrira le 17 décembre 1930. — Registre d'inscription clos le 16 octobre.

Des arrêtés ministériels ultérieurs régleront les conditions de ces concours. (*J. O.*, 14 juin 1930.)

IIe RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. (BRUXELLES, 28-30 septembre 1930.) — La IIe Réunion de la Presse médicale latine aura lieu à Bruxelles les dimanche 28, lundi 29 et mardi 30 septembre 1930, sous la présidence du professeur Maurice Loeper (de Paris), président de la Fédération de la Presse médicale latine et de l'Association de la Presse médicale française, et du docteur Albert Delcourt (de Bruxelles), président de l'Association de la Presse médicale belge.

Un Comité d'organisation local est en formation, avec MM. les docteurs Delcourt comme président, Beckers comme secrétaire général, et Rosenthal comme trésorier.

Un Comité de patronage sera constitué ultérieurement.

PROGRAMME. — Le programme provisoire de la Réunion est fixé comme suit :

A la séance d'ouverture, le dimanche 28 septembre :

1° Discours du docteur Delcourt, président du Comité belge;

2° Discours du professeur Loeper, président de la Fédération;

3° Adresses des délégués des nations latines représentées à la Réunion;

4° Rapport sur les travaux de la Fédération, par le docteur L.-M. Pierra (de Paris), secrétaire général de la Fédération;

5° Rapport financier, par le docteur G. Baillière (de Paris), trésorier de la Fédération;

6° Conférence faite par un membre de la Fédération sur un sujet d'ordre général, et qui reste à fixer.

Aux séances de travail, les lundi 29 et mardi 30 septembre, seront discutées les questions suivantes :

1° *Constitution d'une caisse autonome de la Fédération.* — Rapporteurs : docteurs X... (de Paris) et C. Kohly (de La Havane).

2° *Collaboration des Etats et des Compagnies de transport à l'organisation des Congrès médicaux.* — Rapporteurs : docteurs Beckers (de Bruxelles) et X...

3° *Droits des éditeurs de périodiques.* — Rapporteurs : docteurs Cosasesco (de Bucarest) et Gardette (de Paris).

4° *Edition d'un dictionnaire des termes médicaux.* — Rapporteurs : professeurs Rondopoulos (d'Athènes) et X...

5° *Rôle de la Presse médicale dans la diffusion des grandes idées scientifiques et professionnelles.* — Rapporteurs : docteurs de Blasio (de Naples) et Juan Marin (de Santiago-du-Chili).

Les autres rapporteurs seront désignés ultérieurement.

En outre de ces rapports, des communications particulières en petit nombre pourront être accueillies.

En dehors des fêtes, banquet, soirée théâtrale qui seront organisées à Bruxelles, une excursion à Anvers suivra les journées de travail avec visite de l'exposition, réception par un Comité en formation, etc. Dans le courant de cette journée, aura lieu une conférence du docteur Tricot-Royer (d'Anvers) sur « La publicité médicale dans l'histoire ».

ADHÉSIONS. — Peuvent adhérer à la Réunion :

1° Les membres titulaires de la Fédération de la Presse médicale latine;

2° Lee médecins et étudiants en médecine inscrits au bureau de la Presse médicale latine;

3° Les médecins et toutes personnalités s'intéressant à la Presse médicale, ainsi que les membres non médecins de la famille des titulaires ou adhérents.

Tous participent aux travaux de la Réunion, reçoivent ses publications et bénéficient de ses avantages.

La cotisation est fixée à 75 fr. belges par inscription, tant pour les membres titulaires (directeurs ou délégués d'un journal médical) que pour les adhérents.

Une réduction sera accordée à tous pour le parcours sur les chemins de fer belges et français. Des pourparlers sont en cours pour obtenir les mêmes avantages des autres pays.

On est prié d'adresser les adhésions, demandes de renseignements et cotisations au docteur René Beckers, secrétaire général de la Réunion, 36, rue Archimède, à Bruxelles (Belgique), en ayant soin d'établir les mandats et chèques au nom du docteur J. Rosenthal, trésorier du Comité d'organisation.

Les adhésions sont également reçues au bureau de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu, Paris (IIe); elles peuvent être adressées au docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération, mais les mandats et chèques (55 fr. français) doivent être établis au nom du docteur Georges Baillière, trésorier général de la Fédération.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La Société de pathologie comparée organise le IIe Congrès international de pathologie comparée. Ce Congrès se tiendra à Paris, du 14 au 18 octobre 1931, à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Achard, membre de l'Institut.

La cotisation a été fixée à 100 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du Congrès, 7, rue Gustave Nadaud, Paris (XVIe).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

L'ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC

Par le Professeur Henri HARTMANN.

L'ulcère de la petite courbure de l'estomac est aujourd'hui bien connu. Si j'aborde aujourd'hui son étude, c'est qu'il me paraît intéressant de vous exposer ce que donne l'analyse de 201 cas opérés dans ma clinique, au cours de ces dernières années.

Étiologie. — Au point de vue du *sexe*, l'homme a été plus fréquemment atteint que la femme, 120 hommes, 81 femmes. Un point intéressant à noter, c'est que cette prédominance n'existait que pour les ulcères de la petite courbure non compliqués de déformation de l'estomac en bissac, 112 hommes, 43 femmes, alors qu'au contraire les ulcères de la petite courbure s'accompagnant de déformation en sablier se rencontrent beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme, 38 femmes, 8 hommes. Notre statistique ne fait sur ce dernier point que confirmer les statistiques antérieures. Cette prédominance considérable du sexe féminin dans l'estomac biloculaire vrai n'existe pas pour les déformations en bissac déterminées par la présence d'un néoplasme. Sur 10 cancers entraînant une pareille déformation nous n'avons trouvé que 4 malades du sexe féminin alors que 6 fois il s'agissait de malades du sexe masculin.

L'*âge* de nos malades a varié de vingt et un à soixante-neuf ans :

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
20 à 29	11	3	14
30 à 39	15	15	30
40 à 49	68	19	87
50 à 59	38	13	51
60 à 69	15	4	19

Par rapport aux autres ulcères de l'estomac celui de la petite courbure est le plus fréquent. — Eustermann, sur 264 ulcères gastriques opérés à la clinique des Mayo, note que 167 fois, soit dans 63 p. 100 des cas, l'ulcère siégeait sur la petite courbure. On a cherché à expliquer la fréquence de cette localisation de diverses manières.

Dahl croit qu'elle est en rapport avec la présence à son niveau de glandes à type intestinal; la muqueuse intestinale étant plus sensible que celle de l'estomac à l'action du suc gastrique, des ulcères se développeraient facilement au niveau de ces glandes.

Reeves pense qu'il faut l'attribuer à la disposition un peu particulière des vaisseaux. Les artères du plexus sous-muqueux sont plus petites, s'anastomosent moins à calibre identique, parcourent un trajet beaucoup plus long et sont plus tortueuses que dans les autres régions de l'estomac, toutes conditions qui entraînent un ralentissement marqué de la circulation. Kayser attache de même une certaine importance aux conditions de la circulation sanguine; il fait remarquer que la richesse vasculaire et les anastomoses sont maxima dans les régions les moins musclées (fond et grande courbure), qu'elles sont moindres au niveau de la petite courbure et de la région pylorique.

Peut-être la localisation de l'ulcère chronique à la petite courbure et au pylore s'explique-t-elle par ce fait que c'est la voie que suit le bol alimentaire. Küss, il y a longtemps, a dit que la contraction des fibres musculaires obliques de l'estomac détermine la formation d'un canal longeant la petite courbure. Son opinion, contestée à l'époque par les physiologistes, semble aujourd'hui établie par les examens radioscopiques. Béclère et Mériel, étudiant les modifications de l'estomac pendant sa réplétion, ont constaté qu'en dehors de la poche à air, l'estomac vide a ses parois accolées.

Lorsqu'on fait déglutir la bouillie barytée, les premières bouchées de substance opaque s'arrêtent à la partie inférieure de la chambre à air, sous forme de coin à pointe inférieure qui s'allonge le long de la petite courbure jusqu'à ce qu'elle arrive au niveau du bas-fond stomacal. C'est seulement alors que le reste de l'estomac se dilate.

Aussi comprend-on que Stromayer, Ginesty, Bauer aient émis l'idée que le frottement du bol alimentaire au niveau de la petite courbure et du pylore soit la cause de la localisation habituelle de l'ulcère chronique dans ces régions.

Rien n'est définitivement établi au point de vue pathogénique, un fait reste indiscutable, c'est que la petite courbure est, avec et plus que le pylore, un lieu d'élection pour l'ulcère chronique de l'estomac.

Anatomie pathologique. — Vous ayant exposé, dans ma précédente conférence, les caractères anatomo-pathologiques des ulcères calleux, je n'y reviendrai pas et me contenterai de mentionner quelques points spéciaux aux ulcères de la petite courbure.

Sur 111 résections, 104 fois l'ulcère était unique, 1 fois il y avait un ulcère calleux de la petite courbure et une série d'autres ulcères plus superficiels, 5 fois deux ulcères de l'estomac; 3 fois, les ulcères étaient le long de la petite courbure, 1 fois des deux côtés de la petite courbure (kissing ulcers des Anglais), 1 fois un ulcère de la petite courbure et, en face de lui, un deuxième ulcère sur la grande. Dans 5,4 p. 100 des cas, il y avait donc des ulcères multiples; ce chiffre est à peu près identique à celui constaté à la clinique des Mayo, où Judd et Proctor trouvent des ulcères multiples dans 6 p. 100 des cas.

Ajoutons que dans 5 cas sur nos 201 observations, il existait, en même temps que l'ulcère gastrique, un ulcère duodénal.

Le plus souvent l'ulcère de la petite courbure est à cheval sur elle, en selle comme on dit, s'étendant plus ou moins sur une des deux faces, en général plus sur la face postérieure que sur l'antérieure. A l'ordinaire l'ulcère est petit, mais comme le processus inflammatoire chronique qui l'entoure s'étend à distance dans l'épaisseur de la paroi gastrique, il en résulte des déformations, des rétrécissements du pylore, un raccourcissement, une rigidité, une disposition angulaire de la petite courbure, une défor-

mation en bissac. Contrairement à une opinion encore généralement admise, il ne s'agit pas là de rétractions en rapport avec la cicatrisation d'un ulcère, mais de ce fait que l'ulcère par suite du processus d'inflammation scléreuse, rétractile, qui l'entoure, attire à lui les parties voisines. Alors même qu'il n'y a pas de déformation de l'organe, on voit, lorsqu'on examine l'estomac par sa face interne que la muqueuse entourant l'ulcère forme des plis convergents, comme si elle était attirée vers son centre.

Lorsque le processus inflammatoire chronique scléreux s'étend exclusivement le long de la petite courbure, on peut voir le pylore et le cardia arriver presque au contact; lorsqu'il s'étend vers la grande courbure l'estomac prend la forme d'un bissac: lorsqu'il s'étend à la fois vers la grande courbure et vers le pylore, on a en même temps une biloculation de l'estomac et une sténose pylorique.

Le processus inflammatoire interstitiel chronique, qui accompagne constamment l'ulcère calleux peut s'étendre au péritoine, amener la production d'adhérences à la paroi abdominale, plus souvent au foie, plus souvent encore au pancréas. L'ulcère creusant ces adhérences, on voit se former, particulièrement au niveau du pancréas, des excavations cupuliformes. Le petit épiploon est en général épaissi et le siège d'une infiltration scléro-adipeuse.

Symptomatologie. — Lorsqu'on interroge les malades, on apprend que les premiers symptômes remontent à une époque très éloignée. Chez un de nos opérés, les troubles gastriques avaient débuté à l'âge de sept ans. Pendant un temps très long, les accidents ne surviennent que sous forme de crises séparées par des périodes de calme, durant ordinairement plusieurs mois, quelquefois même plus longtemps. Ces crises, qui surviennent à la suite de fatigues, d'écarts de régime, durent un temps variable. Elles sont caractérisées par une douleur qui occupe ordinairement l'épigastre et peut s'irradier en arrière, étant, comme l'on dit, transfixiante; quelquefois elle siège à droite de la ligne médiane, plus souvent à gauche, pouvant occuper la région scapulaire gauche, ce que nous avons noté en particulier dans les ulcères empiétant sur la face postérieure et adhérant au pancréas. Elles débutent soit immédiatement après le repas, soit une ou deux heures après, quelquefois même plus tardivement. Chez quelques-uns de nos malades, elles étaient calmées par le decubitus latéral gauche. La Hunger-pain habituelle dans l'ulcère du duodénum manque le plus souvent dans l'ulcère de la petite courbure.

Quelquefois, il existe une douleur permanente que l'on a attribuée à des névrites du pneumo-gastrique dont Lœper a montré anatomiquement l'existence. Nous croyons qu'elle est en rapport avec une périgastrite adhésive, en ayant généralement constaté l'existence dans les ulcères creusant le foie ou le pancréas.

Dans la moitié de nos observations, il y avait eu une ou plusieurs hématémèses, accompagnées ou non de melæna; quelquefois l'hémorragie a été le premier symptôme constaté, ce qu'on ne voit guère dans les ulcères de la région pylorique, où il existe constamment des symptômes gastriques antérieurs.

Dans un certain nombre de cas, nous avons noté l'existence d'un syndrome pylorique, apparition de douleurs deux à trois heures après le repas, continuant pendant plusieurs heures ou cessant à la suite d'un vomissement, bien qu'à l'opération nous ayons constaté l'intégrité du pylore. L'existence de ce syndrome s'explique par l'existence d'un spasme pylorique concomitant.

D'une manière générale, il existe des signes d'hypersécrétion gastrique (brûlures œsophagiennes, renvois acides et même rejet d'eau acide). Le tubage à jeun ramène, à peu près constamment, 80 à 100 centimètres cubes de liquide incolore ou jaunâtre, rougissant nettement le tournesol. Quelquefois, il fait constater l'examen d'un peu de stase alimentaire, ce que l'on a attribué à une atonie inhibitoire de la paroi de l'estomac, à une parésie gastrique, ce qui nous semble beaucoup plutôt être en rapport avec une extension des lésions inflammatoires scléreuses au pylore ou à une immobilisation partielle de l'organe par des adhérences, lésions que nous avons constatées au cours de nos interventions.

Nous n'avons qu'exceptionnellement noté un état nauséeux permanent avec salivation persistante, la bradycardie, le myosis avec accentuation du réflexe oculo-cardiaque, ensemble symptomatique attribué par Lœper à la névrite de filets pneumogastriques.

Le chimisme gastrique montre habituellement une augmentation de la chlorhydrie; cette hyperchlorhydrie manque souvent dans les ulcères de la face postérieure adhérents au pancréas et dans les estomacs biloculaires, sans que nous puissions en donner la raison.

L'*examen radiologique* donne des indications très importantes et permet de constater deux ordres de signes : les uns, indirects, montrent que les contractions de l'estomac ne se font pas normalement; elles cheminent régulièrement le long de la grande courbure, mais quelquefois s'arrêtent en un point de la petite; l'évacuation, exceptionnellement accélérée (estomac vide en une heure), est ordinairement retardée; fréquemment, au bout de trois heures, il reste une mandarine, une orange de baryte dans l'estomac. Parfois, l'évacuation, rapide au début, se ralentit ensuite et finalement il y a un retard dans l'évacuation totale de l'estomac.

Les autres signes, directs, sont d'une grande importance. Assez souvent on voit, au niveau de la petite courbure, un diverticule, généralement arrondi, quelquefois en éperon. Quand il est bien développé on peut voir à sa partie supérieure une bulle gazeuse si l'examen a lieu dans la station verticale. Plus souvent, on voit une simple saillie présentant ce caractère particulier que, dans un grand nombre de cas, la pression est douloureuse à son niveau. Lorsque l'estomac est vidé de son contenu, il reste quelquefois de la baryte dans la dépression et l'on voit à son niveau une tache sombre. Dans un certain nombre de cas, il est possible de préciser le siège de l'ulcère sur la face postérieure, la niche devenant beaucoup plus nette et plus étendue en position oblique antérieure.

Il existe encore d'autres signes résultant du raccourcissement de la petite courbure et de sa rigidité. Le pylore est porté à gauche, il est plus près du cardia que normalement et, comme la grande courbure ne participe pas à la rétractien, il peut en résulter une sorte d'enroulement en coquille de colimaçon. Par suite de la rétraction du petit épiploon, le pylore prend une direction horizontale. La rigidité de la petite courbure, l'angulation en L qui l'accompagne fréquemment méritent aussi d'être notées.

Il est enfin habituel de constater l'existence d'une encoche de la grande courbure en regard de l'ulcère décelable souvent par une douleur à la pression en un point de la petite courbure. Cette encoche peut être petite ou, au contraire, fendre presque complètement l'ombre gastrique. Elle correspond à une contracture des fibres musculaires circulaires de l'estomac au niveau de l'ulcère, est persistante, non modifiée par la palpation, elle diminue par l'injection d'atropine ou de papavérine. Dans les ulcères haut placés, près du cardia, il est quelquefois nécessaire pour voir la niche et l'incisure, de placer le malade dans le décubitus latéral gauche, ou même d'incliner légèrement en bas la partie supérieure du tronc, de manière que la région malade ne soit pas au-dessus du niveau du liquide opaque.

Tous ces signes, d'une importance capitale pour le diagnostic de l'ulcère calleux, ne permettent toutefois pas d'écarter l'idée d'un ulcère cancéreux. On devra penser à ce dernier lorsque les dimensions du cratère sont un peu plus larges qu'à l'ordinaire, que la niche est un peu moins régulière, parfois légèrement flou dans une partie de son contour, surtout si le malade est âgé, si le début de la maladie ne remonte qu'à un, deux ou trois ans, si l'inappétence est plus marquée, si la chlorhydrie n'est pas très augmentée.

L'examen radiologique a une importance encore plus grande lors d'*estomac biloculaire*. Autrefois, on ne pouvait y penser que dans les cas où, après avoir vidé l'estomac avec la sonde, il persistait du clapotage, lorsqu'au cours d'un lavage, on voyait le liquide ramené changer d'aspect, de clair devenir brusquement trouble, lorsque des vomissements successifs avaient des caractères différents. Avec l'examen radioscopique, le diagnostic de l'estomac biloculaire est aujourd'hui des plus simples. On voit d'abord se remplir la poche supérieure, puis au bout de quelques minutes le liquide opaque filtrer dans la poche inférieure qui ne se remplit que secondairement. On peut alors voir deux niveaux de liquide. Une fois l'estomac rempli, on a quelquefois deux poches bien distinctes avec un canal d'union, pas toujours cependant car la poche supérieure peut s'abaisser au-dessous du canal d'union et le masquer.

Un aspect biloculaire peut se voir dans d'autres lésions que l'estomac en bissac, mais l'examen radioscopique est différent. C'est ainsi qu'on peut avoir une fausse biloculation par suite de la compression de l'estomac par une tumeur voisine ou par une simple aérocolie du côlon gauche; dans ces cas, un simple déplacement des parties fait disparaître l'aspect biloculaire. On peut de même voir, sur des radiographies, de fausses biloculations par étirement d'estomacs atones et ptosés; mais alors la baryte est descendue immédiatement dans la poche inférieure et l'estomac s'est rempli de bas en haut; de plus par une pression sur la poche inférieure, il est possible de faire refluer le liquide opaque dans la poche supérieure; enfin l'aspect biloculaire disparaît dans la position horizontale.

Le rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac par un spasme en regard d'un ulcère de la petite courbure se reconnaît à ce que le remplissage se fait d'une manière différente, à ce que l'injection d'antispasmodiques le fait disparaître.

Dans les néoplasmes, on peut avoir une biloculation, mais jamais la division de l'estomac en deux sacs n'est telle qu'il puisse y avoir stagnation dans la poche supérieure : les deux poches se remplissent en même temps; de plus le bissac est manifestement en rapport avec une image lacunaire qui s'étend à la fois dans le sens vertical et dans le sens horizontal alors que dans l'estomac biloculaire vrai l'étranglement est horizontal.

ACTUALITÉS

LA THYROXINE

L'une des plus anciennement étudiées tant au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique, la fonction thyroïdienne ne peut guère cependant être actuellement considérée comme complètement connue. La multiplicité des effets physiologiques de la sécrétion interne de la glande dit assez son importance cardinale dans l'organisme, mais les applications en sont demeurées pur empirisme que vient encore aggraver l'inégalité dans la puissance des diverses préparations en usage.

L'action des produits de sécrétion est d'une complexité extrême. Comme l'a montré Courrier, la thyroïde saine subit des produits thyroïdiens eux-mêmes une action frénatrice qui s'accorde avec l'incompatibilité observée *in vivo* par les expérimentateurs entre une thyroïde normale et la réussite des greffes opératoires de supplément.

L'appareil cardiovasculaire réagit, semble-t-il, par une hypotension due à la vasodilatation périphérique, hypotension transitoire sauf le cas de lésions des fibres cardiaques. Le rythme de la respiration est accéléré et l'amplitude des mouvements exagérée. L'action est minime sur le tube digestif proprement dit mais au niveau du foie se produit une augmentation de l'uréogénèse, un ralentissement de la biligénie et une diminution de la teneur en glycogène.

Le métabolisme basal augmente, d'autant plus nettement que le sujet est un hypothyroïdien plus caractérisé, d'où amaigrissement. Il y a accroissement des échanges azotés et de la désintégration des albuminoïdes. Sur les hydrates de carbone l'action de la thyroïde se combine à celle d'autres glandes vasculaires sanguines et est mal précisée; l'urée, l'acide urique, les chlorures, le calcium sont éliminés en plus grande quantité que normalement.

Sur la croissance, les effets d'ensemble sont de-

puis longtemps connus : accélération des divisions cellulaires, augmentation de croissance de certains organes avec ou sans modifications anatomiques (phanères), stimulation de l'ossification, accélération de la croissance générale.

Les effets sur le sang sont diversement interprétés.

Le système neurovégétatif réagit à la sécrétion thyroïdienne par une augmentation d'excitabilité du sympathique et du parasympathique, effets susceptibles de s'inverser pour des doses plus fortes (Oswald).

Tel semble être le schéma de l'action des extraits thyroïdiens purs et non mélangés de produits parathyroïdiens dont l'action est différente et que les anciens expérimentateurs ne réussissaient pas toujours à éliminer.

La complexité d'une telle action n'était qu'une raison de plus pour inciter les chimistes à en rechercher les divers supports par l'analyse de la sécrétion thyroïdienne globale. Malgré les progrès de ces dernières années, il reste manifestement beaucoup à découvrir dans ce domaine.

Les analyses les premières en date avaient, d'une part, montré l'importance physiologique des matières albuminoïdes dans le produit sécrété (thyroprotéide, thyréoïdine, etc...), d'autre part, attiré l'attention sur la richesse en iode du tissu thyroïdien qui en renferme 8 à 10 fois plus que les autres produits organiques : en 1895, Baumann isolait l'iodothyrine qui contient de 3 à 9 p. 100 d'iode; en 1899, Oswald isolait la thyréoglobuline, composé également iodé.

Mais pour l'un comme pour l'autre de ces produits, les effets obtenus n'avaient qu'une ressemblance imparfaite avec ceux des extraits totaux, qui ne pouvait autoriser à considérer ces produits extractifs comme l'hormone thyroïdienne elle-même et l'importance physiologique de la présence de l'iode fut même mise en question.

C'est en 1914 que E. C. Kendall (de New-York) réussit à extraire par hydrolyse alcoolique alcaline de la substance thyroïdienne une nouvelle substance iodée d'une activité extrême qui, jusqu'à plus ample informé, semble le produit thyroïdien le plus puissant et le plus analogue par ses effets à la sécrétion naturelle. Cette substance a reçu de Kendall le nom de thyroxine.

Les recherches analytiques ont conduit à des travaux de synthèse couronnés de succès dus à Harrington et à Barger. La thyroxine synthétique a donné entre les mains des divers expérimentateurs des effets semblables à ceux de la thyroxine extractive.

Propriétés physico-chimiques. — La thyroxine semble n'être contenue qu'en quantité extrêmement faible dans le tissu glandulaire puisque, pour en obtenir 33 grammes, Kendall a dû épuiser 3.000 kilogrammes de thyroïde fraîche.

L'hydrolyse alcoolique alcaline permet de séparer en 2 groupes les protéides thyroïdiennes, groupes qui se partagent à peu près également l'iode que contient la glande.

Les unes sont des substances solubles dans les acides (groupe B de Kendall) dont la composition chimique est encore mal connue. Elles sont physiologiquement actives mais influencent des troubles (troubles osseux et articulaires, troubles cutanés de myxœdème) que n'influence pas la thyroxine et semblent ne jamais provoquer de syndrome d'hyperthyroïdisme. Nous n'y insisterons pas dans cette courte étude.

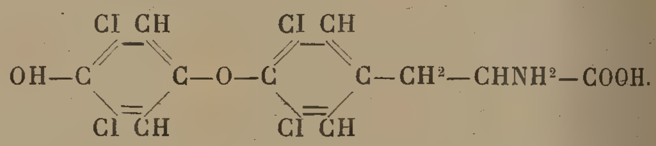
Les autres substances iodées (groupe A de Kendall) sont au contraire solubles dans les alcalis. La principale est la thyroxine.

C'est un produit cristallisable, incolore, inodore, insipide, de poids moléculaire élevé (586). Elle est extrêmement peu soluble dans l'eau mais se dissout au contraire, dans les alcalis en formant un sel; c'est le sel monosodique qui est la forme habituellement employée en thérapeutique.

Les solutions alcalines, exposées à la lumière solaire rosissent puis jaunissent en quelques heures.

La thyroxine est, au contraire, insoluble dans les acides.

La formule a été diversement établie par les auteurs ainsi que sa structure et ses parentés chimiques. On tend actuellement à préférer aux formules de Kendall la formule de Harrington (1925) :
formule globale $= C^{15}H^{11}O^{4}NI^{4}$
formule de constitution :



La thyroxine serait, par conséquent, un acide aminé iodé dérivé de la tyrosine (oxydiiodophényléther de la diiodotyrosine). C'est ce produit dont Harrington a réussi la synthèse.

Au point de vue optique, c'est un produit racémique, aussi bien le produit de synthèse que le produit extractif. Harrington a réussi le dédoublement de la thyroxine de synthèse et constaté que la thyroxine gauche est trois fois plus active que son isomère.

La teneur en iode est considérable puisque la thyroxine en contient 65 p. 100 et son action paraît beaucoup plus puissante que celle des autres substances thyroïdiennes iodées jusqu'ici connues.

Action physiologique. — Elle a été étudiée chez l'animal et chez l'homme. Chez l'un et chez l'autre, les effets de la thyroxine sont comparables, mais il faut chez l'homme noter une différence assez notable selon que le sujet est sain ou malade, il existe également selon les individus une susceptibilité assez différente ; elle peut, dans certains cas, être attribuée aux différences d'âge mais non toujours. Il reste donc encore une susceptibilité individuelle dont nous ignorons les causes que l'on ne saurait, comme dans le cas des extraits glandulaires totaux, mettre sur le compte de l'origine ni du mode de préparation du produit employé.

Chez l'animal la thyroxine semble annuler dans leur ensemble les troubles résultant d'une thyroïdectomie. Les effets stimulants sur le développement de l'animal jeune (développement du têtard, Romier), sur la cicatrisation des plaies, sont sembla-

bles à ceux qu'on obtient par les extraits glandulaires. Mêmes effets sur la pousse des phanères, sur leur apparence et leur coloration. Mêmes effets antitoxiques aussi (intoxication par l'acétonitrile chez le rat).

Chez l'homme sain, compte tenu des susceptibilités individuelles, on trouve les mêmes effets prévus. L'action sur le métabolisme basal semble régulière et proportionnée aux doses; à doses très faibles même l'action stimulante de la thyroxine semble puissante puisqu'un adulte de 68 kilog. voit son métabolisme augmenté de 1 p. 100 avec une dose quotidienne d'un tiers de milligramme.

Sur l'appareil digestif proprement dit, la thyroxine est à peu près sans action; sur le foie, l'action est la même que nous avons mentionnée plus haut avec l'extrait thyroïdien.

Sur l'appareil circulatoire on a en général observé une augmentation de la puissance de l'impulsion cardiaque et de la tachycardie. Nothmann et Parade ont cependant nié ces effets qui ne paraissent pas en effet s'accompagner de modifications de la courbe à l'électrocardiogramme. Sainton et Véran après injection de 1 milligramme de thyroxine à des sujets normaux, ont mesuré le pouls et la tension artérielle et ont obtenu des résultats nuls ou de l'hypotension avec ralentissement du pouls s'accompagnant parfois de signes d'intolérance durant plusieurs jours. Les réactions individuelles sont donc d'une importance particulière dans le domaine circulatoire.

Le rein réagit en général chez le sujet sain par la diurèse.

Le système vagosympathique au contraire réagirait peu en dehors de fortes doses.

Les modifications sanguines sont minimes, seulement un peu de leucocytose.

Quant au poids, Sainton, Maximin et Mamou ont observé de façon constante sa diminution; chez des sujets très sensibles ou pour des doses excessives, ils ont même pu obtenir un amaigrissement rapide et grave.

Chez l'homme malade, les effets semblent en général moins brutaux que chez l'homme sain, ce qui se comprend aisément.

Ce sont aussi les effets sur le métabolisme basal qui sont les plus constants; chez le crétin et le myxœdémateux Plummer et Boothby ont obtenu un relèvement du métabolisme; de petites doses suffisent parfois à ramener le métabolisme basal à un taux normal; 2 milligrammes par jour à l'augmenter de 20 à 30 p. 100; 3 milligrammes de 50 p. 100.

Les signes d'hypothyroïdie sont en général influencés parallèlement, mais on peut dépasser dans certains cas le but cherché. C'est ainsi que chez un insuffisant thyrotesticulaire, Sainton et Mamou ont constaté de la tachycardie, du tremblement, des troubles du caractère et un amaigrissement d'ailleurs transitoire; de même dans des cas de tétanie, Sainton et Coyon ont observé des signes d'hyperthyroïdisme : agitation, nervosité, tachycardie.

Les effets sur la diurèse sont en général bien caractérisés et persistants; les urines sont riches en chlorures et en acide urique; l'urée est également augmentée. Dans le sang on trouve une augmentation du taux de la sérine comme dans les syndromes d'hyperthyroïdie (Loeper, Lesure et Tonnet).

Mécanisme. — Le mode d'action de la thyroxine ne nous est pas connu; c'est actuellement pour des raisons de logique plus qu'à cause de constatations expérimentales qu'on attribue les divers effets de ce produit à une stimulation et une accélération des combustions intracellulaires. (Kendall).

Indications. — Quelle que doive être la place que tiendra dans la thérapeutique à venir la thyroxine, il n'est pas question à l'heure actuelle de l'employer autrement que comme médication opothérapique; les indications en sont donc peu nombreuses.

On pourra l'employer, surtout si les extraits thyroïdiens sont inactifs ou ont perdu leur activité, dans tous les cas d'*hypothyroïdisme*; qu'il s'agisse d'hypothyroïdisme léger ou au contraire d'hypothyroïdisme grave : *cachexie thyréoprive*, *crétinisme*, *myxœdème de l'enfant ou de l'adulte*; c'est d'ailleurs dans ces derniers cas que les essais ont été les plus nombreux et les plus concluants bien que non exempts d'imprévu.

On pourra également l'employer dans les cas d'insuffisance polyglandulaire lorsque la thyroïde joue un rôle. En ce qui concerne l'interaction thyroxine-adrénaline, les effets constatés ne sont actuellement ni assez constants ni assez nets pour qu'on puisse employer la thyroxine afin de provoquer une action secondaire.

Dans les *obésités thyroïdiennes* enfin, on a essayé la thyroxine (M. Labbé, Justin Besançon et Azerad) mais seulement en renfort de la diététique qui est le mode de traitement à employer avant tout commencement de thyroxinisation.

Mode d'administration. Posologie. — Tant au point de vue de l'activité qu'à celui de la tolérance et des accidents, il semble n'y avoir aucune différence sensible entre les thyroxines extractives et les thyroxines de synthèse que l'on fabrique actuellement dans divers pays. Toujours il s'agit d'un produit très actif, dangereux lorsqu'il est donné trop longtemps ou à trop forte dose, mais inactif lorsque administré à dose insuffisante.

On peut l'administrer en injections; les voies sous-cutanée ou intramusculaire sont peu employées, les solutions de thyroxine, légèrement alcalines, étant souvent un peu douloureuses. La *voie intraveineuse* lui est habituellement préférée, surtout lorsqu'on a des raisons d'agir énergiquement.

La *voie buccale* peut cependant être également employée bien que l'absorption du médicament soit moins certainement complète. Zondek et Kœhler la préfèrent pour l'administration de doses plus faibles et jugent l'absorption suffisante. Elle peut certainement l'être, puisque ce mode d'administration a donné quelques incidents à certains auteurs.

Les doses devront être précisées par les travaux à venir. Mais dans tous les cas on devra commencer par des doses faibles (un demi-milligramme); surveiller attentivement le malade au point de vue

circulation et métabolisme basal, n'augmenter les doses que prudemment et à bon escient. La voie intraveineuse étant la plus active, les auteurs limitent en général à *cinq milligrammes la dose hebdomadaire* par cette voie.

Les doses quotidiennes lorsqu'on désire agir vite et puissamment (myxœdème) ont pu atteindre entre les mains de certains auteurs un milligramme et demi et jusqu'à deux milligrammes; *il sera cependant prudent de ne pas dépasser la dose quotidienne de un milligramme et demi per os chez l'adulte; chez les sujets jeunes, il est préférable de s'en tenir à deux ou quatre dixièmes de milligramme par jour ou tous les deux jours.*

Chez les obèses, de petites doses sont préférables de deux dixièmes à un milligramme par jour.

On devra donner le médicament par périodes de huit à dix jours, entrecoupées de repos de longueur au moins égale.

D'autres auteurs préfèrent, au cas de myxœdème, frapper fort pendant une première période et atteindre le seuil de l'hyperthyroïdie. Ils interrompraient alors le traitement et pourraient, dans une seconde période, se contenter de doses d'entretien.

Tout ceci est affaire d'expérience et surtout de surveillance et montre que l'équivalence de doses établie par rapport à l'extrait thyroïdien (un milligramme de thyroxine = vingt centigrammes de glande sèche) n'est pas, au point de vue pratique, d'une rigueur absolue.

Incidents. — Surveillance et expérience n'ont pas cependant mis toujours les malades à l'abri des surprises d'autant que, même l'administration interrompue, les effets de la thyroxine peuvent se prolonger quelques jours.

Sainton, Coyon ont eu des symptômes provoqués d'hyperthyroïdisme : agitation, tachycardie, tremblement, nervosité; Schittenhelm de la céphalée, des vomissements, de la fièvre, un amaigrissement de plusieurs kilogrammes en quelques jours; Zondek et Kœhler, des nausées, des palpitations, des vertiges et des sueurs; Coyon des accidents de tétanie à type parathyréoprive qui posent la question d'une action de la thyroxine sur les parathyroïdes. Dans tous ces cas, aucune imprudence posologique n'avait été commise.

Quelle que soit donc la ressemblance entre la thyroxine et l'hormone thyroïdienne, on ne peut encore être certain de leur complète identité ni considérer cette médication autrement que comme une méthode actuellement d'exception. Elle est surtout, à l'heure actuelle, un témoignage de la science des chimistes contemporains qui ont su approcher de près les résultats de la chimie de la cellule vivante, comme ils l'avaient déjà fait pour l'insuline et surtout pour l'adrénaline. De plus amples études sont encore indispensables pour que de tels travaux puissent porter tous leurs fruits en thérapeutique courante.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 MAI 1930)

Le syndrome spléno-adénique dans la leucémie myéloïde. (*A propos du procès-verbal.*) — M. Béclère rappelle qu'il a soutenu il y a longtemps qu'il n'existe pas de leucémie mixte. L'apparition d'un syndrome spléno-adénique est un signe fâcheux indiquant la transformation de la leucémie myéloïde en leucémie aiguë.

Néphrose lipoïdique. — MM. Achard et Codounis ont étudié sept cas de néphrose lipoïdique.

La valeur du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipides}}$, normalement entre 7 et 10, a toujours été faible. C'est dans la néphrose lipoïdique qu'elle a été trouvée le plus diminuée (jusqu'à 0,12).

La néphrose lipoïdique comprend des néphrites légères et curables et des néphrites graves et progressives. Il est difficile de concevoir sans quelque altération légère du rein le dépôt cholestérinique localisé au parenchyme rénal.

La perte de sérine par l'urine peut contribuer pour une grande part à l'hypoprotéinémie, mais on ne peut exclure l'idée d'une insuffisante formation de sérine, d'autant plus que l'abaissement parfois observé de la myxoprotéine, qui cependant ne passe pas dans l'urine, permet d'envisager un trouble dans la formation des protéines. Il se peut que l'hypoprotéinémie facilite la floculation des lipides et leur accumulation dans le sang, mais on ne saurait non plus exclure l'idée d'un excès de formation.

La mort subite dans l'asthme. — M. Laubry rapporte deux cas de mort au cours d'une crise d'asthme. Les deux malades ne présentaient aucune lésion cardiaque, les orthodiagrammes et électrocardiogrammes étaient normaux. Il pense que dans le premier cas la vagotonie a pu déclencher une syncope mortelle; dans le premier cas les phénomènes asphyxiques ont pu créer une dilatation aiguë du cœur droit.

L'angine de poitrine dans le rétrécissement mitral. — M. Ed. Doumer apporte l'observation d'un cas de rétrécissement mitral pur qui s'est compliqué de crises typiques d'angine de poitrine se répétant d'une façon presque incessante pendant plusieurs mois. L'auteur étudie le mécanisme complexe de ces crises et développe les raisons pour lesquelles il croit pouvoir incriminer la distension de l'oreillette gauche qui serait donc susceptible, dans certains cas, de déterminer de l'angor au même titre que la distension du ventricule gauche. Mais il insiste surtout sur l'intervention de certains facteurs neuro-toniques ayant pour effet de créer une sorte d'hypersensibilité des filets du plexus cardio-aortique, hypersensibilité sans laquelle la distension de l'oreillette ne peut être efficace. Il suffit, en effet, dans ce cas particulier, pour obtenir la disparition durable des crises d'angor, de mettre en œuvre un traitement sédatif de l'hyperexcitabilité neurotonique.

Sur le dosage de quelques éléments du sang dans la diphtérie maligne. — M. Prochaska.

Septicémie à B. pyocyanique. — MM. Coste et V. Stéfanesco.

Adénome malin du foie. — M. Aubertin rapporte un cas d'adénome du type Lecène-Cathala.

Exanthème scarlatineux généralisé à particularité rare : zone de peau indemne, circonscrite siégeant dans une région d'élection : pli du coude. — M. Th. Dumitresco (de Bucarest).

Un cas d'anaphylaxie alimentaire chez l'homme. Epreuves d'anaphylaxie passive positive. — M. Ch. Flandin rapporte l'observation d'une femme qui, après trois ans de régime excluant tout aliment provenant de l'animal, absorbe à titre thérapeutique de la viande et des œufs crus, et du lait. Un choc anaphylactique violent caractérisé par de l'œdème pulmonaire, de l'œdème de la glotte, un urticaire généralisé survint immédiatement. La désensibilisation fut obtenue par la peptonothérapie par voie buccale et l'ingestion avant le repas de doses minimes d'aliments d'origine animale.

Néphrite chronique et paralysie faciale. — M. Et. May signale le cas d'un malade atteint de néphrite chronique qui, à la quatrième récidive d'une paralysie faciale en dix-huit mois, a présenté une aggravation subite des lésions rénales avec mort en quinze jours. L'auteur discute l'origine de la paralysie faciale et se demande, après avoir éliminé la syphilis, s'il ne s'agit pas d'une suppuration latente du rocher.

Guérison clinique contrôlée après six années d'une tuberculose intestinale ulcéreuse inopérable. — MM. Burnand, Perret et M. Gilbert. Observation d'une femme de vingt-huit ans, atteinte de tuberculose pulmonaire et traitée par pneumothorax artificiel. La diarrhée s'installe soudainement et persiste. Aucun signe de palpation abdominale. Hypermotilité constatée à la radiologie. Laparotomie dans une intention d'extirpation qui montre l'existence sur le cæcum, le côlon ascendant et transverse de lésions tuberculeuses infiltrantes et rétractiles.

Le ventre est refermé sans intervention.

Les auteurs se demandent si la guérison est due à la laparotomie exploratrice, comme on l'observe quelquefois au cours de la péritonite tuberculeuse ou au traitement médical (carbonate de gaïacol, héliothérapie abdominale appliquée ultérieurement).

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(Séance du 8 avril 1930)

Hypertonie congénitale pure, accompagnée d'un double pied bot varus, chez un nouveau-né. — M. Favreau et Mlle Pernet.

Cancer du cardia : confrontation anatomo-radiologique (avec présentation de pièce). — MM. Langeron, d'Hour et Lamoril.

A propos de deux cas de laryngites varicelleuses. — MM. Dehérripon et Galliègue rapportent deux cas de laryngites au cours d'une varicelle chez le frère et la sœur.

Dans le premier cas, les symptômes asphyxiques furent si marqués qu'un tubage d'urgence fut pratiqsé. Dans le second cas, les antispasmodiques suffirent à calmer le tirage. Guérison sans séquelles dans les deux cas.

Cultures négatives au point de vue B. de Lœffler, dans ces deux observations.

Les phénomènes asphyxiques furent chez le frère, contemporains des premiers éléments cutanés de la varicelle; chez la sœur, la laryngite précéda de vingt-quatre heures l'éruption cutanée.

Il faut remarquer l'intensité de la stomatite dans ces deux observations.

Le diagnostic de la varicelle du larynx ne peut être fait qu'en l'absence de bacilles de la diphtérie sur les cultures d'exsudats pharyngés, ou par la recherche des bulles varicelliques dans le larynx.

L'injection de sérum antidiphtérique doit toujours être pratiquée en cas de doute, surtout en clientèle, où la surveillance médicale ne peut s'exercer d'une façon constante.

L'exploration gynécologique à l'aide du lipiodol. — M. Favreau tire de son expérience personnelle les conclusions suivantes :

1° L'exploration gynécologique à l'aide du lipiodol, doit remplacer l'insufflation.

2° Elle est inoffensive, à condition de ne l'employer que dans des cas exceptionnels, chez des malades choisies et surveillées, ne présentant aucune infection utéro-annexielle en évolution.

3° Elle doit être réservée à l'exploration de la perméabilité tubaire (en particulier dans les cas de stérilité), exceptionnellement au diagnostic de fibrome ou de cancer du corps; elle doit être rejetée lorsqu'on soupçonne une grossesse.

4° Elle est rendue indolore et devient une méthode de premier ordre pour l'exploration physiologique de la contraction tubaire et utérine, grâce à la technique personnelle de Favreau qui ne nécessite même pas l'emploi de la morphine.

Trois cas de méningite aiguë, lymphocytique, curable. — M. Dereux rapporte trois observations d'enfants, atteints de ces méningites spéciales. Il ne s'agit pas ici d'états méningés secondaires à une affection connue. Ces méningites occupent seules la scène : elles constituent toute la maladie. L'étude du liquide céphalo-rachidien montre, avec une hyperalbuminose, une augmentation du nombre des lymphocytes. Les examens bactériologiques sont négatifs.

On ne peut faire que des hypothèses sur la nature de ces méningites lymphocytiques curables.

Cardiopathie grave, guérie par application de tubes de Southey, après échec de la thérapeutique habituelle. — M. Langeron, Mlle Pernet et M. Torck. Observation clinique d'un cas d'insuffisance cardiaque grave de nature indéterminée, pour laquelle toute thérapeutique tonicardiaque et diurétique ayant échoué, on appliqua des tubes de Southey; après évacuation de 500 grammes environ de liquide, on eut la surprise d'assister, sans aucune autre thérapeutique, à la disparition complète des œdèmes et des signes fonctionnels et à la restauration d'un tracé électri-cardiographique normal. Cette constatation peut servir à comprendre la possibilité de guérison, en apparence spontanée, de cas cliniquement semblables.

LIVRES NOUVEAUX

La d'Arsonvalisation directe (diathermie) dans le traitement de la blennorragie (1), par P. E. Roucayrol. Préface de M. le professeur d'Arsonval. (Ouvrage honoré d'une souscription du ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale.)

Nous reproduisons un extrait de la préface que M. le professeur d'Arsonval a écrite pour présenter ce livre au public médical. C'est, pensons-nous, le plus bel éloge que nous puissions faire de cet ouvrage appelé à rendre les plus grands services non seulement aux spécialistes, mais au médecin praticien.

« Voilà de longues années que j'ai indiqué tout ce que les médecins pouvaient attendre de l'utilisation thérapeutique des courants qui portent mon nom. Aussi, lorsqu'en 1910, Roucayrol vint m'exposer son plan de recherches pour la destruction du gonocoque, je pus l'encourager et lui dire qu'il était dans la bonne voie. Voulant appliquer mes courants directement sur les muqueuses urétrales, vaginales, rectales, il ne pouvait songer à employer mes aiguilles thermo-électriques;

(1) In-18 de 254 pages, 60 fig. et une planche en couleur. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

mais la situation de ces divers organes par rapport aux électrodes externes, lui permettait d'enfermer les couples thermo-électriques à l'intérieur de ses électrodes, et d'avoir une indication suffisamment précise pour éviter sûrement tout accident de brûlure.

Le temps a permis de juger les résultats qu'il a obtenus : désinfection gonococcique totale, sans reliquats, par conséquent suppression d'une des grandes causes de stérilité, possibilité même de pratiquer la désinfection gonococcique chez les femmes enceintes, sans leur faire courir le moindre risque d'avortement. Mêmes résultats pour les salpingites.

Ces résultats sont appréciables au point de vue de l'individu, et surtout au point de vue de la société, à une époque où la prophylaxie sociale commence à prendre la place qu'elle mérite.

Dans ces dernières années, la diathermie a conquis de haute lutte le droit de cité en urologie et en gynécologie, les publications se multiplient, beaucoup indiquent une inexpérience fâcheuse et une ignorance totale de ce qui a été fait jusqu'ici; il ne me déplaît pas de signaler que mon élève Roucayrol est, à ma connaissance, le premier à avoir eu l'idée de son emploi contre la blennorragie, et le premier à avoir créé une instrumentation précise, et une technique raisonnée, dont on trouvera l'exposé dans ce travail ».

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 16 juin. — Jury : MM. M. Labbé, président; Lemierre, Loeper et Clerc. — M. Jung. Recherches physiologiques sur la créatinurie. — M. Kivong-Min-Kun. Etude de l'occlusion intestinale consécutive à l'inflammation du diverticule de Meckel. — M. Aubert. L'épreuve du vin chez les hépatiques. — M. Chevrolles. L'actinothérapie dans le traitement des péritonites tuberculeuses.

Mardi 17 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Sergent et Terrien. — M. Jodin. Considérations statistiques sur la grossesse gémellaire. — M. Michelçon. Etude statistique de la mortalité infantile. — M. Papazoglou. Contribution à l'étude de l'acidose postopératoire. — M. Waynberger. Traitement de la gangrène sénile par le cathétérisme artériel. — M. Godefroy. Les calcifications ganglionnaires thoraciques. — M. Raigman. Lésions oculaires dans les malformations craniennes spécialement dans les dysostoses cranio-faciales.

Jeudi 19 juin. — Jury : MM. Balthazard, président; Sebileau, Claude et Aubertin. — M. Claass. Etude de la déontologie médiane. Essai historique sur la discipline et la réglementation dans la profession médicale. — M. Rolland. Etude psychopathologique sur le mysticisme de J. K. Huysmans. — M. Rénac. De l'importance de la ponction exploratrice du tympan dans les otites latentes du nourrisson.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Achard, président; Dechambre et Lesbouyries. — M. Lebouc. Une entreprise zootechnique en Annam.

Samedi 21 juin. — Jury : MM. Achard, président; Gougerot, Lereboullet et Millot. — M. Foucaud. La curiethérapie des angiomes. — Mlle Bogoraze. Remarques sur les éléments du syndrome rachitique réfractaires à l'action de l'ergostérine irradiée.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES

TUMEURS CÉRÉBRALES[1]

Examen du liquide céphalo-rachidien. — La ponction lombaire, pratiquée sans précautions, peut être cause de mort subite. On devra toujours la pratiquer sur le *malade couché*, en décubitus latéral, et avec une *aiguille fine*. Le liquide sera extrait *lentement* et en *petite quantité* (ne pas dépasser 5 centimètres cubes). De cette façon, on évite généralement tout accident.

Les renseignements obtenus sont très importants.

1° *La tension du liquide céphalo-rachidien*, mesurée au manomètre de Claude, est très élevée : 40, 50cm (normale : 15). Cette pression baisse du reste très rapidement, le rapport de la pression terminale sur la pression initiale — quotient rachidien — est élevé.

2° *Le liquide* lui-même apparaît souvent légèrement xantochromique; il coagule fréquemment dans le tube (présence de fibrine).

Réaction cellulaire nulle ou légère lymphocytose, *hyperalbuminose* marquée (0g50 à 1 gramme) : ce sont les éléments de la **dissociation albumino-cytologique** classique qui est constante.

3° Signalons, en outre, la possibilité d'une *réaction de Wassermann positive* en dehors de toute spécificité.

Examen radiologique. — La radiographie peut apporter des précisions au diagnostic.

Une bonne *radiographie simple* du crâne peut déjà permettre de reconnaître des lésions osseuses, telles qu'une ostéopériostite syphilitique, ou de localiser d'emblée un méningiome ou une tumeur calcifiée. Souvent, on notera simplement des altérations craniennes dues à l'hypertension (impressions digitales plus accusées, déformations de la selle turcique).

Aussi a-t-on beaucoup préconisé les *encéphalographies* soit opaque (lipiodol intraventriculaire, intrasinusien, ou iodure de sodium intra-artériel) soit gazeuse (ventriculographie gazeuse). Elles peuvent montrer des modifications de forme, de siège, de volume d'un ventricule.

Ces méthodes, bien qu'encore incertaines et délicates, ont donné des résultats intéressants.

FORMES CLINIQUES

Les formes cliniques sont avant tout *topographiques*, chaque localisation imprimant au tableau son cachet particulier. Mais les signes localisateurs peuvent être absents (zones muettes) ou ne répondre qu'à des lésions réactionnelles à distance.

Aussi le diagnostic topographique est-il particulièrement ardu en l'absence de renseignements radiologiques précis.

1° **Tumeurs des hémisphères.** — Zone rolandique. — Les tumeurs de la zone psycho-motrice sont avant tout épileptogènes. La *frontale* ascendante réagit par une épilepsie localisée à type Bravais-Jackson, parfois même par une épilepsie partielle; la *pariétale* par l'épilepsie « sensitive » de Pitres. C'est dire que c'est surtout l'étude des troubles moteurs et sensitifs postconvulsifs qui guidera; rechercher l'existence d'une parésie postépileptique ou d'une hypoesthésie même très localisées et très discrètes.

Les tumeurs de la zone rolandique sont d'ailleurs parmi les plus accessibles au chirurgien.

— Lobe occipital. — Ces tumeurs se traduisent par un symptôme important : l'*hémianopsie* latérale homonyme, avec absence du réflexe hémiopique. L'hypertension est précoce. La stase papillaire évolue rapidement.

Enfin, du côté gauche l'*aphasie* à type Wernické est assez fréquente.

— Lobe temporo-pariétal. — Ces tumeurs sont déjà d'un diagnostic plus difficile; elles sont fréquemment *muettes*. Parfois cependant des troubles de la sensibilité profonde, une aphasie permettront de les soupçonner. Elles s'accompagnent souvent d'hémianopsie partielle.

— Lobe frontal. — On note des *troubles psychiques* très marqués : apathie avec phases d'euphorie (moria) et même d'excitation; perte de l'affectivité; diminution de la mémoire; signes en réalité délicats à interpréter.

L'*ataxie frontale* est plus importante. Enfin, on a insisté sur des troubles de la parole discrets et transitoires, sur une parésie du VIIe à type central, signes à rechercher après une crise convulsive.

La *névrite rétro-bulbaire* et l'exophtalmie sont spéciales aux tumeurs antéro-inférieures.

2° **Tumeurs de la base du cerveau.** — Ce sont surtout des tumeurs de la région infundibulo-tubérienne et hypophysaire. Nous rappellerons que ce sont elles qui sont responsables de l'acromégalie, de diabètes insipides, et de certains syndromes adiposo-génitaux. Elles s'accompagnent, en outre, d'hémianopsie bitemporale avec réflexe hémiopique, quelquefois de mydriase avec élargissement de la fente palpébrale. Enfin, de façon constante, elles sont signées par des altérations radiologiques de la selle turcique.

Leur abord par voie frontale ou nasale transsphénoïdale a été proposé.

3° **Tumeurs de l'axe encéphalique.** — Elles sont rares et réalisent parfois des syndromes typiques (Weber, Millard-Gübler, syndromes bulbaires). *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 47, p. 866.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire médical des stations thermales et climatiques françaises et des sanatoriums et maisons de santé. — Cet ouvrage de plus de 700 pages est édité par la Fédération thermale et climatique française, et dans un but de propagande nationale.

Les médecins français qui n'auraient encore reçu aucun exemplaire des années précédentes sont priés d'en informer l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), qui leur fera adresser gracieusement un exemplaire de l'année 1930, actuellement sous presse.

RENSEIGNEMENTS

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Autocars P.-L.-M. au départ de Dijon. — Deux circuits sont organisés du 1er juillet au 30 septembre au départ de Dijon-place d'Arcy et gare de Dijon-Ville.

Le premier, qui a lieu les jeudis et dimanches conduit, par Gevrey-Chambertin, Clos-Vougeot, Nuits-Saint-Georges, à Beaune, dont on visite les Hospices renommés. On déjeune à Pouilly-en-Auxois et le retour se fait par le Puits XV, Val Suzon et Talant.

Le deuxième circuit a lieu les mercredis et samedis et passe par Sombernon, Vitteaux, Saint-Thibault. Déjeuner à Semur et retour par Flavigny, Alésia, Bussy-Rabutin et Saint-Seine l'Abbaye.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris, — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMSENT DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 juin. — MM. Hamburger, 20; Weissmann, 19,09; Ravina, 18,54; Bith, 19,09.

Epreuve clinique. — Séance du 16 juin. — Mme Fontaine-Bertrand, MM. Gutmann, Hamburger, Weissmann et Bith, 20.

Classement des candidats : M. Gutmann, Mme Fontaine-Bertrand et MM. Hamburger, 20 + 20 = 40; Bith et Weissmann, 19,09 + 20 = 39,09.

— Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Gutmann, Hamburger et de Mme Fontaine-Bertrand.

Mme Fontaine-Bertrand est la première femme qui ait obtenu le titre de médecin des hôpitaux de Paris.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Carrié, Cathala, Léon-Kindberg, Turpin, Oberlin, Huet, Girode, Aubin, Cleisz.

— Liste alphabétique des candidats au concours de l'internat en médecine :

M. Aboulker, Mlle Abraham, MM. Abrand, Achard, Adrianopoulos, Mlle Aghion, MM. Alaurent, Albeaux, Alfonsi, Aliker, Alivisatos, Allilaire, Alpern, Amante, Ambrosini, Amphoux, Archambaud, Mlle Armelin, MM. Arnal, Arvay, Arvisel, Attal, Aubrun, Auclair, Aucler, Audoux, Augeix, Augereau, Auzépy, Ayrignac,

Bachmann, Mlle Baguette, MM. Bamas, Baratoux, Barbier, Bardin, Barraya, Barneville, Mlle Barré, MM. Barrière, Barthélémy, Bastien, Baumgartner, Beauchef, Beaufils, Belêtre, Bellière, Bénardeau, Banguigui, Benoist (Jean), Benoit (Hubert), Bensaude, Benzaquen, Béquignon, Berg (de), Bergenstein, Bernard (Jacques), Bernard (Philippe), Bernaud, Mlle Beskin, MM. Beurdeley, Bézier, Bidou, Bigey, Billard, Binet, Bioy, Bismut, Bissery, Blau, Bloch (Henri), Bloch (Léon), Blondeau, Mme Blondel, MM. Blumen, Bobard, Bogoraze, Boisramé, Boisseau, Boissonet, Boivin, Bonamy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Georges), Bonnet (Pierre), Boquet (Paul), Boquet (Pierre), Mlle Bordachar, MM. Borde, Borgida, Boros, Bosc, Botton (de), Bouchacourt, Boudonnet, Bouley, Boulle, Bourdeau, Bourdial, Bourget, Boursat, Bousseau, Boussoulade, Bouteau, Boutet, Boutrou, Bouwens van der Böyen, Boyé (Joseph), Boyer (Etienne), Boyer (Isidore), Boyer (Jean), Braillon, Brandenburg, Brault, Bréhant, Bridgman, Brincourt, Brinon, Brizard, Brocard, Brochard, Brouet, Broutman, Brunel, Brunhes, Brunot, Bureau, Mlle Buttner, MM. Bzowski,

Caby, Cachin, Cacuira, Callot, Calvet (Henri), Calvet (Jean), Camard, Camelot, Camena d'Almeida, Camus, Canale, Capandji, Caratzali, Carlotti, Carrez, Carteret, Casalis, Catonné, Catz, Mlle Caubet, M. Cauhepé, Mlle Cazamian, MM. Chagnon, Challiol, Mlle Challiot, MM. Chambon, Chanel, Chapireau, Chareire, Charousset, Chatain, Chevallier (André), Chevallier (Roger), Chevé, Chigot, Claudet, Collart, Mlle Comby, MM. Conso, Copelovitch, Cormelie, Cornetet, Mlle Cottin, MM. Cottin (Pierre), Courtial, Courvoisier, Coussieu, Coustenoble, Couve, Crozat,

Damon, Dangauthier, Daniel, Mlle Danzig, MM. Darras, Dassencourt, David (Ernest), David (Jean), David (René), Davidovici, Davous (Raymond), Mme Davous, Mlle Debay, MM. Debidour, Debray (Charles), Debray (Jean), Dechaume-Moncharmont, Delaitre, Delamare, Délie, Delinotte, Mlle Delon, MM. Delorme, Demaldent, Demartial, Departout, Desvignes, Dézoteux, Dhotel, Divet, Domart, Doreau, Dormay, Douay, Doukan, Doussinet, Draillard, Dreyfus (André), Dreyfus (Jacques), Dubois (André), Dubois (Jean), Dubois (Pierre), Duchemin, Mlle Ducosté, MM. Duflo (Jacques),

Duflos (Léon), Dufour (Emile), Dufour (Jean), Dugas, Dulot, Dumas, Duméry, Dumont, Duperrat, Dupuidemus, Durandy, Durel, Durieux, Dutray,

Eck, Elbim, Mlle Epstein, Escaré, Escrivan (d'), Fabre (Albert), Fabre (Jean), Mlle Fagnière, MM. Falk, Fallourd, Fasquelle, Faugeron, Fay, Feldstein, Felsenwald, Ferrien, Ferroir, Ferval, Feuillastre, Filderman, Filhoulaud, Findjandjian, Mlle Finkelstène, MM. Flaumenbaum, Fleury, Fleys, Flourens, Fontaine, Font-Réaulx (de), Foret, Fort, Fourestier, Fournet, François-Dainville, François (René), Fresnais, Fron, Frouin, Frumusan, Fuchs, Fulconis,

Mlle Gagneur, MM. Gaignerot, Gailhard, Galup, Ganière, Ganot, Gasne, Gastaud, Gaultier, Gautier (Jacques), Gautier (Pierre), Gay, Gelbart (Lucien), Gelbert (Jean), Geninet, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Gérard (Antoine), Gérard (Pierre), Germain, Gessen, Gesta, Ghozland, Giard, Gibert, Gigon, Gilbert, Mlle Gillard, MM. Gillon, Gillot, Giordan, Girard, Mlle Girardin, MM. Giraud, Gireaux (Raymond), Gluck, Goldsztajn, Golse, Gorrichon, Gorse (Jean), Couzonnat, Goyer, Grabli, Grangé, Grasset, Grenet, Grépinet, Mlle Grillo, MM. Gringoire, Grosbois, Groulier, Guébel, Guérin, Guermann, Guichard, Guillaud-Vallée, Guillaumat, Guison, Guny, Guy, Guyon,

Habrekorn, Haguier, Mlle Hahn, MM. Halbron, Hamburger, Helluin, Henry, Hermabessière, Herrenschmidt, Hinard, Mlle Hollier-Marousse, MM. Hornus, Hubert, Huguier, Hutin,

Iohard, Iliovici,

Mlle Jacob, MM. Jacquet, Jalkh, Jalley, Jamet (Charles), Mlle Jammet, MM. Janvier, Jarriault, Mlle Jeannacopoulo, MM. Jeulain, Jomain, Jones, Jounneau, Jouffroy, Journe, Judet, Julia, Jundt,

Kaplan, Karcher, Kipfer, Mme Kiriloff, MM. Klein, Kreis (Boris), Kretz (Paul), Mlle Krithschevsky, MM. Krivine, Kun, Kunossy, Kuypers,

Labarre, Labesse, Lachèze, Lachmann, Lachter-Pachter, Lafay, Lafon, Laguzy, Lamasson, Lambling, Lamiaud, Lamiraud, Landois, Landrieu, Lanthier, Laplane, Mlle Laporte, MM. Laquerrière, Laroche, Mlle Lataste, MM. Laude, Lauprêtre, Lauret, Lauriat (Charles), Lauriat (Ernest), Mlle Lautmann, M. Lavergne, Mlle Lavit, M. Lazard, Mlle Léage, MM. Le Beau, Leblanc, Leborgne, Lebouchard, Lecat, Le Cœur (Pol), Lecœur (Yves), Lecouillard, Leduc, Lefebvre, Mlle Legagneux, MM. Legris, Lehmann, Lemant, Lemelletier, Léonard, Léoni, Lepart, Mlle Lépine, MM. Leroy, Lesage, Leuret, Levannier, Mlles Lévy (Gilberte), Lévy (Renée), M. Lévy-Kloiz, Mlle L'Hoir, MM. L'Huillier, Lichtenberg, Lieffring, Limoge, Mlle Liphschuz, M. Livieratos, Mlle de Loeschnigg, MM. Loiseau, Loisel, Longuet, Mlle Lorsignol, MM. Lortat-Jacob, Losay, Loutsch, Lucas, Mlle Luneau, M. Lurie,

Macé, Macé de Lépinay, Macraz, Maillefer, Mainguy, Mlle Maire, MM. Maître, Malartic, Malgras, Mallarmé, Manile, Marçais, Marcland, Marcombes, Marcy, Margout, Marmasse, Marre, Martel, Martin (Charles), Martin (Jean-Thomas), Martin (Jean-Ernest), Martin (Jean-Jules), Martin (Marcel-Jean), Martin (Noël), Martini (Georges), Martinie (Jacques), Martinot, Martrou, Maspétiol, Masson (Gorges), Massoulier, Mathière, Mathiot, Mathivat. Mattern, Maurice, Maury, Mazeyrie, Meidinger, Meillaud, Mlle Melon, MM de Meistier du Bourg, Meyer-Heine, Meyer (Jean), Meyer (Louis, Michaëlidès, Michaut, Mlle Mignon, MM. Millot, Milovanovitch, Mino, Minet, Mirbeau, Molard, Moline, Monceau, Menier, Morax, Moreau (Gilbert), Moreau (Jacques), Morel, Moreno, Mouchotte, Moulinier, Mourgues, Mortier, Motz, Mlle Moyen, MM. Moyse, Muchotte,

Nahon, Nardi, Nastorg, Natier, Naud, Netter (Albert), Netter (Henry), Nicaise, Nicolas, Nigaud, Nomblot, Nuridsany,

Mlle Oescmichen, Olivier (Claude), Olivier (Jean), Opolon, Ortega, Ortholan, Osenat, Oudin, Ovary.

Palma (de), Panhet, Parent, Parfus, Parienté (de), Paris, Parrot, Pasquereau, Mlle Patez, MM. Paul, Payet, Pecher, Pelletier, Pérachon, Pergola, Perreau, Perret, Perrot, Personnaz, Pescarolo, Mlle Petit (Paule), MM. Petit (Pierre), Pétroff, Peyaud, Pham-Hue, Chi, Picard, Mlle Pichon, MM. Picquart, Piel, Pigache, Mlle Pinel, MM. Piram, Piraud, Piroux, Pochon, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Poisson, Polak, Porge, Potier (Georges), Pottier (Marcel), Pouey, Pouliquen, Poupault, Pourquié, Prat, Prost, Prunet, Puistienne, Pulvenis, Pyt,

Rabaté, Rachsteim, Raisonnier, Raulot-Lapointe, Raybaut, Raymond, Reboul, Regard, Relier, Reliquet, Renaud, Renet, Revaillaud, Richard (Eugène), Richard (Robert), Robert (Joseph), Robert (Pierre), Rodier, Rogé (Raymond), Roger (Jacques), Mlle Rohlfs, MM. Rosanoff, Rosenbach, Rossano, Rouchy, Roulin, Roullier, Rousseau, Rousset, Roux (Marcel), Roux (Maurice), Roy (André-Henri), Roy (André-Louis), Roy (Guy), Royer, Royer de Véricourt, Rymer,

Sabourin, Mlle Sainton, M. Salamon, Mlle Salembiez, MM. Salleron, Sambron, Sanz, Sauvain, Savelli, Scheid, Schmid, Schwartz, Ségal, Séguin (Marcel), Mlle Séguin (Paule), MM. Sergent, Seringe, Sidi-Edwin, Sifflet, Simon (Franck), Simon (Gaston), Simon (Noël), Simon (Roger), Simonot, Sobel, Soleil, Mlle Solente, MM. Soria (Maurice de), Soria (Sauveur), Soubrane, Souilhé, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Stefani, Stérin, Stewart, Strée, Suchmann, Szigeti,

Talon, Temerson, Tempier, Terrasse, Terver, Testu, Thesée, Thiboumery, Tholose, Thomann, Tilitcheeff, Tissot, Touzé, Tran-Ba, Huy, Tran-Quang, Dé, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Turiaf,

Ulmann, Ungar,

Vaidié, Valensi, Vallancien, Vallet-Bellot, Valois, Varangot, Varay, Vauclin, Vaudour, Vautier, Vautrin, Velez, Vendreyes, Mlle Verlière, MM. Veysset, Vial, Viala, Vidart, Vieuchange, Vildé, Vincent (Georges), Vincent (Jean), Vincent (Paul), Vincent (Philippe), Vincent (Pierre), Voisin, Voizot,

Wattez, Mlle Weissberg, MM. Werner, Wetterwald, Willot, Wimphen, Mlle Wix,

MM. Yaich. Yvanovitch,

Zaepffel, Zaouche, Zhâ, Zimmern.

— La première épreuve écrite anonyme du concours de l'internat en médecine aura lieu à la date fixée, le mercredi 25 juin 1930, à 9 h., à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les candidats devant occuper les places marquées à leur nom sont invités à se présenter dès 8 h. 15.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les épreuves écrites les candidats porteurs du bulletin d'inscription au concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat. — Epreuve supplémentaire.* — Séance du 16 juin. — MM. Patel, 18; Blondin (Marcel), 17; Blondin (Sylvain), 16; Funck-Brentano, 15.

Sont nommés : MM. Sauvage, Merle d'Aubigné et Patel.

— STRASBOURG. — M. le professeur P. Ancel, doyen de la Faculté de médecine, a donné sa démission.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Ernest Conseil (de Tunis), qui a été si souvent associé aux travaux de M. Charles Nicolle et de ses collaborateurs à l'Institut Pasteur de Tunis.

Le docteur Conseil est mort victime du devoir professionnel à la suite de la récente épidémie de peste de Tunis.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Berger (de la Côte-Saint-André), Lucien Tiberghien et Zéphir Gobert (de Bruxelles).

REVUE GÉNÉRALE

NATURE, PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

D'après les recherches de Sir JAMES PURVES STEWART
Miss KATHLEEN CHEVASSUT
J.-A. BRAXTON HICKS et F.-O. HOCKING

Par J. LHERMITTE,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Médecin à l'hospice Paul Brousse.

Depuis une dizaine d'années, il n'est guère de neurologiste, tant en France qu'à l'étranger, qui n'ait été frappé de la progression croissante des cas de sclérose en plaques et qui n'ait reconnu aussi bien la gravité extrême de la maladie, que la variété presque infinie des formes cliniques sous lesquelles elle se présente à l'observateur. Aussi, dans sa réunion annuelle des 30 et 31 mai 1924, la Société de neurologie de Paris avait mis à son ordre du jour le problème de la nature et du traitement de la sclérose multiple. Des rapports furent présentés par M. Veraguth (de Zurich) et le professeur Guillain où se trouvent condensés, de la manière la plus claire, la plus précise et la plus actuelle, les traits cliniques, anatomo-pathologiques et pathogéniques de la maladie de Cruveilhier.

Mais, depuis cette date, des faits nouveaux sont venus s'adjoindre aux anciens, et le problème de la sclérose en plaques ne s'est pas simplifié. Certaines données étiologiques que l'on pouvait croire définitives sont, à l'heure actuelle, des plus discutées; d'autre part, il n'est pas de pays où les médecins ne soient d'accord pour déplorer les insuffisances de la thérapeutique, ou mieux des thérapeutiques, car celles-ci sont extrêmement nombreuses et hélas! toutes aléatoires dans leurs résultats.

Cette carence thérapeutique, que l'on pourrait opposer à la propagation de la sclérose en plaques, tient, tout d'abord, à l'insuffisance de nos connaissances sur la pathogénie de l'affection et sur son étiologie.

***

I. **Recherches anatomiques.** — Et d'abord, quelle est la nature de la sclérose en plaques? S'agit-il d'une maladie constitutionnelle dégénérative, toxique ou infectieuse? Dans son livre remarquable sur la sclérose en plaques et qui fait encore autorité, Müller, adoptant les vues de son maître Strumpell, envisage la sclérose en plaques comme une maladie dégénérative. En France, le professeur Raymond a soutenu pendant longtemps la même thèse : à savoir que les lésions de la sclérose multiple sont liées à des dégénérations parcellaires des fibres nerveuses de la moelle, du cerveau et du cervelet. Dans la pensée des auteurs qui se rangent à l'avis de Strumpell et de Müller, il s'agirait d'une destruction par « abiotrophie » ou sénilité des fibres nerveuses myéliniques.

On le voit tout de suite, cette thèse ne repose sur rien de précis, c'est une pure vue de l'esprit qui, aujourd'hui, ne peut satisfaire aucun biologiste.

Dès 1884, Pierre Marie défendit cette conception, qui était particulièrement hardie à l'époque, que la sclérose multiple était une maladie infectieuse, c'est-à-dire liée à la pénétration dans les centres nerveux d'un germe microbien. Celui-ci n'était pas spécifique et il semblait logique de supposer que plusieurs maladies définies, telles que l'influenza, la rougeole, la fièvre typhoïde, pussent donner lieu à l'éclosion de la sclérose disséminée. On en donnait pour preuve la fréquence relative avec laquelle on retrouvait dans les antécédents du scléreux en plaques, les maladies que nous venons de citer, et, d'autre part, on insistait sur le fait qu'assez souvent la sclérose multiple développe ses premiers symptômes au décours d'une maladie infectieuse déterminée.

M. Pierre Marie faisait remarquer, en outre, que l'anatomie pathologique était très favorable à la thèse de l'origine infectieuse de Cruveilhier puisque les altérations vasculaires fréquentes marchaient de pair avec l'étendue et la profondeur des lésions du système nerveux.

Malgré les faits saisissants sur lesquels s'appuyait la conception de Pierre Marie, la thèse soutenue par l'éminent neurologiste ne fut pas acceptée par la majorité des cliniciens. C'est pourquoi, il y a une vingtaine d'années, j'ai repris, avec Lejonne et Guccione, l'étude de l'anatomie pathologique de la sclérose multiple dans le but de rechercher si les lésions de cette maladie pouvaient nous orienter vers la découverte de son origine et faire saisir la nature de son agent causal.

Nous avons pu montrer ainsi que la sclérose en plaques, du point de vue anatomique, devait être étudiée surtout dans ses manifestations cérébrales parce que celles-ci, généralement plus tardives que les lésions médullaires, rendaient mieux compte du développement de la maladie.

Dans la moelle, en effet, trop souvent nous ne voyons que des lésions cicatricielles, la dégénération des gaines myéliniques et la prolifération des fibres névrogliques. Dans le cerveau, au contraire, nous avons, juxtaposées comme dans une mosaïque, des lésions anciennes cicatricielles, des lésions en voie de cicatrisation et surtout des foyers en pleine activité dont la date récente saute aux yeux. Or, quand on étudie le cerveau d'un scléreux en plaques ayant succombé à la maladie, que voit-on? Des vrais foyers scléreux apposés à d'autres plus récents dont l'organisation n'est pas parachevée, enfin des foyers tout nouveaux pour lesquels le terme de sclérose ne se pose même pas. En effet, si les foyers anciens sont sclérotiques et fibreux, si les foyers plus récents comportent déjà, eux aussi, une forte organisation névroglique, les foyers les plus frais sont libres de toute densification névroglique et présentent un aspect très particulier.

Le premier point qui nous a frappé c'est le développement, comme en tache d'huile, du foyer morbide autour d'un axe vasculaire. Ce fait avait déjà été noté par plusieurs observateurs, à commencer

par Pierre Marie; mais dans plusieurs de nos cas il était particulièrement démonstratif, surtout pour les foyers récents. Sur certaines coupes portant sur un hémisphère tout entier, j'ai même remarqué, en de nombreux points, la fusion des plaques de sclérose et la création de vastes foyers aux contours polycycliques au sein desquels on pouvait encore retrouver le témoignage de foyers d'âges différents.

Mais, ceci étant dit, par quoi est constitué le foyer récent de la sclérose multiple? Ici, répétons-le, point d'organisation névroglique, presque pas de dégénérescence myélinique, mais des lésions vasculaires capitales. Au centre du foyer, un vaisseau apparaît à la paroi distendue ainsi que sa gaine de Virchow-Robin. Dans celle-ci, se massent et s'accumulent une série d'éléments hématogènes et histiogènes. Ce sont des lymphocytes, des plasmocytes, des polyblastes. La nature différente des éléments de cet exsudat est attestée très facilement par la coloration élective que prennent ces cellules lorsqu'on emploie la méthode de Pappenheim (pyronine et vert de méthyle). Autour de ces vaisseaux dont la paroi est engainée par les exsudats cellulaires que nous venons de mentionner, quelques gaines dégénèrent, quelques corps granuleux apparaissent, mais ceux-ci sont discrets et, fait important, la gaine de Virchow-Robin n'en contient pas encore.

Dans les foyers de date ancienne, on assiste, à l'opposé, à un double processus : une réaction périvasculaire à type lymphoplasmatique et à une prolifération névroglique dont l'aboutissant est la pullulation des corps granuleux; ceux-ci, comme on le sait pour l'encéphalomalacie, transportent des déchets dont ils sont chargés vers les gaines lymphatiques périvasculaires, et, dans les foyers que nous envisageons maintenant, généralement la gaine de Virchow-Robin contient des éléments de divers ordres : des lymphocytes, des plasmocytes et des polyblastes, d'une part, et des corps granuleux généralement au stade de maturité, d'autre part.

Ce point est capital et nous ne saurions trop en souligner l'importance car, récemment encore (1916), M. Dawson, dans une étude sur l'anatomie pathologique de la sclérose en plaques, rapportait l'infiltration périvasculaire à la pénétration dans la gaine de Virchow-Robin de cellules chargées de transporter les déchets créés par la dégénération des gaines myéliniques. C'est là confondre deux processus absolument distincts. Dans toute encéphalite, c'est-à-dire dans tout processus lié à l'agression du cerveau par un germe animé, deux processus morbides entrent en jeu : d'une part, la réaction déterminée directement sur les vaisseaux par l'agent pathogène et qui se traduit par un infarcissement des gaines par des lymphocytes et des plasmocytes, et, d'autre part, la prolifération des éléments névrogliques et même conjonctifs qui se mobilisent, phagocytent et transportent les déchets qui résultent des dégénérations neuroniques et myéliniques.

Ce qui est donc capital dans l'étude de la sclérose en plaques, ainsi que je l'ai fait ressortir il y a longtemps, c'est le fait que dans certains foyers, à l'aurore de leur développement pourrait-on dire, le microscope nous révèle seulement la présence d'un infarcissement des gaines de Virchow-Robin par des plasmocytes et des lymphocytes. Le processus inflammatoire, au vieux sens du terme, se présente ainsi à l'état absolu et pur de toute réaction d'élimination des déchets. Ce processus inflammatoire vasculaire primitif, non conditionné par les dégénérations cellulaires ou myéliniques, que signifie-t-il, sinon la réaction des vaisseaux devant un élément étranger à l'organisme, agent figuré ou toxine?

*
* *

L'anatomie pathologique nous autorise donc, formellement, à attribuer à la sclérose en plaques une origine toxi-infectieuse. — Ici, deux courants partagent la faveur des neurologistes. Pour les uns, ces lésions inflammatoires témoignent de l'influence d'une toxine, laquelle pénétrerait dans le système nerveux et léserait, tout ensemble, vaisseaux, névroglie et fibres myéliniques. Pour d'autres, la lésion ne pourrait se comprendre que comme une réaction devant un agent figuré. Pour nous, notre opinion est faite depuis longtemps et nous sommes persuadé, de par les constatations anatomo-pathologiques que nous avons faites, que la lésion fondamentale de la sclérose en plaques ne peut pas être tenue pour l'expression d'une réaction toxinique.

En effet, tout ce que nous apprennent les faits d'intoxication aiguë ou chronique du système nerveux central, et ils sont légions, dépose dans le même sens, c'est-à-dire que les toxines en action sur le névraxe, si elles peuvent avoir des affinités quasi-spécifiques pour certaines régions de l'axe cérébro-spinal, ne sont pas susceptibles de créer des lésions en foyers successifs et isolés comme ceux qui caractérisent la maladie de Cruveilhier.

Du point de vue anatomique, par conséquent, la cause n'est guère discutable aujourd'hui; la sclérose en plaques est une affection du système cérébro-spinal liée à la pénétration d'un germe animé dans l'organisme.

Assez récemment, après avoir résumé les différentes théories pathogéniqnes de la sclérose en plaques, M. Symonds se rangeait à notre manière de voir.

La disposition des lésions anatomiques de la sclérose multiple permet encore une autre conclusion. Ainsi que je l'ai montré en 1910, il est presque constant d'observer dans la maladie de Cruveilhier, non seulement des plaques ou des foyers disséminés, mais une sclérose diffuse portant à la fois sur la région sous-piemérienne et sur les parois ventriculaires. L'existence de cette lésion diffuse, d'une fréquence extrême, et qui d'ailleurs a été reconnue depuis par plusieurs observateurs, ne saurait plaider en faveur d'une toxine circulante mêlée à un liquide cérébro-spinal.

Cette lésion est seulement le témoignage de l'extrême diffusion de l'agent pathogène de la sclérose multiple. Les faits que nous allons exposer maintenant nous montrerons que cette supposition est parfaitement fondée.

*
* *

II. Recherches bactériologiques (1913-25). — Partant de cette donnée que la sclérose multiple est une affection cérébro-spinale liée à la pénétration d'un virus dans l'organisme, un grand nombre d'auteurs se sont ingéniés à découvrir quel était l'agent pathogène de la maladie.

Dès 1913, W. Bullock inocule dans le sciatique d'un lapin, 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de sclérose en plaques évolutive. Le treizième jour l'animal est paralysé des membres postérieurs, la paralysie s'étend bientôt aux quatre membres. En prenant le liquide céphalo-rachidien du même malade, Bullock pratique une filtration du liquide et injecte celui-ci dans la patte postérieure d'un lapin. Vingt-quatre jours après, la patte injectée est paralysée.

A l'autopsie on constate des foyers de dégénérescence spinale; aussi Bullock admet que la maladie expérimentale qu'il a provoquée en injectant du liquide céphalo-rachidien est liée à un virus filtrant.

En 1914, Steiner injecte également dans l'espace sous-arachnoïdien du lapin le liquide céphalo-rachidien provenant de malades atteints de sclérose en plaques, et détermine en six semaines la mort de l'animal.

Pendant la guerre, Steiner en collaboration avec Kuhn, reprend toute l'expérimentation de la sclérose en plaques. Ayant choisi treize malades, dont six frappés récemment, ces auteurs injectent soit dans le péritoine, soit dans le globe oculaire, soit dans le cerveau, du liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de sclérose multiple en le mélangeant tantôt avec du sang pur, tantôt avec du sérum physiologique. Les deux tiers des animaux ayant reçu le mélange sang-liquide céphalo-rachidien, ou encore ayant été injectés avec du sang de scléreux en plaques, présentent au bout de quelques semaines un amaigrissement et une paralysie des membres postérieurs.

Bien que Kuhn et Steiner n'aient pas observé à l'autopsie des altérations manifestes du système nerveux, les expérimentateurs mettent en évidence *dans le* sang de leurs animaux injectés, un spirochète très fin présentant souvent un petit nodule à l'extrémité. Il semblait qu'il s'agît là du germe causal de la maladie. Cette hypothèse était corroborée ensuite par l'expérience suivante : l'injection d'un centimètre cube de liquide céphalo-rachidien d'un scléreux en plaques en évolution, dans la cavité rachidienne d'un chien, détermine une paralysie des membres postérieurs et laisse apparaître à l'autopsie sur les deux hémisphères cérébraux, des plaques typiques de sclérose.

Selon Steiner, le virus de la sclérose multiple n'est pas directement transmissible d'homme à homme, mais il pénètre dans l'organisme humain grâce à la piqûre d'insectes, et spécialement de tiques (*ixoïdes ricinus*).

En 1918, A. Simons reproduit également par l'injection du liquide céphalo-rachidien, des paralysies des membres postérieurs.

Marinesco, un an plus tard dans des expériences pratiquées à l'Institut Pasteur, en partant de liquide céphalo-rachidien de malades du service du professeur Pierre Marie, provoque, lui aussi, chez les cobayes inoculés, une paralysie légère du train postérieur, mais, ce qui est plus intéressant, cet auteur en examinant le liquide céphalo-rachidien de ses cobayes au microscope, observe une quantité considérable de spirochètes animés de mouvements rapides et offrant les caractères morphologiques des germes découverts par Kuhn et Steiner.

Depuis, un assez grand nombre d'auteurs parmi lesquels Kalberlah, Gye, Pettit, Adams, Sicard, Paraf et Lermoyez, Schlossmann, Jensen et Schroeder, Jarlow et Rud, Adams avec Blacklock, Dunlop, Scott, reproduisirent, eux aussi, des paralysies plus ou moins temporaires chez les animaux injectés avec le liquide céphalo-rachidien d'individus atteints de sclérose multiple en évolution.

Il faut ajouter que la question du spirochète causal de la sclérose multiple semblait de mieux en mieux se préciser à mesure que s'accumulaient les résultats positifs expérimentaux, et ceci, d'autant plus, que plusieurs histologistes retrouvaient à l'autopsie des sujets ayant succombé au cours de la maladie, des spirochètes mobiles tout à fait semblables à ceux qu'avaient décrits Kuhn et Steiner. Rappelons, en effet, que Siemerling puis Buscher, von Speer, Schuster, soit par l'observation directe de la moelle prélevée immédiatement après la mort et examinée à l'ultramicroscope, soit sur des coupes fixées et colorées par le nitrate d'argent, purent observer des formes spirochétoïdes, ou de véritables spirochètes en tout comparables aux *spirocheta argentinensis*, décrits par Kuhn et Steiner.

Mais, ainsi que le remarquait en y insistant le professeur Guillain, dans son rapport de 1924, si un grand nombre d'expériences donnaient des résultats positifs, bien des observateurs excellents pourvus de méthodes rigoureuses, n'arrivaient pas, malgré leurs patientes recherches, à retrouver le spirochète de Kuhn et Steiner, et échouaient à produire des paralysies consécutives à l'injection du liquide céphalo-rachidien de scléreux en plaques.

*
* *

III. Recherches bactériologiques récentes (1930). — La question en était là lorsque le problème fut repris tout dernièrement sous la direction de Sir James Purves Stewart, par Miss Kathleen Chevassut, Braxton Hicks et Hocking dans le laboratoire du Westminster Hospital. Dans une première série de recherches, Miss Chevassut montra que si le liquide céphalo-rachidien des scléreux en plaques pouvait être normal, ainsi qu'il est classique de le dire, on pouvait souvent observer des anomalies importantes; celles-ci consistent, d'une part, en une réaction positive de la globuline, dans 30 p. 100 des cas, et une réaction par la méthode de l'or colloïdal dans à peu près 60 p. 100 des cas.

Ces deux réactions ne sont nullement dépendantes l'une de l'autre car, ainsi que Miss Chevassut l'établit, il est de nombreux cas dans lesquels la réaction du liquide céphalo-rachidien à l'or colloïdal

est négative, sans que l'on puisse démontrer une augmentation pathologique de la globuline dans ce liquide.

Dans une seconde série de recherches, Miss Chevassut partant de cette idée que la sclérose multiple pourrait être liée à une *influence toxique* sur le système nerveux, s'efforce de mettre au jour la toxine hypothétique; or, sur 86 cas examinés, cet auteur constata dans 64 cas, d'une part, la négativité complète de l'épreuve de l'acide glycuronique après l'administration de l'aspirine et, d'autre part, l'indicanurie dont le taux s'élevait de 10 à 12 fois au-dessus de la normale.

L'épreuve de la tolérance au lévulose fut également pratiquée chez les mêmes malades et, chez 60 d'entre eux, montra une courbe anormale.

Les résultats de ces trois épreuves montrent donc, dans un grand nombre de cas de sclérose en plaques la réalité d'une déficience des fonctions anti-toxiques et métaboliques du foie.

Mais, s'il existe ainsi une diminution des fonctions anti-toxiques de l'organisme, il est nécessaire d'en découvrir la cause. « *A priori*, celle-ci doit se trouver dans l'*agression de l'organisme par un germe pathogène* », écrit Miss Chevassut.

La série de recherches que nous venons de rappeler est intéressante à un double chef, d'abord en ce qu'elle nous montre qu'il existe dans la sclérose multiple un facteur toxique, peut-être endogène et, d'autre part, en ce qu'elle nous indique comment se jalonne la voie expérimentale suivie par Miss Chevassut.

Cet expérimentateur est, on le voit, conduit tant par les données cliniques anatomiques que physico-chimiques, à l'hypothèse qu'à l'origine même de la maladie de Cruveilhier doit se trouver un micro-organisme. Il s'agit de le découvrir, de le cultiver, de reproduire la maladie chez l'animal et enfin, si possible, de trouver un sérum ou un vaccin capable d'annihiler les effets morbides, ou mieux, d'immuniser les êtres contre la maladie.

Etant donné les recherches antérieures pratiquées sur le liquide cérébro-spinal et les modifications que la sclérose en plaques confère à celui-ci, Miss Chevassut fut conduite à essayer de cultiver ce liquide. Dans ce but elle fit choix du bouillon de Hartley additionné de sérum humain; l'addition de ce sérum est, en effet, indispensable, les altérations sont toujours négatives lorsqu'on cultive le liquide uniquement sur le bouillon de Hartley. Lorsqu'on se place dans des conditions rigoureuses et que l'on examine les cultures sur lames minces, à l'aide d'un ultramicroscope particulier longuement décrit par Miss Chevassut, on constate qu'après vingt-quatre ou trente-six heures d'incubation à 37 degrés, le milieu de culture laisse apparaître de petits groupes de colonies de corps sphériques dont certains apparaissent peu doués de réfraction et quelquefois liés les uns aux autres. Une sphère contient parfois plusieurs granules. Des recherches furent faites dans le but de déterminer les conditions de culture de ces corps sphériques; et des cultures furent faites dans les milieux aérobies et anaérobies à des températures variées. De ces expériences il résulte que la culture en milieu aérobie est essentielle et que les cultures sont plus sensibles aux températures élevées qu'aux basses températures. La culture ne survit pas plus de quelques minutes à une élévation thermique dépassant 55 degrés. Elle résiste à 50 degrés pendant trente minutes. Lorsque les cultures sont mises à une température de 0 degré elles résistent mais ne se multiplient pas. Le micro-organisme est détruit par une solution à 0,5 p. 100 d'acide phénique et inhibé dans sa croissance par une solution à 5 p. 100 de glycérine. Il est intéressant de remarquer que les cultures sont extrêmement sensibles aux modifications de la réaction du milieu. Cette sensibilité est une des difficultés des cultures expérimentales. Le pH du milieu ne doit pas dépasser 7,6 ni s'abaisser au-delà de 7,5. Cependant il faut ajouter que lorsque les cultures sont en plein développement la croissance de celle-ci peut être maintenue même avec un certain abaissement du pH.

Dans le but de préciser la filtrabilité de la culture, Miss Chevassut fit usage non pas de filtres de Berkefeld ou Chamberland, mais de filtres en collodion dont on peut définir la porosité par la densité même de cette substance. Or, l'expérience montre que la filtration à travers le collodion laisse passer les corps sphériques et permet leur culture sur le milieu de Hartley mélangé au sérum sanguin humain.

La culture est déjà en pleine prolifération au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. *Il s'agit donc d'un virus filtrant.*

Dans quelle proportion rencontre-t-on ce virus chez les malades atteints de sclérose en plaque? Pour se mettre en garde contre l'argument qui consiste à dire qu'il s'agit ici d'une coïncidence ou d'une exception, miss Chevassu a pratiqué ses recherches sur un grand nombre de malades : 188. Or, sur ces 188 cas, Miss Chevassut retrouvait dans 176 d'entre eux le micro-organisme sphéroïde que nous avons décrit plus haut. Il convient d'ajouter que parmi ces cas, certains avaient trait à des malades en pleine évolution morbide tandis que d'autres se rapportaient à des sujets en rémission.

Des recherches de contrôle furent pratiquées et jamais on ne put retrouver de corps sphériques par la culture de liquide céphalo-rachidien appartenant à des sujets indemnes de sclérose en plaques.

De ces recherches fondamentales, il résulte que le liquide cérébro-spinal des scléreux en plaques contient un agent pathogène probablement spécifique. Peut-on le mettre en évidence directement dans le liquide cérébro-spinal? Malgré ses recherches multipliées, Miss Chevassut échoua toujours dans cette recherche, peut-être en raison du peu de quantité de germes présents et peut-être aussi à cause du peu de différence de l'indice de réfraction du micro-organisme avec celui du liquide cérébro-spinal et du sérum sanguin. Dans aucun des cas qui furent étudiés cette recherche ne fut positive.

Est-ce à dire pour cela que le sang des malades atteints de sclérose en plaques soit normal? Il ne le semble pas; et Miss Chevassut put mettre en évidence dans le sérum une qualité très particulière. En effet, s'il est nécessaire pour obtenir des cultures

positives du micro-organisme contenu dans le liquide cérébro-spinal d'ajouter du sérum sanguin humain, le sérum prélevé chez des malades atteints de sclérose multiple ne permet pas la culture du parasite. Selon Miss Chevassut, le sérum ne serait pas doué d'une propriété inhibitrice vis-à-vis du germe de la maladie mais devrait être considéré comme impropre à la culture tout de même que les sérums de chèvre, de lapin, de singe et de cobaye.

Dans la préparation de cultures, il est un point indispensable à noter. Pour obtenir les meilleurs résultats, il est préférable de recevoir directement le liquide cérébro-spinal dans le milieu de culture. Si l'on ne suit pas cette règle et si on laisse s'écouler un certain temps entre le moment où est recueilli le liquide et celui où il est disposé dans le milieu de culture, les résultats seront souvent négatifs.

Des recherches que nous venons de rappeler, il découle donc que la sclérose multiple est bien due à l'action d'un agent pathogène sur le système nerveux et que cet agent est un micro-organisme filtrant de nature très particulière dont la culture est assurée lorsqu'on emploie le mélange liquide-bouillon de Hartley et sérum humain. Mais, si ce micro-organisme est bien la cause de la sclérose disséminée, on peut se demander si ce germe agit directement sur les éléments nerveux ou par l'intermédiaire de toxines sécrétées par lui. Pour élucider ce problème, des investigations très précises ont été instituées par le docteur Hocking. L'hypothèse d'une substance toxique agissant sur l'organisme est d'autant plus à envisager que nous savons, d'après les recherches précédentes, qu'il existe réellement des symptômes biologiques en rapport avec une intoxication, dans la sclérose en plaques.

Ainsi que nous l'avons vu, la réaction à l'or colloïdal étant très souvent positive dans le liquide cérébro-spinal des sujets atteints de sclérose multiple en évolution, miss Chevassut comme Hocking se demandèrent s'il n'existait pas un rapport de dépendance entre la positivité de la réaction à l'or dans le liquide céphalo-rachidien et la présence du virus. Un premier point à noter c'est que le liquide cérébro-spinal donnant lieu à la précipitation de l'or colloïdal garde cette propriété pendant longtemps alors que disparaît la virulence des germes qu'il contient. D'autre part, certains liquides peuvent ne pas donner la réaction à l'or et cependant demeurer virulents.

On le voit, il est impossible actuellement de préciser les rapports qui unissent la réaction à l'or colloïdal et la présence ou l'absence de germes spécifiques dans le liquide cérébro-spinal du scléreux en plaques. On peut supposer que la précipitation de l'or colloïdal est liée à la présence dans le liquide d'une certaine substance toxique, ou autre, en rapport avec le virus pathogène. Des recherches ultérieures seront faites pour préciser ce point en litige.

Puisque les lésions de la sclérose multiple sont caractérisés en premier lieu par la dégénération étendue, profonde, des gaines de myéline tandis que les cylindraxes sont beaucoup mieux conservés, la question devait être posée de savoir si le germe spécifique découvert par Miss Chevassut possédait une action particulière sur la myéline, *in vitro*.

Dans ce but, le docteur Hocking prépara une émulsion de lipoïdes cérébraux dans le sérum humain et le bouillon de Hartley. Le micro-organisme fut cultivé dans un milieu lipoïdique et l'on rechercha les variations de la concentration en ions hydrogène du mélange. Il est évident, en effet, que si une dissociation des lipoïdes phosphorés de la myéline se produit sous l'action d'un germe spécifique, on devra assister à une modification parallèle de la teneur du mélange en acides gras libres ou en acide phosphorique.

Le résultat de cette recherche fut que le milieu de culture lipoïdique montre pendant les six premiers jours une augmentation de l'acidité; celle-ci est suivie par une diminution de cette acidité et le retour du mélange à la concentration en ions hydrogène préalable. Dans quelques cas, on nota que la réaction terminale était plus alcaline que la réaction du premier état. L'augmentation de l'acidité du milieu étant avérée, il devenait nécessaire de chercher quelle était la source de cette hyperacidité. L'on pouvait imaginer trois sources différentes de formation acide; la première tenant dans les hydrates de carbone présents dans le bouillon de Hartley, le sérum ou le liquide cérébro-spinal; la seconde tenant dans les graisses neutres du milieu et du sérum ajouté; enfin, la troisième source pouvait tenir dans la dissociation des protéines et des polypeptides en leurs composants plus simples et particulièrement en la mise en liberté d'acides aminés.

L'hypothèse de l'augmentation de l'acidité en rapport avec l'hydrolyse des graisses neutres ne cadrait guère avec le dosage exact des extraits éthérés du milieu. Quant à l'acidité des dérivés des hydrates de carbone, elle était très improbable, en raison de la très faible teneur en sucre du bouillon de Hartley et du liquide cérébro-spinal, comme du sérum sanguin. En effet, on sait que le sucre disparaît très rapidement de ces différents liquides au cours des manipulations nécessitées pour la réalisation d'un milieu de culture.

Restait donc la troisième hypothèse : celle de l'hyperacidité liée à un processus d'hydrolyse des protéines et des polypeptides avec mise en liberté d'acides aminés. Le retour au degré d'alcalinité primitive se comprenait alors par la désintégration terminale de ces polypeptides et la libération de l'ammoniaque.

Les recherches du docteur Hocking montrèrent que l'hypothèse selon laquelle l'hyperacidité était liée à la dissociation des protéines était justifiée. Mais ceci étant dit, Hocking ne se croit pas autorisé à penser que la dissociation des protéines et des polypeptides soit uniquement la cause de l'augmentation de l'acidité; et il pense que le virus exerce une action hydrolytique, tout ensemble, sur les protéines et sur les constituants lipoïdiques du tissu nerveux. Une substance est donc mise en liberté dans le liquide céphalo-rachidien qui résulte de la désintégration des gaines myéliniques. Nous ne sommes donc pas encore définitivement fixés sur la constitution moléculaire de cette substance, mais il

est probable qu'elle est analogue, sinon identique, à la choline.

*
* *

IV. **Etude sérologique.** — Miss Chevassut ayant montré que le sérum de certains malades atteints de sclérose en plaques et soumis au traitement spécifique, développe un pouvoir inhibiteur sur la croissance du virus en culture, le docteur Braxton Hicks collaborateur de Sir James Purves Stewart rechercha si l'injection à l'animal de culture tuée ne déterminerait pas des modifications qui pourraient être attestées par la fixation du complément.

Le lapin fut choisi pour ces expériences, et différents animaux de cette espèce reçurent 5 centimètres cubes de culture sur bouillon de Hartley mélangé à du sérum humain. Des expériences de contrôle furent faites dans lesquelles on injectait le même milieu, mais dépouillé des cultures. Quelques-uns des animaux présentèrent à la suite de l'injection un état de collapsus durant une à trois heures. En général, l'habitus extérieur et le poids de l'animal ne furent pas modifiés.. Ces expériences montrèrent que l'injection de culture au lapin détermine, chez cet animal, la production de substances inhibitrices dans le sérum, substances qui apparaissent de deux à cinq semaines après l'injection.

La recherche de la réaction de fixation dans le sérum fut négative; il en fut de même chez les malades atteints de sclérose disséminée dont le sérum fut étudié.

*
* *

V. **Expérimentation sur le singe.** — Ainsi que l'a fait voir Pasteur, la démonstration de la spécificité d'un germe morbide ne peut être réalisée que lorsque celui-ci a été cultivé et surtout lorsqu'on a pu reproduire, par l'injection de culture pure, la maladie spécifique. Pour se conformer à cette recherche Sir James Purves Stewart et son collaborateur Braxton Hicks pratiquèrent des expériences chez le singe dans lesquelles des injections de culture du virus spécifique furent faites, tantôt dans les veines, tantôt dans la grande citerne cérébro-spinale (confluent cérébelleux postérieur).

Sept singes reçurent ainsi des injections intraveineuses ou intracisternales de culture pure; deux ces animaux (nos 4 et 5) montrèrent non seulement de des symptômes cliniques mais encore des lésions des centres nerveux. Le singe n° 4 reçut une simple injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de culture. Déjà au bout d'un mois après l'injection, on pouvait mettre en évidence le virus dans le liquide cérébro-spinal de l'animal. Neuf mois après apparut une paralysie transitoire des membres postérieurs. Cette paralysie se reproduisit à plusieurs intervalles puis, quatorze mois après le début de l'expérience, la paralysie s'étendit aux membres antérieurs et s'accusa surtout du côté gauche. L'animal ne pouvait plus grimper à la perche et restait étendu sur le plancher de sa cage. Néanmoins, les conditions générales de l'animal n'étaient pas mauvaises. L'animal fut sacrifié et l'on constata sur la moelle épinière traitée par la méthode de Marchi, deux foyers de dégénération, l'un situé dans le cordon postéro-latéral gauche et l'autre dans le cordon latéral droit. Les vaisseaux de la moelle laissaient reconnaître, de place en place, quelques manchons d'infiltration cellulaire.

Le singe n° 5 reçut une injection intraveineuse et une injection intracisternale et survécut sept mois. Le liquide cérébro-spinal contenait le germe spécifique. L'animal fut sacrifié trois mois après la dernière injection.

Les coupes de la moelle cervicale, dorsale et lombaire montrèrent l'existence d'une dégénération très marquée à la périphérie des cordons antéro-latéraux et des petits foyers disséminés dans les deux cordons latéraux.

De ces dernières expériences, il appert que : 1° le virus spécifique de la sclérose en plaques tué peut être injecté dans les veines d'un animal sans causer de grands dommages; 2° que l'injection de culture dans le sang de l'animal détermine la production d'une substance sérique inhibitrice vis-à-vis des cultures; 3° qu'aussi bien chez les animaux injectés que chez l'homme atteint de sclérose en plaques, la réaction de fixation dans le sérum demeure négative; 4° que l'injection de grande quantité de virus vivant est généralement bien supportée par les animaux (lapins et singes), mais que cependant, dans certains cas, cette injection peut déterminer des paralysies analogues à celles de la sclérose en plaques, paralysies dont on retrouve l'origine dans les foyers de démyélinisation spinale tout à fait identiques à ceux qui marquent la maladie de Cruveilhier.

*
* *

VI. **Recherches thérapeutiques.** — Le germe spécifique de la sclérose multiple étant précisé et l'injection de culture pure de cet organisme ayant déterminé une maladie expérimentale en tout semblable à la sclérose multiple, il restait une dernière recherche à entreprendre : la création d'un sérum immunisant ou d'un mode de vaccination. Ces recherches ont été entreprises par Sir James Purves Stewart en partant des cultures réalisées par Miss Chevassut. 128 malades furent soumis à un traitement par la vaccine autogénique et 66 d'entre eux ont pu être suivis un temps suffisamment long pour qu'il soit possible de se faire une idée exacte des résultats réels des modes de traitement.

Dans le but d'éliminer autant que possible un choc dû à l'injection d'une substance protéique, Miss Chevassut prépara la substance vaccinale en solution saline normale, complètement dépouillée de toute substance protéique. Les cultures furent tuées non pas par la chaleur mais par l'addition d'une solution d'acide phénique à 0g5 p. 100. Il est à remarquer également que la substance vaccinale doit être tirée d'une culture en pleine activité et que cette culture ne doit pas être filtrée.

La numération des germes porta non pas sur le nombre de sphères, mais sur le nombre de granules contenus dans la solution vaccinale.

Les malades soumis à ce traitement présentent, en général, des modifications biologiques de leur sérum sanguin; celui-ci, en effet, acquiert des propriétés microbicides spécifiques. Ce fait est en harmonie avec l'opinion généralement admise aujourd'hui, que le virus filtrant possède le pouvoir de déterminer la production d'anticorps quoique le mécanisme de la formation de ceux-ci demeure très obscur.

La réaction du complément faisant défaut dans le sérum des singes traités, il résulte qu'il est permis de croire que les propriétés microbicides du sérum ne se font pas à l'aide d'un complément mais par un processus de simple neutralisation. Quoi qu'il en soit, un fait demeure de la plus grande importance, c'est que les sujets traités, du moins un certain nombre d'entre eux, présentent un sérum sanguin doué de propriétés particulières puisque si l'on ajoute quelques gouttes de ce sérum au propre liquide céphalo-rachidien virulent du sujet, la croissance des cultures est impossible.

Sir James Purves Stewart fit également cette remarque du plus grand intérêt que lorsque la sclérose en plaques suspend spontanément son évolution, le sérum du malade acquiert, vis-à-vis du liquide céphalo-rachidien, les mêmes propriétés suspensives pour la culture du microbe spécifique.

La propriété anti-microbienne du sérum est nettement spécifique et ne peut être mise en évidence que vis-à-vis du propre liquide cérébro-spinal du sujet. Ceci laisse à penser qu'il existe probablement plusieurs races du même agent morbifique.

*
* *

Voici maintenant les résultats cliniques observés par le *traitement vaccinal* appliqué. Dans 70 cas de sclérose en plaques, l'évolution de la maladie fut arrêtée complètement dans 8 cas et le liquide céphalo-rachidien devint parfaitement stérile après les injections de vaccine; 32 malades furent nettement améliorés; les symptômes caractéristiques de la sclérose multiple ne progressèrent plus après le traitement. Mais, chez ces sujets, le liquide cérébro-spinal conserva ses propriétés virulentes. Dans 30 cas, la maladie ne fut pas influencée.

En définitive, d'après la statistique de Sir James Purves Stewart, dans 40 cas sur 70, le traitement par la vaccinothérapie détermina tantôt une guérison clinique avec disparition des propriétés virulentes du liquide céphalo-rachidien, tantôt une amélioration évidente avec arrêt de l'évolution morbide, mais avec persistance de la virulence du liquide céphalo-rachidien.

Le moins qu'on puisse dire est que les recherches de traitement spécifique pratiquées par Sir James Purves Stewart sont des plus encourageantes et qu'elles doivent être poursuivies.

Les travaux et les découvertes de Sir James Purves Stewart et de ses collaborateurs, Miss Chevassut, Braxton Hicks et Hocking que nous venons d'analyser apparaissent, on le voit, de toute première importance et réalisent un très grand progrès dans nos connaissances sur la sclérose multiple. Depuis longtemps un pareil effort n'avait pas été tenté pour saisir le germe responsable de la maladie de Cruveilhier et pour s'opposer au développement toujours croissant, semble-t-il, d'une affection avec laquelle, chaque jour, le neurologiste est aux prises.

BIBLIOGRAPHIE

1. VERAGUTH. La sclérose en plaques, rapport présenté à la *Ve Réunion intern. de la Soc. de neurol. de Paris*, *Revue neurol.*, 1924, p. 631.
2. G. GUILLAIN. La sclérose en plaques; étude clinique anatomo-pathologique et pathogénique, rapport présenté à la *Ve Réunion intern. de la Soc. de neurol.*, *Revue neurol.*, 1924, p. 648.
3. MÜLLER. *Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks*, 1 vol., 1904.
4. Pierre MARIE. La sclérose en plaques et les maladies infectieuses, *Progrès méd.*, 1884, p. 193.
5. J. LHERMITTE et LEJONNE. De la nature inflammatoire de certaines scléroses en plaques, *Encéphale*, 20 mars 1909, p. 220.
6. J. LHERMITTE et A. GUCCIONE. Lésions des vaisseaux, des cylindre-axes et de la névroglie dans la sclérose en plaques, *Soc. de biol.*, 15 mai 1909, et *Soc. de neurol.*, 10 juin 1909.
7. J. LHERMITTE et A. GUCCIONE. De quelques symptômes et lésions rares dans la sclérose en plaques : troubles mentaux, rire et pleurer spasmodiques; la sclérose corticale disséminée, les scléroses épendymaire et péri-épendymaire, *Encéphale*, 1910, n° 3, p. 257.
8. J. LHERMITTE et A. GUCCIONE. Les lésions épendymaire et péri-épendymaire dans la sclérose en plaques, *Soc. de biol.*, 24 fév. 1910.
9. DAWSON (J. W.). *Trans. of the Royal Soc. of Edinb.*, 1916, t. I, p. 517.
10. SYMONDS, C. P. AXION et LONDON. The pathological anatomy of disseminated sclerosis, *Brain*, 1924, p. 36.
11. BULLOCK (W. E.) [cet auteur signe actuellement Gye], *Lancet*, 1913, vol. II, p. 1185.
12. KUHN et STEINER. Ueber die Usache der multiplex Sklerose, *Med. Klin.*, 1917, p. 1007.
13. PETTIT (H.). *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1922, p. 383.
14. MARINESCO (G.). Etude sur l'origine et la nature de la sclérose en plaques, *Revue neurol.*, 1919, p. 481.
15. Miss Kathleen CHEVASSUT. The Ætiologie of disseminated sclerosis, *Lancet*, 1930, p. 552.
16. Sir James PURVES STEWART. A specific vaccine treatment in disseminated sclerosis, *Lancet*, 15 mars 1930, p. 560.
17. J. A. BRAXTON STICKS, F. D. HOCKING et Sir James PURVES STEWART. *Disseminated sclerosis.* Pathological and biochemical changes produced by a « virus » cultivated from the cerebro-spinal fluid, *Lancet*, 22 mars 1930, p. 612.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JUIN 1930)

M. Ch. Achard est désigné pour représenter l'Académie aux Journées médicales de Bruxelles le 28 juin 1930.

Ouverture d'un pli cacheté. — M. M. MARGILLE demande l'ouverture d'un pli cacheté qui, ouvert en séance, contient

une note relative au « Traitement des tumeurs cancéreuses ». Cette note est renvoyée à l'examen de M. Charles Richet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1930)

Présentation. — M. Lucien CAMUS présente :

1° Une seringue, peu différente d'une seringue ordinaire, qui permet cependant le remplissage automatique pour chacune des trois injections d'anatoxine que comporte une vaccination.

2° Une seringue pour cuti-réactions avec laquelle on peut injecter avec précision une goutte de liquide dans un tissu résistant comme le derme sans avoir à exercer d'effort sur le piston.

Modifications des bruits du cœur produites par certaines maladies du tube digestif. — M. HAYEM attire l'attention sur trois phénomènes principaux :

1° Un bruit amphorique déterminé par la contraction du cœur lorsque celui-ci chevauche sur une poche gazeuse fortement tendue produite par le remplissage gazeux de l'estomac.

2° Un bruit hydro-aérique, véritable clapotage d'origine cardiaque, lorsque cette poche stomacale est distendue à la fois par des gaz et des liquides, ce qui peut s'observer dans certaines sténoses.

3° Un retentissement à distance des bruits du cœur dans l'abdomen pouvant être perçu jusqu'au niveau du pubis lorsque l'estomac ou certaines portions du tube digestif sont distendus par des gaz.

La description de ces faits d'auscultation a pour résultat de faciliter le diagnostic des fausses cardiopathies que l'on rencontre assez fréquemment dans la pratique.

Proposition relative à l'examen médical des chauffeurs. — M. HAYEM, revenant sur la question soulevée en octobre 1922 par M. Fiessinger, constate que les accidents de la circulation sont en augmentation depuis que se multiplient les automobiles. Il estime nécessaire que l'Académie rappelle aux Pouvoirs publics les vœux qu'elle a votés il y a plus de sept ans, dans la séance du 9 janvier 1923, et dont voici la teneur :

1° Il ne sera délivré de permis de conduire qu'aux sujets âgés de plus de vingt ans, sans aucune dérogation ;

2° Le permis sera refusé à tout candidat atteint de troubles mentaux, de lésion organique du cœur, des vaisseaux ou du système nerveux, d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe, constatés par une commission médicale spéciale, et le mettant hors d'état de conduire convenablement une voiture automobile;

3° Le permis ne sera valable que pour dix années, au bout desquelles le chauffeur devra subir un nouvel examen médical.

Une Commission, composée de MM. Claude, Morax, Gosset, Guillain et Hayem, a été nommée pour renouveler et mettre au point ces vœux.

Encéphalite récurrentielle. — MM. C. LEVADITI, T. ANDERSON, F. SELBIE et Mlle R. SCHŒN étudient l'*encéphalite récurrentielle* provoquée chez le lapin et le singe, par le virus de la fièvre récurrente (*Spirochaeta duttoni*). La question est des plus intéressantes, étant donné que la récurrentothérapie est appliquée, au même titre que la malariathérapie, au traitement de la paralysie générale. Les auteurs établissent que l'envahissement du cerveau par le virus ne s'effectue pas sans

que le névraxe réagisse par des altérations particulières, à caractère encéphalitique. Cette encéphalite, qu'ils dénomment « *encéphalopathie-récurrentielle* », offre, du point de vue cytologique, plus d'un trait commun avec l'encéphalite de la paralysie générale.

Dans la plupart des cas, le cerveau lésé se montre virulent et cependant il est impossible d'y déceler le *Spirochaeta duttoni*. Le virus récurrentiel comporte donc une phase invisible et, de ce point de vue, il se rapproche du virus syphilitique, dont le cycle évolutif et la forme ultra-microscopique ont été étudiés auparavant par Levaditi et ses collaborateurs. De plus, le fait que l'infection récurrentielle est encéphalitogène, prouve que l'action thérapeutique de la récurrentothérapie dans la paralysie générale, n'est pas due exclusivement à la fièvre (pyréthothérapie), mais aussi (et peut-être plus encore) à un antagonisme cytologique, ayant, pour siège, le névraxe.

Accidents causés par les teintures organiques utilisées pour les chaussures, étoffes, fourrures, ainsi que pour la préparation de certains fards. — M. Kling. En 1900, Landouzy et G. Brouardel, puis Breton (de Dijon), enfin Courtois-Suffit ont publié dans la *Gazette des hôpitaux* (p. 818, 1290, 1479) des observations d'intoxication consécutives à l'usage de chaussures jaunes teintes en noir par des teintures à base d'aniline. Depuis cette époque les observations de ce genre se sont multipliées.

M. Kling en rapporte plusieurs, dues au port de chaussures, étoffes ou fourrures teintes, ou consécutives à l'usage de certains fards.

Ses recherches lui ont montré que les teintures incriminées sont, soit à base d'aniline, soit des solutions d'amines aromatiques dans lesquelles a été dissous un catalyseur d'oxydation représenté, en général, par une trace d'acide vanadique lequel favorise leur oxydation et leur transformation en produits oxydés, fortement colorés en brun noir.

Ces teintures ne sont pas dangereuses sur les cuirs neufs où disparaissent les amines, elles sont dangereuses sur les objets teints après confection.

Les accidents d'intoxication ou d'érythème que rapporte M. Kling doivent être connus, car sur certains sujets, ils peuvent devenir graves à la faveur d'une idiosyncrasie particulière.

Ainsi peuvent être posés au point de vue juridique des problèmes fort délicats.

De l'immuno-transfusion. — MM. Arnault Tzanck et André Jaubert. Il faut considérer dans l'immuno-transfusion deux notions différentes : 1° l'apport de sang humain normal ; 2° l'introduction d'anticorps spécifiques.

Si l'on veut faire intervenir les propriétés spécifiques des immunsérums, il importe de se mettre dans les conditions nécessaires à leur formation chez le donneur.

Dans ce but les auteurs préconisent la vaccination antimicrobienne et anti-toxique réalisée de longue date et contrôlée périodiquement.

L'application de cette technique nouvelle leur a donné dans les infections des résultats très supérieurs à ceux de la transfusion ordinaire.

Influence des agents extérieurs sur la marche des épidémies. — M. Trillat présente un travail sur l'influence des grands agents météorologiques : humidité, température, radioactivité, pression barométrique, etc., sur la genèse des épidémies et explique comment des cas locaux peuvent se généraliser par les gouttelettes microbiennes.

M. Trillat fait ressortir le rôle remarquable des dépressions barométriques brusques lesquelles ne sont pas enregistrées par les appareils courants et qui ont la propriété, si d'autres circonstances se superposent, de rassembler les gouttelettes microbiennes et de permettre leur multiplication.

Ce double phénomène est dû au refroidissement instantané produit et à la libération des gaz aliments qui se dégagent du sol et des objets sous l'influence de la dépression.

M. Trillat montre combien cette théorie s'applique à la marche de la grande épidémie d'influenza de 1889-1890 et à celle d'un cas choisi de fièvre typhoïde. Il conclut en montrant les services que pourrait rendre à l'hygiène l'organisation rationnelle d'un service de météorologie médicale.

Centenaire de Marey. — La prochaine séance sera consacrée à la célébration du centenaire de Marey.

M. le professeur Charles Richet prononcera l'éloge de Marey et projettera les premiers films obtenus par lui.

— L'Académie recevra en même temps les médecins américains du Nord et canadiens qui, sur l'initiative de l'Office national du Tourisme, viennent de visiter un certain nombre de Stations thermales et climatiques françaises.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 23 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président ; Sergent, Loeper et Baudouin. — M. Monestier. L'intradermoréaction au ferricyanure de potassium dans les ictères. — M. Clupot. Etude des vomissements avec acétonémie. — M. Gouy. Intervention du glycogène dans les oxydations biologiques. — M. Leifer. Traitement des sueurs des tuberculeux par le N. oxyde d'hyoscyamine. — M. Nameri. La première description de l'angine. Vie de Rougnon (1727-1799). — M. Magat. Morbidité et mortalité chez les enfants vaccinés ou non par le B. C. G. — M. Boyer. Angine de poitrine compliquant les névralgies intercostales et brachiales gauches. — M. Triau. Sur un signe précoce de la rougeole.

Mardi 24 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; J.-L. Faure, Nobécourt et Basset. — M. Grinda. Les chordomes sacro-coccygiens. — M. Picarda. Troubles rares du transit grêle après gastro-entérostomie. — M. Calbet. Essai de coprologie de l'enfant au biberon. — M. Scott-Birnie. Etude de la dilatation des bronches dans la seconde enfance.

Mercredi 25 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Mauclaire, président ; Tanon, Coquot, Robin et Lesbouyries. — M. Plantureux. Appui et parer du pied. Ferrure des pieds défectueux. — M. Bédaride. La race bovine vosgienne.

Jeudi 26 juin. — Jury : MM. Achard, président ; Bernard, Tanon et Terrien. — M. Voignier. Etude des phlébites typhiques et des infarctus pulmonaires les compliquant. — M. Hodanger. Etude des hypertensions artérielles des adultes jeunes. — M. Caudron. La psittacose. Etat actuel de la question. — M. Djamchidi-Djahansouzi. Les pèlerinages de l'Islam-Schiite. — M. François. De la persistance du paludisme à la Guadeloupe. — M. Seif el Nasr. Contribution à l'étude de la pellagre.

Vendredi 27 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset et Robin. — M. Frémont. Sur la prévention de la maladie du jeune âge des chiens.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 51. — MERCREDI 25 JUIN 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 25 JUIN 1930. — N° 51.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Un concours pour la nomination de quatre internes en médecine des hôpitaux du Havre aura lieu le 31 juillet prochain, à 9 h. du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des hospices du Havre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT RELATIF AUX ASSISTANTS ÉTRANGERS VOTÉES PAR LE CONSEIL DANS SA SÉANCE DU 22 MAI 1930 SUR PROPOSITION DU PROFESSEUR CARNOT, RAPPORTEUR DE LA COMMISSION. — 1° La demande d'un candidat au titre d'assistant étranger ne sera reçue qu'avec pièces justificatives à l'appui, indiquant sa scolarité, ses fonctions universitaires ou hospitalières, ses publications scientifiques, les appréciations personnelles de ses maîtres, et, de façon générale, tous documents sur sa valeur scientifique et morale.

2° Ces pièces seront soumises à l'examen de la Commission des assistants étrangers qui comprendra tous les professeurs de la Faculté répartis en trois sections (section médicale, section chirurgicale, section des sciences biologiques) et qui, sur acceptation du professeur intéressé, autorisera le candidat à faire son stage dans son service ou son laboratoire.

3° A la fin du stage, d'une durée minimum d'un semestre, le professeur chef de service fera à la Commission un rapport sur le candidat et sur la façon dont il a effectué son stage. Le candidat soumettra à chacun des membres de la section compétente de la Commission un travail personnel, dactylographié ou imprimé, fait dans le service pendant la période de stage. Si la section le juge favorablement, un rapport motivé sera fait au Conseil par un de ses membres. C'est seulement alors que le Conseil votera sur l'obtention du titre d'assistant étranger.

4° Par exception, et seulement s'il s'agit de candidats ayant des titres universitaires ou scientifiques importants, le Conseil, sur proposition de la Commission, pourra réduire le temps de stage préalable. Mais le candidat, nommé assistant étranger dans ces conditions exceptionnelles, s'engagera à faire, dans le service qu'il a choisi, un travail personnel, les égards rendus à sa personnalité scientifique lui faisant un devoir de présenter des recherches particulièrement estimables.

— LES DIPLÔMES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE PARIS. — Un banquet réunissait le 14 juin, à 20 h., dans les salons du Club de la Renaissance française, les membres de l'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Paris, sous la présidence de M. Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, directeur de l'Institut d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique.

A la fin du banquet, le docteur Clerc, président de l'Asso-

ciation, a exposé les desiderata des diplômés. Ils demandent notamment que, dans l'intérêt de la santé publique, les postes d'hygiénistes départementaux et municipaux soient confiés à des hygiénistes spécialisés, anciens fonctionnaires sanitaires ou diplômés des Instituts universitaires d'hygiène (de Paris, Nancy, Montpellier, Lyon, Alger).

Les professeurs agrégés Henri Labbé, Joannon, de la Faculté de médecine de Paris, le docteur Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté de médecine et directeur adjoint de l'Institut de puériculture, ont successivement pris la parole pour assurer les diplômés d'hygiène de leur agissante sympathie aux élèves du cours. Le professeur Charitakis, au nom des élèves étrangers, a exprimé leur reconnaissance envers les maîtres du cours, ainsi que leur attachement à la science française.

Enfin, le professeur Tanon a exposé le rôle de l'hygiéniste dans la société moderne, et la nécessité de sa collaboration avec les médecins praticiens. Il a montré ensuite à quel point la communauté d'études entre intellectuels de toutes les nations pouvait contribuer au rapprochement des peuples.

A la suite du banquet, s'est tenue l'assemblée générale annuelle de l'Association, au cours de laquelle a été renouvelé le bureau qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1930-1931 :

Président : docteur Clerc (1922); vice-président français : docteur Lafage (1930); vice-présidents étrangers : docteurs Charitakis (Grèce) et Djamchidi (Perse); secrétaire général : docteur Leclainche (1927); secrétaire général adjoint : docteur Cachera (1923); rédacteur en chef du Bulletin : docteur Bourguin (1923); trésorier : docteur Royer (1922).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — La chaire de physique médicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

La chaire d'hygiène et de bactériologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

— LYON. — La chaire de clinique urologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

MÉDECINS INSPECTEURS SCOLAIRES. — Après concours, le classement définitif des candidats pour le recrutement de médecins inspecteurs scolaires a été arrêté comme suit :

M. Renault, 71 points; Mlle Petot, 70; MM. Pollet, 69 1/2; Kudelski et Dupont, 67 1/2; Guerrier et Cojan, 67; Touchard, 65; Mmes Bedeau-Demadières, 63 1/2; Laroche, 63; M. Solente, 62 1/2; Mmes Lévy, 62; Copin, 61 1/2; M. Verdier, 60 1/2; Mme Bellot Odic, 58 1/2; MM. Gougeon, 56 1/2; Blum, 55; Mme Dermer, 54.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés membres du Comité consultatif de l'éducation physique : MM. les docteurs Chailley-Bert (de Paris), Merklein (de Nancy), le médecin général inspecteur Rouget; Chese-Martin (de Joinville), Mac Auliffe et Régis (de Paris).

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXIXe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 6 au 11 octobre 1930, sous la présidence de M. Maurice Auvray, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laennec.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Pancréatites chroniques.* — Rapporteurs : MM. Pierre Brocq (de Paris) et Miginiac (de Toulouse).

2° *Spondylite traumatique (maladie de Kummel-Verneuil).* — Rapporteurs : MM. Froelich (de Nancy) et Albert Mouchet (de Paris).

3° *De la préparation des malades aux opérations (infection exceptée.)* — Rapporteurs : MM. Lambret (de Lille) et Sauvé (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août, le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (VIe).

EXTRAIT DU RÈGLEMENT. — Les chirurgiens, qui désirent faire partie de l'Association, doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service. Les membres du Comité ne peuvent accepter de parrainage, sauf pour les candidats étrangers.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — COURS ET TRAVAUX PRATIQUES SUR LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF DES NOURRISSONS ET DES GRANDS ENFANTS, par MM. P. Le Noir, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine; Ribadeau-Dumas et Julien Huber, médecins de la Salpêtrière, avec le concours de MM. les docteurs Beloux, Carvailho, Gilson, René Mathieu, Mlle Parmentier, MM. Savignac, Taillandier, Verpy.

Ces cours auront lieu du 23 juin au 5 juillet 1930, à la Salpêtrière, dans les services de MM. Ribadeau-Dumas et Julien Huber, tous les jours (sauf le samedi après-midi) : le matin, à 9 h. 1/2; l'après-midi, à 2 h. 1/2.

Ces leçons seront complétées par des travaux pratiques, des démonstrations cliniques, radioscopiques et de laboratoire. Des visites d'établissements hospitaliers, d'usines et de laboratoire de thérapeutique ou de produits d'alimentation infantile auront lieu également.

L'admission au cours est gratuite. — Droit d'inscription aux travaux pratiques et aux démonstrations : 200 fr.

Pour s'inscrire, s'adresser à M. le docteur Julien Huber, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris (13e).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louradour, médecin chef de l'asile d'aliénés de la Cellette (Puy-de-Dôme), qui avait été grièvement blessé il y a quelques jours par un fou, et est décédé à Clermont-Ferrand.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 28 juin. — Jury : MM. Gougerot, président; Lereboullet, Roussy et Villaret. — M. CAILLAUD. L'éosinate de césium. Son action antichoc en arsénothérapie. — M. GRAUX. Pelade et persistance des racines de dents temporaires. — Mlle BOEGNER. Etude des méningites urémiques. — M. HAVRET. L'ictère physiologique du nouveau-né. — M. MORIN. Etude comparative des divers traitements du cancer du rectum. — M. DAUNA. Des méningites lymphocytaires bénignes ou curables.


TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
L'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT • ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE • ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
GRANULÉS à 25% FLACON de 90grs
COMPRIMÉS à 0.50 TUBE de 20
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
DARVILLÉ


HÉPATISME
Jécol
COMBRETUM, BOLDO
ÉVONYMINE, DRAINAGE
BILIAIRE INTESTINAL
1 OU 2 CACHETS A LA
FIN DE CHAQUE REPAS
LABORATOIRE DU JÉCOL
3, RUE WATTEAU, COURBEVOIE


dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134-569

DIPLÉGIE SPASMODIQUE FAMILIALE

Par MM. L. BABONNEIX et M. LANCE.

Les hasards de la consultation font que nous avons eu, récemment, l'occasion d'observer deux jeunes enfants, frère et sœur, atteints, l'un et l'autre, d'un syndrome de Little plus marqué chez celle-ci que chez celui-là.

*
* *

Observation I. — R... (Jacqueline), un an et demi, entrée salle Boulloche, le 20 février 1930, sortie le 23.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les premiers sont relatés plus loin. Quant aux seconds, ils ne présentent rien de particulier. Grossesse et accouchement avaient été normaux. Le poids, à la naissance, était de 3k500. L'enfant a été nourrie exclusivement au sein jusqu'à cinq mois.

Histoire de la maladie. — Elle ne marche ni ne parle.

État actuel. — L'examen neurologique aboutit aux constatations suivantes : raideur des membres inférieurs, avec hyperréflectivité tendineuse, sans trépidation spinale; signe de Babinski spontané des deux côtés; dans la station debout, attitude générale en flexion, marche sur la pointe des pieds, d'ailleurs tournés en dedans, tendance des genoux à s'entrecroiser, retard intellectuel. Il n'y a ni microcéphalie, ni convulsions, ni ataxie, ni incoordination, ni athétoso-chorée; le liquide céphalo-rachidien est normal; les réflexes pupillaires fonctionnent correctement; le fond d'œil ne présente rien de particulier.

Rien ne permet d'ailleurs de penser à l'hérédo-syphilis et l'examen des principaux appareils n'aboutirait qu'à des résultats négatifs s'il n'existait pas un peu de rachitisme, avec hernie ombilicale.

Obs. II. — R... (Michel), deux ans et demi, entré le 20 février 1930 et sorti le 23 du même mois.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents, bien portants, jeunes, ne sont pas consanguins. Ils ont eu six enfants, trois tout à fait normaux, un qui aurait été opéré à trois ans et demi, parce qu'il ne parlait pas (?), un dont l'observation figure plus haut et le petit malade.

Le petit Michel est né à terme, dans de bonnes conditions, à la suite d'une grossesse normale. Il pesait 3k500 et a été élevé au sein par la mère.

Histoire de la maladie. — Il a été amené à l'un de nous parce qu'il ne parle ni ne marche. Il n'aurait jamais eu de convulsions.

État actuel. — Ce qui domine, chez lui, c'est la *raideur des membres inférieurs en varus équin* (fig. 1), l'*hyperréflectivité tendineuse* et l'indiscutable *retard intellectuel.* Le liquide céphalo-rachidien est normal. L'examen des yeux, pratiqué par M. Dollfus, montre, avec l'intégrité des réflexes pupillaires, l'existence de petits foyers de choriorétinite.

Rien à signaler pour l'état général, abstraction faite de quelques stigmates discrets de rachitisme et d'un peu d'eczéma de la face.



Fig. 1. — *Attitude des membres inférieurs, les genoux serrés, les pieds en varus équin, les orteils en flexion, dans les tentatives de marche.*



Fig. 2. — Le même assis : *Les membres inférieurs sont à peine fléchis, les pieds en varus équin.*

En somme, paraplégie spasmodique légère chez un enfant de deux ans et demi, semblant indemne de toute hérédo-syphilis.

*
* *

Dans ces cas, il ne s'agit ni de paraplégie spasmodique familiale type Strümpell-Lorain, qui commence d'habitude beaucoup plus tard, ni de ces cas anormaux qui ont été décrits par Mlle Pesker, d'une part (Th. Paris, 1900), par MM. Cestan et Guillain, de l'autre, et dont la symptomatologie ressemble beaucoup à celle de la sclérose en plaques. Force est donc de porter le diagnostic de diplégie cérébrale infantile familiale à type Freud, tout en reconnaissant, avec M. Crouzon, que ce type n'est pas encore anatomiquement caractérisé.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU PALUDISME

(Alger, 19, 20 et 21 mai 1930) (1).

Suivant la décision prise par le premier Congrès de Rome, en octobre 1925, le deuxième Congrès international du paludisme s'est tenu à Alger du 19 au 21 mai 1930, coïncidant ainsi avec le centenaire de l'Algérie française et avec le cinquantenaire de la découverte du parasite du paludisme, réalisée, comme on sait, à Constantine en 1880, par A. Laveran.

Placé sous le haut patronage du Gouvernement de la République, de M. le Gouverneur général de l'Algérie et de M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, le Congrès était présidé par M. le professeur Marchoux, membre de l'Académie de médecine, assisté de MM. Edmond et Etienne Sergent, vice-présidents; L. Parrot, secrétaire général et A. Catanei, secrétaire général adjoint; H. Foley, L. Raynaud, G. Senevet, E. Balensi, Comte et Vialatte, membres du Comité exécutif. Sur l'invitation de M. le ministre des Affaires étrangères et du Comité exécutif, 34 nations, colonies ou pays sous mandat, 32 Facultés de médecine ou institutions avaient délégué à Alger les savants spécialistes les plus éminents. Le comité permanent des Congrès internationaux du paludisme était représenté par MM. Alfaro, James, Pittaluga, Mac Callum, Marchoux, Edmond Sergent, Sfarcic; la commission du paludisme du Comité d'hygiène de la Société des Nations par MM. Lutrario, Schüffner, Pitalluga, Ciuca. En outre, 130 médecins français et étrangers avaient adhéré au Congrès au titre de membres libres.

La séance inaugurale, présidée par M. le Gouverneur général Pierre Bordes, s'est ouverte le 19 mai, à 10 heures, au Palais des Assemblées algériennes. Des discours ont été prononcés par M. le Gouverneur général, par MM. Galle, président des Assemblées plénières des délégations financières de l'Algérie; Mercier, commissaire général du centenaire de l'Algérie; Marchoux, président du Congrès; Lutrario, délégué du Comité d'hygiène de la Société des Nations. Les séances ultérieures se sont tenues dans la salle des fêtes et dans les salons de l'hôtel Saint-Georges, à Mustapha-Supérieur.

Le 19 mai, à 17 h. 30, M. le Gouverneur général et Mme Pierre Bordes recevaient les congressistes au Palais d'été et leur offraient un vin d'honneur. Le 20 mai, à 20 h. 30, dîner officiel, présidé par M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique, au Casino municipal; le 21 mai, à 21 h. 30, soirée de musique et de danses orientales à l'hôtel Saint-George.

Le 22 mai, les congressistes ont parcouru ce qui fut autrefois « l'infecte Mitidja », plaine aujourd'hui riante et prospère; assisté à une démonstration de quininisation préventivo-curative et visité une exploitation agricole modèle. M. Froget, maire, et la municipalité de Boufarik tinrent à leur offrir au passage un vin d'honneur.

Le 23 mai, à 10 h. 30, à Constantine, le Congrès a commémoré, sous la présidence de M. le professeur Mesnil, membre de l'Institut, la découverte du parasite du paludisme à l'hôpital militaire Laveran où elle naquit. M. le Préfet du département, M. le docteur Liagre, premier adjoint au maire de la ville de Constantine, M. le médecin général inspecteur Dopter, M. le professeur Mesnil, M. le professeur Marchoux, M. le médecin général Bouffard, MM. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; Edmond Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Algérie, puis MM. Lutrario, James, Ziemann, Rodhain, Hussameddin, El Guindy, Hackett, Silbers, Schmidt, Copanaris, au nom de leurs gouvernements et M. le professeur Franchini, de Bologne, rendirent un solennel hommage à la mémoire et aux travaux du grand savant.

Après cette cérémonie émouvante, les congressistes visitèrent la modeste salle, aujourd'hui transformée en musée, où Laveran travailla, signèrent au Livre d'or de l'hôpital Laveran, puis furent conviés à un vin d'honneur par le Service de santé militaire. Dans la soirée, l'obligeante sollicitude de la municipalité de Constantine leur permit de parcourir en automobile la ville et ses environs. A 18 h. 30, le Syndicat des médecins de la ville leur offrait encore un vin d'honneur.

Le 24 mai, à 11 heures, eut lieu l'inauguration d'un monument élevé en l'honneur de Laveran, dans le village de colonisation qui portera désormais son nom, entre Batna et Timgad (département de Constantine). A cette occasion, M. le sous-préfet de Batna, M. le professeur Mesnil, M. le professeur Marchoux, le docteur Edmond Sergent, le professeur Talice, de Montevideo; M. l'administrateur de la commune mixte d'Aïn-el-Ksar célébrèrent encore l'œuvre du maître et en montrèrent les heureuses conséquences. Un déjeuner intime, puis la visite des ruines romaines grandioses de Timgad terminèrent le Congrès.

Section I.

Systématique et biologie des parasites du paludisme. Hématozoaires en général.

M. H. Soulié (Alger) a employé l'ultramicroscope à l'observation de l'hématozoaire de Laveran. Avec cet appareil seules les formes âgées du parasite sont bien visibles; l'exflagellation des microgamétocytes, les mouvements des flagelles, leur évolution et leur disparition par lyse dans le plasma peuvent être facilement suivis.

M. L. Céard (Algérie) montre que *P. malariæ*, assez commun dans le Tell oranais, disparaît à la lisière du Sahara (région de Beni-Ounif de Figuig) pour reparaître plus au sud à partir de Colomb-Béchar.

M. le professeur Cl. Schilling (Berlin) rappelle qu'au cours de certaines infections chroniques à protozoaires et à spirochètes on observe certaines modifications biologiques des parasites qui acquièrent des propriétés nouvelles, en particulier une virulence plus grande. Mais on ignore si cette virulence des « souches de rechute » se conserve après passage par l'insecte vecteur. L'orateur a constaté qu'une souche de *Trypanosoma Brucei* conservée au laboratoire par inoculations directes à des animaux sensibles était beaucoup moins pathogène pour ceux-ci après passage par *Glossina morsitans*. Il se demande si des phénomènes analogues ne se passent pas dans le paludisme qui expliqueraient, par exemple, la résistance des indigènes des régions insalubres aux réinfections.

M. G. Raffaele (Italie) n'a identifié jusqu'ici, en Italie, que deux espèces de *Plasmodium* aviaires : *P. præcox* Grassi et Feletti (= *P. cathemerium* Hartmann) et une espèce nouvelle, *P. major*, qu'il décrit.

Discussion.

Après une question de M. Soulié (Alger) sur la fréquence de la fièvre quarte dans la région du Sahara oranais où se retrouve le *Pl. malariæ*, M. Senior White (Angleterre) trace une esquisse de la distribution géographique de cette espèce. Il en résulte que ce *Plasmodium*, très ancien et jadis plus répandu, présente actuellement des foyers principaux et des foyers disséminés. M. Senior White attire l'attention sur l'incertitude qui règne encore sur les rapports de cette espèce avec l'anophèle vecteur, au moins dans le sud de l'Inde.

M. Shilling, répondant à une demande de M. Ottolenghi (Italie) relative à la technique des caractères différentiels des

(1) *Association de la Presse médicale française.*

souches avant et après passage par l'insecte transmetteur, déclare que, pour une souche de trypanosome, la comparaison n'a été faite qu'après plusieurs passages sur l'animal du virus passé par l'insecte vecteur.

SECTION II.

Systématique et biologie des moustiques.

M. G. SENEVET (Alger) décrit les nymphes de diverses espèces d'Anophélinés (sous-genres *Myzomyia* et *Anopheles*) et en donne des clés dichtomiques de détermination.

M. F. TRENSZ (Alger) s'est attaché à rechercher si la formule dentaire, l'*index maxillaire* des anophèles, traduit réellement leurs habitudes alimentaires, et en particulier leurs instincts zoophiles et la possibilité qu'ils ont de les satisfaire, comme l'a soutenu Roubaud. L'examen de très nombreux *Anopheles maculipennis* capturés en Algérie, en Italie, en France et en Espagne, dans des habitations et des étables de localités paludéennes ou non paludéennes, n'a apporté à l'auteur aucun fait qui fût réellement favorable à la théorie du zootropisme anophélien. L'index maxillaire ne peut, d'autre part, servir de base à cette théorie, en raison du rôle considérable que joue le hasard dans sa détermination numérique.

M. le professeur E. MARTINI (Hambourg) distingue en matière de *distance de vol maxima* des anophèles les vols journaliers, les vols d'hibernation et les vols de migration. Au cours des vols journaliers, la distance habituellement parcourue n'excède guère 3 kilomètres, sauf dans le cas de gîtes larvaires très productifs. Les vols d'hibernation, observés en Palestine et aussi, mais à un moindre degré, à Hambourg, à Samara, etc., s'étendent beaucoup plus loin et peuvent être une cause de dissémination du paludisme. De même les vols de migration, analogues peut-être à ceux d'autres insectes, et qui correspondent à l'essaimage massif des Anophèles hors d'une région surpeuplée. Ces deux dernières catégories de vols sont de nature à augmenter considérablement les frais de la lutte antipaludique.

MM. I. J. KIGLER et G. MER (Jérusalem) ont constaté que pendant les périodes de préhibernation et d'hibernation on trouve des *Anopheles elutus* jusqu'à 14 kilomètres des gîtes larvaires les plus proches. Les moustiques apparaissent d'abord dans les villages voisins des gîtes; ils atteignent les plus éloignés au bout de deux semaines environ. Les femelles les plus « grasses » sont celles qui émigrent le plus loin. La fréquence des femelles « grasses » dans un lieu donné et l'importance de leur réserve adipeuse pourraient permettre d'évaluer la distance à laquelle se trouvent les gîtes d'où elles proviennent.

MM. T. EKBLOM et R. STROMAN (Suède), après avoir indiqué que la faune anophélienne est représentée en Suède seulement par *A. maculipennis* et *A. bifurcatus*, donnent des détails sur la biologie de ces deux espèces et sur leur répartition géographique dans le pays. Le paludisme n'y sévit plus qu'à l'état sporadique. La régression spontanée de la maladie n'est pas due, à leur avis, à une modification morphologique de *A. maculipennis* qui possède la même armature maxillaire aujourd'hui qu'autrefois. La cause doit en être recherchée ailleurs.

MM. A. DE BUCK, E. SCHOUTE et N. H. SWELLENGREBEL (Hollande) rappellent qu'il existe aux Pays-Bas deux races d'*Anopheles maculipennis* : une race *hivernante*, à ailes longues, qui naît dans les eaux douces et ne propage pas le paludisme; une race *non hivernante*, à ailes courtes, domestique, qui se développe de préférence dans les eaux saumâtres et transmet, au contraire, l'infection. Les caractères de la race hivernante déterminent le phénomène de l'anophélisme sans paludisme aux Pays-Bas. Dans le delta du Bengale et dans le sud de l'Assam, certaines régions sont indemnes de paludisme parce que le vecteur principal, *A. minimus*, est empêché de se multiplier par l'état limoneux des eaux superficielles, dû aux inondations périodiques, au moment propice à la propagation du mal. Ainsi, les conditions hydrographiques influent sur la faune anophélienne dans un sens favorable ou défavorable au paludisme. Du point de vue pratique, on pourrait tirer profit de ces notions au Bengale, rétablir l'ancien système d'irrigation qui versait dans les plaines l'eau boueuse des rivières; aux Pays-Bas, rendre douces les eaux superficielles par les travaux de desséchement et pratiquer, en somme, un élevage des anophèles.

M. P. H. VAN THIEL (Pays-Bas) estime nécessaire de distinguer par la dénomination de variété *atroparvus* la race de *A. maculipennis* à index alaire plus petit que le type, à index maxillaire plus grand, semi-hibernante, qui transmet le paludisme aux Pays-Bas.

M. le professeur PELNAR (Prague) signale qu'en Tchécoslovaquie le paludisme a presque complètement disparu aujourd'hui. Il est possible que les *A. maculipennis* de petite taille, qui prédominent dans les régions encore impaludées, jouent, ici comme aux Pays-Bas, le rôle d'agents vecteurs.

M. le professeur R. V. TALICE (Uruguay) rapporte que, jusqu'en 1927, on n'avait pas signalé d'anophèles sur le territoire de la République de l'Uruguay. Depuis cette date on y a trouvé diverses Anophélinées. Cependant le paludisme autochtone manque totalement. Le fait s'explique par la zoophilie prédominante des vecteurs locaux, par la faible densité de la population rurale, la rareté des porteurs de germes d'importation, et par les conditions météorologiques spéciales du pays.

M. le professeur RIVERO-SALDIVIA (Vénézuéla) décrit la faune anophélienne du Vénézuéla, qui ne compte pas moins de seize espèces, et indique brièvement les mesures prises contre le paludisme dans la République sud-américaine.

Discussion.

M. MARTINI (Hambourg) approuve le choix des caractères morphologiques utilisés par M. Senevet dans sa classification des nymphes.

A une question posée par M. Buxton (Angleterre), M. Senevet répond que la nymphe de *A. plumbeus* présente une grande réduction des soies.

Le fait que M. Trensz a constaté des différences d'index maxillaire suivant les pays, amène M. van Thiel à se demander si l'existence de races locales n'entrerait pas en jeu.

A propos de la région de Bologne, étudiée par M. Trensz, M. Franchini (Italie) déclare qu'il est très difficile de capturer des anophèles dans les maisons.

Des observations qu'il a faites aux Indes Néerlandaises, M. Walch conclut que, compte tenu d'autres facteurs, le rôle protecteur du bétail lui paraît incontestable.

M. SWELLENGREBEL (Hollande) pense qu'il faut considérer l'*espèce* dans la question de la distance de vol des Anophèles.

M. MISSIROLI (Italie) tient compte, en outre, du facteur pays (avec ses corollaires : saison, éloignement de la nourriture, etc.), et signale, à cette occasion, quelques particularités du vol de *A. maculipennis* en Sardaigne.

MM. BOUFFARD (France) et MORIN (Indochine) signalent l'influence de la brise ou des moussons, dans certaines conditions spéciales, en Afrique occidentale et en Indochine.

D'après M. Et. SERGENT (Alger), l'expérience algérienne prouve que, sauf dans quelques régions du pays, le danger d'un gîte ne s'étend pas au delà de 2 kilomètres. M. Senior-White (Angleterre) évalue cette distance à 800 mètres environ pour l'Inde, sauf dans des cas spéciaux.

Des observations faites dans le sud de l'Italie ont montré à M. MISSIROLI (Italie) qu'il existe certains rapports entre la

température extérieure et le besoin de nourriture de *A. maculipennis*.

M. Swellengrebel (Hollande) fait remarquer que ces constatations ne sauraient être généralisées; on doit tenir compte, d'après lui, du pays et de l'espèce d'anophèle.

Section III.

Epidémiologie. Paludisme endémique et épidémique. Anophélisme sans paludisme.

M. R. d'Engel (Hongrie) signale que, dans la région de Kolozswar (Transylvanie), on a observé, de 1873 à 1919, trois recrudescences épidémiques successives (1870-1878, 1890-1898, 1916-1920) qui ne peuvent être expliquées par des variations des conditions épidémiologiques locales, tenant soit au sol, soit à l'homme, soit aux moustiques. On doit donc admettre, pour le paludisme comme pour d'autres maladies infectieuses, la possibilité d'un réveil périodique de la vitalité du microorganisme causal.

MM. A. Barbiéri et A. C. Irigoyen (Buenos-Aires), envisageant les rapports du *paludisme en Argentine* avec les *facteurs météorologiques*, estiment que ceux-ci jouent un grand rôle dans l'apparition des recrudescences épidémiques. Ces facteurs consistent en certaines élévations cycliques anormales de la température et en des pluies abondantes. Le cycle de diffusion épidémique et de troubles météorologiques et hydrographiques correspondent aux minima d'activité de la photosphère ou avec les variations des taches sur le disque solaire visible.

M. le professeur M. Koidzumi (Japon) montre que dans l'île de Formose le paludisme entre en recrudescence à des époques de l'année variables suivant la latitude des localités. A cet égard, on peut distinguer trois types de recrudescence saisonnière : tantôt elle ne se produit qu'une seule fois par an, vers le milieu ou la fin de l'été ou pendant l'automne; tantôt un peu plus tard, vers la fin de l'automne ou pendant l'hiver; tantôt, enfin, il y a combinaison des deux types précédents et, par conséquent, deux poussées épidémiques par an.

M. F.-M.-A. Legendre (Madagascar) a établi, en 1928 et 1929, les index hématologique et splénique des enfants indigènes des écoles de Tananarive, et constaté que *P. malariæ* n'existe pas dans cette région, *P. vivax* prédomine en saison sèche, *P. præcox* en saison des pluies. Chez les porteurs de *P. præcox*, on trouve rarement des gamétocytes. En revanche, la proportion de rates palpables et percutables est très élevée dans cette population. De 82 p. 100 en 1928, elle est descendue à 66 p. 100 en 1929. L'amélioration sanitaire constatée correspond à une lutte antilarvaire très active (assèchements, pulvérisation de *stoxal* et de *vert de Paris*).

M. S. N. Sur (Bengale) donne un court aperçu de la situation du Bengale du point de vue du paludisme. Trois espèces de moustiques seulement (*A. fuliginosus*, *A. philippimenpis*, *A. pallidus*) y ont été trouvés naturellement infectés dans la proportion de 1,5 p. 100. L'auteur décrit les collections d'eau qui leur sont favorables ou défavorables, et indique les rapports qui existent, suivant les régions, entre les rivières et l'intensité de l'endémie.

M. H. G. S. Morin (Saïgon) tire, de recherches effectuées sur le paludisme des terres rouges de Cochinchine, la conclusion que *A. minimus* et *A. maculatus* doivent être considérés comme les deux vecteurs principaux de l'infection dans cette région. Ailleurs, la multiplicité des espèces cochinchinoises, la diversité de leurs aptitudes biologiques posent de nombreux problèmes qu'il convient de résoudre avant toute entreprise de prophylaxie.

M. R. Belot (Tunisie) a observé une recrudescence du paludisme parmi la population militaire des environs de Bizerte au cours des étés 1928 et 1929 : primo-infections à *P. vivax* ou à *P. falciparum*, le plus souvent, avec intolérance gastrique, vomissements bilieux, parfois ictère éclairant le diagnostic clinique. L'auteur a appliqué avec succès un traitement quinique intensif et précoce suivi d'une cure d'entretien prolongée. A son avis, il conviendrait d'appliquer la quininisation prophylactique aux hommes de troupe pendant toute la période annuelle de contamination (sept mois), et de surveiller les impaludés au sortir de l'hôpital grâce à une fiche annexée au livret médical individuel et à l'établissement, dans chaque unité, d'un registre des paludéens.

M. G. Rizzuti (Italie) montre que les problèmes du paludisme ont toujours intéressé l'armée pendant le temps de paix comme pendant la guerre, du point de vue scientifique et du point de vue thérapeutique et prophylactique. Il apporte des renseignements statistiques sur l'augmentation du paludisme dans l'armée italienne au cours de périodes qui ont précédé ou suivi la guerre mondiale et pendant celle-ci. Le succès de la lutte antipaludique dépend de la compétence des médecins militaires qui en ont la charge et de l'action persuasive du commandement.

M. G. Franchini (Bologne) a étudié les rapports des rizières et du paludisme dans la province de Bologne (Italie). L'existence du paludisme dans les zones de riziculture et son absence dans les zones sèches contiguës seraient dues en grande partie à l'insuffisance de la protection animale dans les premières et à l'abondance du bétail dans les secondes.

M. A. Freyd (Varsovie) a étudié le *paludisme en Amazonie péruvienne*. Certains villages en sont indemnes, d'autres fournissent un index splénique moyen de 10 p. 100 à 13 p. 100. L'auteur, au cours de son voyage, a pu constater les heureux effets de la quininisation préventive sur ses compagnons d'expédition.

M. le professeur C. Russo (Italie) cite l'exemple de quatre localités italiennes, autrefois très paludéennes, puis devenues saines, où le paludisme est entré brusquement en recrudescence après la guerre, à la suite de conditions épidémiologiques favorables. Grâce aux mesures prophylactiques prises, la situation fut rapidement rétablie.

M. le professeur G. Franchini (Bologne) donne un bref aperçu de l'épidémiologie du paludisme et de la faune anophélienne dans les diverses colonies italiennes. En Tripolitaine, la maladie est peu fréquente. En Cyrénaïque, le paludisme autochtone est très rare, malgré la présence de *A. pseudopictus* et de *A. claviger*. En Erythrée, on trouve des paludéens un peu partout, avec prédominance de *P. præcox*. De même dans la Somalie. La fièvre bilieuse hémoglobinurique a été observée en Erythrée et dans la Somalie; elle tend à y augmenter de fréquence.

MM. Froilano de Melo et R.-S. Poi Vernençar (Indes portugaises) discutent la valeur des diverses méthodes de mensuration de la rate hypertrophiée palustre qu'il serait très désirable d'unifier, et proposent un procédé nouveau de représentation graphique et de notation des splénomégalies.

Discussion.

L'hypothèse d'un réveil périodique de la vitalité des parasites du paludisme, formulée par M. d'Engel, est critiquée par M. Martini (Hambourg), qui considère qu'il est difficile de prouver que les conditions météorologiques et la périodicité des variations de l'eau du sol n'ont pas été plus favorables au développement des moustiques à certaines périodes.

M. Swellengrebel (Hollande) rappelle que, aux Pays-Bas, on a observé une régression permanente du paludisme au cours du XIXe siècle et une régression temporaire après chaque épidémie (tous les quinze à vingt ans environ).

En réponse à une question de M. Swellengrebel (Hollande), M. Morin précise qu'il s'agit, dans son travail, de *A. minimus* tel que l'a décrit Christophers.

A propos des index splénique et parasitaire, M. MUHLENS (Hambourg) attire l'attention sur les différences qu'on peut observer suivant l'ancienneté des épidémies et sur la nécessité de bien préciser le groupe des sujets qui a servi à leur établissement (enfants ou adultes). Pour le premier de ces index, M. Ziemann (Berlin) fait jouer un rôle à l'ankylostomiase et au facteur mauvaise nourriture dans certaines régions.

A propos de la communication de M. FRANCHINI, M. PITTALUGA (Espagne) expose le problème du paludisme dans ses rapports avez les rizières, en Espagne.

M. CHRISTOPHERS (Inde anglaise), d'accord avec M. DE MELLO, montre l'intérêt et la nécessité de la mensuration des rates pour l'évaluation de la taille moyenne de la rate hypertrophiée. Celle-ci fournit des données très précieuses pour l'étude épidémiologique du paludisme.

SECTION IV.

Pathologie.

Pour M. J. RIEUX (Paris), la notion de paludisme *vrai* est nécessairement liée à la constatation de l'hématozoaire dans le sang. Chez le paludéen définitivement soustrait aux réinoculations, les *Plasmodium* disparaissent spontanément du sang et de l'organisme dans le cours de l'année qui suit la dernière impaludation. Cette disparition traduit la *guérison* de l'infection. Par la suite, les accidents cliniques que peuvent présenter les anciens paludéens sont ou bien des séquelles de l'infection palustre antérieure, des *reliquats* sans relation de nature avec le paludisme initial, où bien des formes de *pseudo-paludisme* : accès bilio-septiques, accès urineux, fièvre tuberculeuse, septicémies à microbes pyogènes, etc. Dans tous ces cas, l'absence de l'hématozoaire de Laveran infirme sûrement le diagnostic de paludisme.

M. H. ZIEMANN (Berlin) rappelle que la guerre mondiale a été accompagnée ou suivie d'une recrudescence du paludisme dans les Balkans, en Syrie, Palestine et aussi parmi les populations civiles de nombreux pays, à la suite du retour de soldats porteurs de germes dans leurs foyers. Le *paludisme de guerre* a permis d'élucider diverses questions, entre autres celle de la durée des périodes de latence primaire et secondaire du paludisme et celle de la quinino-résistance. En général, les rechutes ont cessé au plus tard cinq ou six ans après la première infection; aussi les prétendus accès apparus dix ans après cette première atteinte ne doivent-ils pas être considérés comme des suites de guerre. L'auteur admet que la quinino-résistance dépend soit de la localisation des parasites dans les capillaires profonds où la quinine agit peu ou point soit du parasite même, naturellement résistant, soit de l'administration de doses de quinine insuffisantes; soit enfin — et c'est la forme la plus fréquente — de la défaillance des forces immunisantes de l'organisme. Pour les demandes de pension, on doit se rappeler que seul le paludisme pernicieux peut produire des altérations organiques permanentes; que les systèmes intéressés au cours des rechutes sont généralement les mêmes qu'au cours des accès de première invasion (une rechute, par exemple, ne produira pas des symptômes cérébraux si les accès primaires n'en avaient pas déterminé); que l'évolution des rechutes est toujours plus bénigne que celle des accès de première invasion. Il n'y a pas de rapport de causalité entre l'anémie pernicieuse, la leucémie, la polyglobulie, la lymphogranulomatose, la neurasthénie, etc., et le paludisme de guerre.

MM. BENHAMOU, MARCHIONI, ASSAN et SURMELY (Alger) ont pu confirmer par des téléradiogrammes, des électrocardiogrammes, des sphygmogrammes et des mesures de tension veineuse leurs observations antérieures sur le *cœur des paludéens*, globuleux, flaccide, à battements lents et mous. Les troubles cardiaques fonctionnels sont fréquents chez ces malades; ils expliquent nombre de symptômes mis sur le compte de l'anémie, de la cachexie, de lésions rénales ou hépatiques; ils commandent d'associer au traitement quinique un traitement cardiotonique et angiotonique et de n'interrompre la médication spécifique que lorsque l'organe a repris sa tonicité première.

MM. BENHAMOU, GILLE, ASSAN et MUNARET (Alger) montrent que l'élévation du taux de la *bilirubinémie chez les paludéens* présente non seulement un grand intérêt pathogénique, mais encore une grande valeur diagnostique dans les états paludéens chroniques, dans les états aigus ou subaigus, alors qu'on n'a pas encore trouvé l'hématozoaire, et dans les cas d'accès pernicieux apyrétiques. A l'encontre de l'hyperazotémie, la bilirubinémie n'a pas de signification pronostique *quoad vitam*. La recherche de la bilirubinémie permet en outre de juger de l'efficacité du traitement et du temps pendant lequel on doit le poursuivre.

MM. Ed. BENHAMOU et A. LÉVI-VALENSI (Alger) montrent que, par sa fréquence et par son intérêt pronostique, l'azotémie mérite d'être systématiquement recherchée chez les paludéens. Dans l'azotémie palustre, la participation rénale est hors de proportion avec le taux de la rétention uréique, du point de vue fonctionnel comme du point de vue anatomique. Pour en expliquer la pathogénie, il y a lieu de faire intervenir des facteurs multiples parmi lesquels, sans doute, la déficience du système réticulo-endothélial, bloqué par le pigment mélanique. Quelle que soit d'ailleurs son origine, l'azotémie conditionne la perniciosité de certains accès palustres,

M. R. d'ENGEL (Hongrie) a eu l'occasion d'observer des cas de *néphrite paludéenne* à la clinique de Kolozvar (Transylvanie). Les lésions néphrétiques ont été constatées surtout à la suite d'infections à *P. præcox*; glomérulo-néphrite aiguë typique; urines rares, contenant beaucoup d'albumine et souvent du sang déjà visible à l'œil nu, cylindres hyalins, granuleux, épithéliaux, renfermant parfois du pigment; œdèmes développés, hypertension artérielle marquée chez certains malades; bref, tableau clinique de la néphrite scarlatineuse. L'absorption de quinine guérissait immédiatement et complètement le paludisme et la néphrite. Cependant l'infection à *P. præcox* a produit aussi, dans certains cas, des lésions rénales chroniques irrémédiables; mais ces lésions chroniques se rencontrent surtout à la suite d'infections à *P. vivax* ou à *P. malariæ*. Il s'agit alors d'un paludisme évoluant depuis longtemps.

M. K.-E. SURBECK a observé assez fréquemment, parmi les populations malaises, javanaises et chinoises de Sumatra, certaines complications ou réactions rénales au cours du paludisme : *albuminurie fébrile simple*, légère et passagère, dans les accès aigus, liée surtout à l'hyperpyrexie; *réaction rénale* avec albuminurie plus marquée et cylindrurie dans le cas d'infections sévères à *P. falciparum;* néphrite aiguë, sèche ou peu œdémateuse, avec oligurie, hématurie discrète et faibles réactions cardio-vasculaires, fréquente chez adultes fortement infectés de *P. falciparum*, plus rare dans les cas de *P. vivax* ou de *P. malariæ* ou d'infection mixte, cédant facilement, en général, au traitement quinique; la *néphrite quarte des enfants et des adolescents*, subaiguë, parenchymateuse, hydropigène, à albuminurie massive provoquée par les infections graves à *P. malariæ* non traitées. Dans cette forme, le traitement quinique amène rapidement la régression des œdèmes et de l'albuminurie et la guérison, au moins apparente, du syndrome néphropathique.

MM. DUMOLARD, AUBRY, SARROUY, THIOBET et RIBÈRE (Alger) ont constamment trouvé une diminution des albumines totales du sang chez les paludéens d'Algérie. La diminution portait tant sur les sérines que sur les globulines, mais en général le taux des sérines était beaucoup plus diminué que celui des globulines. Ces constatations expli-

quent, peut-être, la rareté de la syphilis neuro-parenchymateuse chez les indigènes algériens. Elles montrent bien, en tout cas, qu'il est capital de distinguer le paludisme aigu du « paludisme viscéral chronique évolutif » du point de vue de leurs effets respectifs sur l'organisme.

MM. A. Lévi-Valensi et J. Montpellier (Alger), à l'examen histologique des organes de quelques malades morts d'accès pernicieux, ont été frappés de l'importance et de la distribution de l'infiltration pigmentaire, uniquement localisée aux éléments réticulo-endothéliaux des parenchymes viscéraux. Il y a là un véritable *blocage du système réticulo-endothélial* par le pigment paludéen qui ne doit pas être sans action sur la symptomatologie et sur la perniciosité des accès.

M. D.-A. Mazzolani (Tripoli d'Afrique) étudie les rapports du paludisme et de la tuberculose pulmonaire.

L'antagonisme entre les deux maladies, très controversé, représente un problème de biologie générale de grande importance dont l'étude mérite d'être poursuivie.

M. E. Tamalet (Toulouse) présente plusieurs observations de *diabète sucré* bénin, apparu au cours et après un certain nombre d'accès de paludisme. Il semble que le paludisme soit susceptible, au même titre que d'autres toxi-infections, de causer le diabète en déterminant des altérations fonctionnelles répétées de la glande hépatique. Des facteurs accessoires interviennent peut-être (stase hépatique, infection du foie surajoutée, atteinte discrète du pancréas, du système neuro-endocrinien ou d'un relais quelconque de l'appareil glyco-régulateur).

M. Tamalet a observé aussi, chez 8 à 9 p. 100 des sujets à passé paludéen, des accidents de lithiase biliaire, une véritable complication du paludisme. Cette cholélithiase dépend de l'association de facteurs pathologiques multiples : hémolyse et hémoglobinurie considérables provoquées par les accès, engorgement hépatique consécutif, stase biliaire, formation de calculs pigmentaires, modification progressive de l'état humoral avec hypercholestérinémie par insuffisance cholaligénique du foie. Lorsque toute cause d'impaludation a cessé, la lithiase biliaire ainsi créée peut évoluer pour son propre compte.

MM. M. Ciuta, L. Ballif et M. Vieru (Roumanie) communiquent les résultats de recherches sur l'*immunité dans le paludisme expérimental*. En Roumanie, pays d'endémie paludéenne de gravité moyenne, la proportion des sujets qui réagissent à l'inoculation de sang paludéen virulent est de : 53 p. 100 pour la tierce bénigne, 61 p. 100 pour la quarte et 80 p. 100 pour la tierce maligne. Plus de 93 p. 100 des sujets inoculés de tierce bénigne guérissent sans aucun traitement; la proportion de ces guérisons spontanées n'est que de 30 à 40 p. 100 quand il s'agit de quarte. Par des inoculations répétées de sang virulent de tierce bénigne, on confère l'immunité contre la même souche de *P. vivax* dans 100 p. 100 des cas; 67 p. 100 seulement des malades ainsi immunisés résistent à l'inoculation d'une souche de tierce bénigne différente. Les inoculations répétées de quarte confèrent la même résistance dans plus de 75 p. 100 des cas. Il n'y a pas d'immunité croisée entre la tierce bénigne, la quarte et la tierce maligne.

M. le professeur Costantini et M. Couniot (Alger) étudient successivement des points de vue clinique, pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique, les *rates paludéennes compliquées* (hématomes enkystés, ectopie et torsion, ruptures traumatiques de la rate), les *algies abdominales paludéennes* (formes appendiculaires, ou simulant la perforation gastrique, la cholécystite) qui témoignent de la prédilection du virus paludéen pour le sympathique et posent la question de l'existence des *artérites* et des *gangrènes palustres*, qu'ils n'ont jamais rencontrées.

MM. Duboucher et A. Manceaux passent en revue à la lumière de leur expérience personnelle : *a.* les complications du *paludisme* qui relèvent de la *chirurgie* : grosse rate mobile; coudure et torsion du pédicule splénique: rupture de la rate; *b*, certaines infections secondaires : noma buccal, infections digestives et biliaires, fausse appendicite paludéenne, angiocholécystite; *c*, les accidents de traitement : abcès dits quiniques, névrite sciatique; *d*. l'action du paludisme sur les maladies chirurgicales et les suites opératoires; *e*. le réveil du paludisme à l'occasion de traumatismes physiologiques : vaccination antigonococcique, avortement et accouchement, interventions chirurgicales.

M. le professeur A. Laffont et M. H. Fulconis (Alger) rapportent quelques observations de *paludisme congénital* recueillies à la maternité d'Alger. Les formes tierces prédominent dans ces observations. On n'a relevé aucune lésion histologique du placenta; la perméabilité placentaire n'est fonction ni de l'intensité du paludisme, ni de la déchéance physique de la mère, ni de sa contamination récente. Le paludisme de l'enfant peut être aigu, chronique ou latent. Il reproduit exactement, du point de vue parasitologique, le paludisme de la mère. L'absence d'hématozoaires chez le nouveau-né ne prouve pas qu'il n'est pas impaludé.

MM. A. Laffont et H. Jahier (Alger) communiquent les résultats d'une enquête faite à la maternité d'Alger, sur les rapports du *paludisme* avec la *puerpéralité*. L'état de grossesse réveille souvent le paludisme et le rend plus sévère; le paludisme détermine souvent l'interruption de la grossesse. Le poids du fœtus à terme est habituellement inférieur d'un cinquième à la normale. Le réveil des accès par l'accouchement s'observe dans 30 p. 100 des cas. Le traitement quinique n'a jamais provoqué l'avortement ou l'accouchement prématuré; il a, au contraire, arrêté maintes fois des hémorragies de la grossesse.

M. A.-P.-X. Henry (Constantine) expose le principe, la technique, la nature, le mécanisme, les résultats et les applications pratiques de la séro-floculation palustre (ferro-floculation et mélano-floculation).

La réaction est régulièrement positive chez les paludéens aux périodes primaire et secondaire et toujours négative chez les sujets normaux et chez les malades atteints d'affections diverses. On peut donc l'utiliser comme moyen de diagnostic du paludisme (surtout en dehors des poussées fébriles) et de contrôle de traitement, et comme index épidémiologique. La malaria-floculation attire l'attention sur les endogènes qui jouent probablement un rôle assez important en pathologie, et montre que l'action des *Plasmodium* s'exerce non seulement par leur corps et leur toxine, mais encore par les produits de déchet qu'ils déterminent dans l'organisme.

MM. B. Le Bourdelès et R. Liégeois (Paris) considèrent la *séro-floculation du paludisme* comme une réaction pleine d'intérêt, utilisable comme procédé auxiliaire de diagnostic, comme guide thérapeutique et comme index épidémiologique. Ils précisent, d'autre part, certains points de la technique de la mélano-floculation.

MM. Cartana Castella et J. Moliné (Espagne) ont appliqué la réaction de Henry (ferro et mélano-floculation) à divers sérums de paludéens. Les résultats obtenus confirment la valeur du procédé comme moyen auxiliaire de diagnostic dans les cas douteux.

M. A. Bonnet (Constantine) présente cinq observations de troubles nerveux (rhumatisme chronique et sciatique, douleurs névralgiques, crises gastriques tabétiformes, céphalée tenace) dont la vraie nature n'a été reconnue que grâce à la séroflocnlation de Henry, positive, et qui ont cédé rapidement au traitement quinine.

M. B. Le Bourdelès (Paris) estime que le paludisme s'accompagne d'un état humoral très particulier, révélé par la sérofloculation, et qui joue un rôle dans la *pathogénie* de la maladie. L'hématie parasitée paraît devoir être considérée

comme un « complexe antigénique-endogénique » où la propriété de former des anticorps appartient non seulement à l'hématozoaire même, mais encore aux produits élaborés par le parasite aux dépens de l'hématie. Les sérums des paludéens sont hyperfloculables; le fait paraît conditionner les manifestations fébriles de la maladie et les polyscléroses du paludisme chronique, conséquences de l'hypersensibilité de l'impaludé à l'égard des produits de désintégration globulaire qui imprègnent les parenchymes viscéraux. On est ainsi amené à une conception « allergique » de l'infection palustre, « maladie d'immunité antigénique et d'hypersensibilité endogénique ».

M. F. Le Chutton (Tunisie) a observé une réaction de Meinicke positive chez les paludéens non syphilitiques. Dans ces cas, la réaction n'a de valeur, pour la recherche de la syphilis, que si on la pratique deux mois et demi à trois mois après les accès palustres. La fréquence des fausses positivités décroît sous l'influence du traitement quinique; cette décroissance peut devenir un élément de pronostic de l'infection palustre.

M. le professeur A. Marie (Paris), après avoir décrit la technique de la *malarisation*, résume les résultats que cette thérapeutique a donnés, à Sainte-Anne, chez les paralytiques généraux : sur 123 malades, on a observé 58 rémissions nettes et persistantes. C'est un devoir aujourd'hui, dit-il, de traiter la paralysie générale par la malarisation, et de remalariser les malades dont la rémission a été incomplète ou insuffisante.

Discussion

Les conclusions de M. Rieux sur la guérison du paludisme approuvées par MM. Swellengrebel (Hollande), Soulié (Alger), Missiroli (Italie), et Morin (Indochine) — au moins pour la généralité des cas, — sont discutées par MM. Henry (Constantine) Aubry et Dumolard (Alger) et Garin (Lyon).

D'après M. Henry, la disparition de l'hématozoaire du sang périphérique n'est pas suffisante pour qu'on puisse affirmer la guérison, étant donné que la méthode de sérofloculation permet de déceler la maladie lorsque l'examen du sang est négatif.

MM. Aubry, Dumolard et Garin critiquent les idées de Rieux du point de vue clinique et résument les observations qui les ont amenés à la notion d'un paludisme chronique, pour eux incontestable.

M. Pontano (Italie) reste partisan de la théorie de Marchiafava sur la pathogénie de l'accès pernicieux : l'envahissement du système réticulo-endothélial par le pigment est un processus d'élimination.

M. Dumolard (Alger) confirme, dans leur ensemble, les observations de M. Benhamou sur le cœur des paludéens. L'efficacité de la quinine dans les cas de névrite survenant au cours du paludisme est également confirmée par M. Soulié (Alger).

D'après M. Aubry (Alger), les lésions rénales des paludéens, facilement curables au début, peuvent se compliquer peu à peu et devenir chroniques.

M. Ziemann (Berlin) n'a pas observé de résistance particulière à la tuberculose chez les populations de l'Ouest africain où le paludisme est intense.

M. Rodhain (Belgique) signale que la lithiase biliaire est très rare chez les paludéens du Congo belge. Il pense que la fréquence avec laquelle M. Tamalet a vu cette complication tient peut-être au fait que ses malades étaient des paludéens venus à Vichy pour y faire soigner des affections hépatiques.

M. Ziemann pense que, en Afrique, il existe un rapport entre la rareté des complications biliaires et le petit nombre d'infections typhiques.

M. Soulié (Alger) et M. Ziemann (Berlin) citent des observations d' « algies abdominales paludéennes ». M. Ziemann attribue un rôle pathogénique à l'accumulation des parasites dans les capillaires sanguins; toutefois, il admet, également, l'explication de MM. Costantini et Couniot (rôle du sympathique).

M. Aubry (Alger) a observé un syndrome de Raynaud d'origine paludéenne. Il rappelle, en outre, que la douleur du plexus solaire est pour ainsi dire pathognomonique de l'accès aigu de paludisme.

Au Congo, M. Rodhain a trouvé un pourcentage de paludisme congénital beaucoup plus faible que celui indiqué par MM. Laffont et Fulconis.

M. Ziemann n'est pas convaincu du passage du parasite par le placenta.

(*A suivre.*) L. P. et A. C.

REVUE DES THÈSES

Modifications de quelques éléments minéraux du lait sous l'influence de la chaleur (1), par Mme Paule Desoille-Merlhes.

La pathologie s'oriente de plus en plus vers l'étude des troubles de l'équilibre physico-chimique humoral et tissulaire. En stérilisant le lait destiné aux enfants ne détruit-on pas un équilibre nécessaire à son assimilation? Après avoir analysé longuement les travaux originaux parus antérieurement sur ce sujet, l'auteur a cherché quelles étaient les variations du Ca et du P et des protéines sous l'action de la chaleur. Des méthodes très précises de dosage, trop rarement employées permettent à l'auteur de constater l'influence du chauffage sur la réaction du lait et la proportion de Ca et de P diffusibles, c'est-à-dire augmentation de l'acidité du lait dans le même sens que l'augmentation de température et de temps de chauffe. Augmentation du taux des sels de Ca et de P ultrafiltrables avec la température jusqu'à 100°; à une température supérieure et sous pression abaissement de ce taux; abaissement qui peut aller au-dessous du taux contenu dans le lait cru.

Cependant, en valeur absolue, ces variations ne paraissent pas suffisantes pour expliquer des troubles d'assimilation. Quant aux protéines, elles sont peu touchées par le chauffage, encore ne serait-ce qu'à la température d'ébullition.

L. Babonneix.

Etat actuel de la vaccinothérapie staphylococcique. Importance des produits solubles microbiens (2), par le docteur L. G. Leblanc.

L'auteur préconise la vaccinothérapie dans les infections à staphylocoques.

La méthode de Wright est selon lui un mode thérapeutique de haute valeur, mais qui cependant, dans certains cas rebelles, peut être insuffisant.

L'auteur attribue ces échecs aux modes de préparation des vaccins qui sont le plus souvent composés de microbes issus de souches dont les valeurs toxigènes et antigéniques n'ont pas été suffisamment contrôlées.

Le staphylocoque réalise dans certains cas de véritables toxémies car ses produits solubles agissent comme des toxines irritantes, nécrosantes, parfois mortelles, toujours sensibilisantes.

En conséquence, un bon vaccin staphylococcique doit ren-

(1) *Thèse de Paris.* — Paris, 1929, librairie Le François.
(2) *Th. de Paris*, 1930. — Paris, Le François.

fermer dans tous les cas une *anatoxine spécifique, antigénique et bien tolérée.*

La toxine staphylococcique connue de tous les cliniciens a été nettement mise en évidence par de nombreux biologistes et plus particulièrement par Rodet et Courmont, Nicolle et Césary, Jaubert et Goy.

De plus, l'adjonction à un vaccin de lysats microbiens ne peut que parfaire sa formule antigénique, car dans ces divers produits on trouve tous les termes de la désintégration microbienne.

L'expérimentation de l'auteur a été faite avec les différents stocks vaccins les plus usuels, et il ressort de ses statistiques que le staphylagone, vaccin de Jaubert et Goy, est plus actif que les autres préparations. L. G.

La Fonction de résorption des plexus choroïdes et l'origine du liquide céphalo-rachidien (1), par le docteur Jean Girard.

« Les plexus choroïdes ne sont ni des organes sécréteurs, ni des organes spécifiquement producteurs du liquide céphalo-rachidien. Leurs fonctions sont d'un autre ordre.

Ils nous offrent deux parties à considérer, un axe conjonctivo-vasculaire et un épithélium.

1° Le tissu de soutien est caractérisé par la présence de nombreux vaisseaux sanguins, entourés d'un riche réseau nerveux dont les terminaisons se font dans les cellules épithéliales [Junet (144)]. Il n'est pas possible de dénier aux capillaires plexuels les propriétés générales que nous reconnaissons aux capillaires du tissu nerveux et de la pie-mère. Nous admettons donc que ces capillaires peuvent produire ou résorber le liquide ventriculaire, selon la tension osmotique et la pression hydraulique des deux liquides en présence de chaque côté de l'endothélium vasculaire. Les expériences de Foley sont en faveur de ce mécanisme reversible. Les plexus auraient ainsi une fonction banale, commune à tous les capillaires du tissu nerveux. Pourtant leur présence au niveau des orifices de communication intracérébraux, le développement relativement considérable de leur appareil vasculaire et nerveux leur donnent vraisemblablement une importance spéciale, comme le pense Bard, dans la régulation de la tension du liquide céphalo-rachidien.

2° L'épithélium est doué d'un pouvoir électif de résorption. Nos constatations expérimentales et anatomo-cliniques, en accord avec les hypothèses de Loeper, de Sicard, d'Askanazy, les expériences de Cestan et de ses élèves, de Klestadt et des auteurs américains, avec les constatations anatomo-pathologiques de Wullenweber et d'Hassin, le démontrent. Cette propriété qui lui est commune avec l'épithélium épendymaire assure l'épuration du liquide ventriculaire déversé par les canaux péricellulaires et rempli des produits de déchet du métabolisme des cellules nerveuses.

Les plexus ont donc un double rôle à remplir : maintenir constante la tension intracranienne, assurer l'intégrité du milieu nutritif du système nerveux central.

Nous conclurons donc que la fonction de résorption qui a fait l'objet de notre travail inaugural est double. L'*une*, banale, soumise à des circonstances éminemment variables, est la résorption capillaire. L'*autre*, spécifique, constante, est la résorption épithéliale. C'est elle qui est la fonction caractéristique des plexus choroïdes.

Nous pensons aussi que leur rôle dans l'hydrocéphalie peut être envisagé tout différemment de celui qu'il est classique de leur attribuer. Parmi les causes pathogéniques de la

(1) *Th. de Nancy*, 1929.

dilatation ventriculaire, nous croyons qu'il faut faire une place à la perte de la fonction de résorption des plexus choroïdes. » L. G.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS CÉRÉBRALES[1]

4° **Tumeurs à symptomatologie cérébelleuse.** — Toute une catégorie de tumeurs rentrent dans ce cadre, dont les plus intéressantes sont les *tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux* et les *tumeurs du cervelet.*

a. *Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.* — Ce sont classiquement des gliomes extirpables de l'acoustique. Leur symptomatologie, très variable au début, réalise typiquement l'atteinte de deux ou plusieurs paires craniennes : la VIIIe, la VIIe sont prises très souvent, la VIe parfois, plus rarement IIIe ou IVe. Il s'y ajoute une hémiparésie pyramidale croisée et une hémiplégie cérébelleuse homolatérale. Le syndrome ainsi réalisé est très caractéristique, malheureusement il est souvent dissocié.

Ces tumeurs sont d'abord chirurgical, relativement aisé ; elles sont très améliorables, à condition qu'il ne s'agisse pas de gliome infiltrant.

b. Les *tumeurs du cervelet* proprement dites sont d'évolution rapide : hypertension marquée, syndrome cérébelleux manifeste et au complet.

Lorsque le vermis médian est atteint on peut observer une paralysie uni ou bilatérale du VIe, et parfois du nystagmus.

Mais là comme pour le lobe temporo-pariétal la proportion des *tumeurs muettes* est importante.

Évolution. — Laissée à elle-même, toute tumeur cérébrale aboutit au coma terminal en un temps variable suivant le siège et la nature de la tumeur.

Cependant, grâce à la radiothérapie et à la neurochirurgie on améliore beaucoup le pronostic. Une simple trépanation décompressive prolonge les malades de plusieurs mois, et on peut espérer qu'avec les progrès de la technique le nombre des interventions curatives augmentera notablement.

DIAGNOSTIC

1. **Diagnostic du syndrome d'hypertension intracranienne.** — La diversité et la complexité des syndromes qu'on peut observer peuvent être à la base de nombreuses erreurs. On pourrait discuter, soit une *encéphalite léthargique*, soit une *syphilis cérébrale.* Et nous savons que la positivité du Wassermann n'est qu'une cause d'erreur de plus.

La persistance et la ténacité de la céphalée tumorale, des vertiges, des crises convulsives, des troubles moteurs devront donc faire penser à la tumeur cérébrale et rechercher systématiquement les signes cardinaux de l'hypertension intracranienne (*stase papillaire, données de la ponction lombaire*).

2. **En présence d'une hypertension reconnue** il faut encore éliminer certaines causes accessoires d'hypertension : penser aux *méningites chroniques de la base*, à une *épendymite* syphilitique, à une *méningite séreuse*, à une *pachyméningite hémorragique.*

Mais le diagnostic le plus important est celui d'ABCÈS DU CERVEAU : même symptomatologie compressive, sans signes localisateurs, car il siège le plus souvent dans la région temporo-sphénoïdale, *zone muette.* Mais des *signes infectieux* s'y surajoutent : courbe thermique subfébrile, irrégulière; polynucléose sanguine; *amaigrissement massif* et rapide; et enfin notion d'une *otorrhée chronique.*

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

Nous en avons vu les éléments principaux; données cliniques : parésies périphériques ou des paires craniennes; données ophtalmologiques : paralysies oculaires ou stase unilatérale.

Mais toutes ces données sont de valeur inconstante et d'interprétation délicate surtout lorsque coexiste une hypertension nette, celle-ci pouvant à elle seule créer un faux syndrome topographique.

La radiographie et surtout l'encéphalographie peuvent donc être d'un grand secours. Enfin ce n'est parfois qu'une trépanation décompressive et exploratrice qui permettra d'être fixé.

Quant à la *nature de la tumeur* on en est réduit le plus souvent à des hypothèses.

La radiographie permet de reconnaître une tumeur osseuse, un méningiome; on ne peut que soupçonner les autres : tuberculome chez l'enfant, gliome infiltrant chez l'adulte. Les gliomes fibrillaires énucléables sont malheureusement moins fréquents.

Citons encore les sarcomes et fibro-sarcomes, développés aux dépens des enveloppes, le cholestéatome (cervelet), les kystes parasitaires, les anévrismes, et enfin les métastases néoplasiques qui sont des raretés. La gomme spécifique est exceptionnelle.

TRAITEMENT

Jusqu'à ces dernières années on se contentait dans la plupart des cas de décomprimer par une trépanation uni ou bilatérale. On n'attaquait que les tumeurs très exposées (zone de Rolando, angle ponto-cérébelleux). Actuellement, grâce à la *précision plus grande du diagnostic* et grâce aux progrès techniques, les indications de l'intervention chirurgicale se sont considérablement élargies.

Les résultats ont été améliorés par une préparation soigneuse du malade. L'anesthésie régionale, la surveillance du pouls, de la respiration, de la tension artérielle, en cours d'intervention, la lenteur et la minutie des manœuvres ont permis de diminuer les accidents (choc, hémorragies).

La limitation de certaines tumeurs permet une ablation totale ; lorsque la tumeur est infiltrée, on l'évide par curettage; enfin, certains auteurs n'hésitent pas dans ces cas à réséquer en plein tissu sain.

La radiothérapie est un adjuvant précieux dans les cas inopérables ou incomplètement extirpés. Elle est très active sur certaines tumeurs jeunes rapidement évolutives (gliomes infiltrants).

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, nos 47 et 49.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Vente étude Me Thibierge, notaire à Paris, 9, rue d'Astorg, le mardi 8 juillet, à 11 heures,

OFFICINE DE PHARMACIEN

exploitée à ASNIÈRES, avenue d'Argenteuil, 8, et rue de Nanterre, 62. Mise à prix : 25.000 fr. *pouvant être baissée.* Consign. pr ench. 5.000 fr. S'adresser audit Me Thibierge, notaire dépositaire du cahier des charges.

A adjuger étude Me Courcier, notaire à Paris, 17, rue de Presbourg, 4 juillet, à 14 h. 30,

Clinique médico-chirurgicale

A PARIS, RUE DE L'AQUEDUC, 84,
Mise à prix : 15.000 fr. S'adresser au notaire.

N° 52. — SAMEDI 28 JUIN 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 28 JUIN 1930. — N° 52.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — *Anatomie.* — Séance du 25 juin. — Question donnée : « Muscle releveur de l'anus chez la femme (sans la physiologie). »

Questions restées dans l'urne : « Nerf médian à partir du pli du coude inclus (avec la physiologie sans histologie). » — « Rapports de la trachée. »

Pathologie médicale. — Séance du 26 juin. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des accidents pleuro-pulmonaires de l'insuffisance cardiaque. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes, diagnostic et évolution des pneumonies tuberculeuses. » — « Symptômes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Liste des candidats reçus aux épreuves de l'agrégation des facultés de médecine à la suite des concours du second degré ouverts en 1930 :

Anatomie. — MM. Thomas, 19 + 18 + 18 = 55 ; Laux, 18 + 17 + 17 = 52 ; Dufour, 16 + 14 + 18 = 48.

Histoire naturelle médicale et parasitologie. — M. Morénas, 19 + 18 + 18 = 55.

Physiologie. — M. Kayser, 18 + 18 + 16 = 52.

Chimie médicale. — MM. Roche, 18,5 + 20 + 12,5 = 51 ; Cristol, 16 + 19,5 + 13,5 = 49 ; Chambon, 18,5 + 15 + 14 = 47,5 ; Giberton, 16 + 18,5 + 11 = 45,5.

Physique médicale. — MM. Reiss, 16 + 17 + 15,5 = 48,5 ; Bugnard, 17 + 18 + 13 = 48.

Médecine générale. — MM. Delmas-Marsalet, 19 + 20 + 19 = 58 ; Abel, 19 + 20 + 18 = 57 ; Sandrail, 20 + 20 + 17 = 57 ; Drouet, 19 + 19 + 19 = 57 ; Sorel, 19 + 18 + 17 = 54 ; Janbon, 18 + 18 + 17 = 53.

Anatomie pathologique. — MM. Huguenin, 19 + 19 + 19 = 57 ; Grandclaude, 18 + 18 + 19 = 55.

Médecine légale. — M. Simonin, 19 + 19 + 16 = 54.

Chirurgie générale. — MM. Guilleminet, 19 + 18 + 19 = 56 ; Piquet, 17 + 16 + 16 = 49 ; Guillemin, 18 + 15 + 16 = 49.

Urologie. — M. Cibert, 16 + 18 + 18 = 52.

Obstétrique. — MM. Eparvier, 19 + 19 + 19 = 57 ; Kreiss, 18 + 19 + 19 = 56.

Histoire naturelle pharmaceutique. — M. Martin, 19 + 18 + 18 = 55.

Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — MM. Brustier, 20 + 17,5 + 18 = 55,5 ; Vitte, 12 + 12 + 19 = 49.

— CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — Par arrêté du 20 juin 1930, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le samedi 12 juillet 1930.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 5 juillet, à 16 h.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — Sont admis à concourir :

A. *Régime d'études de 1893-1899.* — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures, de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le deuxième examen probatoire;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » le troisième examen probatoire.

B. *Régime d'études de 1911-1912.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. *Régime fixé par le décret du 10 septembre 1924.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. *Régime d'études de 1893-1899 et de 1911-1912.* — Etudiants à 4 inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. *Régime d'études de 1924.* — Etudiants à 4 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie; *b.* une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition de physiologie; *b.* une composition de physique et de chimie biologiques, comportant :

1° Une question de physique biologique (une heure);

2° Une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie pathologique; *b.* une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine générale; *b.* une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir, sans concours, une bourse de doctorat en médecine de 1re année les candidats qui justifient :

Soit de la note 75 à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle) et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : 2 « bien » ou 1 « bien » et 1 « assez bien »;

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

— PARIS. — L'emploi d'agrégé de pharmacologie et l'emploi d'agrégé de chimie sont déclarés vacants.

— BORDEAUX. — Après concours, M. R. Mahon a été nommé chef de clinique obstétricale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine d'Amiens s'ouvrira le mardi 16 décembre 1930 devant la Faculté de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Paucot (de Lille).

GUERRE. — M. le médecin colonel Langlois est nommé au grade de médecin général, en remplacement de M. le médecin général Vidal, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Picqué (G.-H.-J.-B.) est nommé médecin général dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

— M. le médecin colonel Louis est nommé médecin général et admis à la retraite.

— M. le médecin général Rambaud est nommé directeur du Service de santé de la 5e région à Orléans, en remplacement du médecin général Uzac, placé dans la position de disponibilité.

ASILES D'ALIÉNÉS. — L'emploi de médecin directeur de l'asile d'aliénés de Lorquin (Moselle) est vacant par suite du départ de M. le docteur Fromenty.

— L'emploi de médecin chef de l'asile autonome d'aliénés de Cadillac est vacant par suite du départ de M. le docteur Ducos.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Lommelet (Nord), par suite du décès du titulaire.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu fin juillet pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé de dispensaires dans le département du Pas-de-Calais (Calais et Saint-Omer).

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type du Comité national.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bayonne.

Le traitement alloué est de 7.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de titres, justifications ou références. (*J. O.*, 22 juin 1930.)

(*Voir la suite, p. 937.*)

INFORMATIONS

(SUITE)

LES AMÉRICAINS DU NORD VISITANT NOS STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES FRANÇAISES. — LA RÉCEPTION A LUCHON. — Les médecins américains du Nord et canadiens venant de Biarritz, Dax et Cauterets, se sont arrêtés deux jours à Luchon au cours du voyage d'études et de propagande organisé par l'Office national du tourisme.

A Luchon, sur le quai de la gare, le docteur Germès, maire de la ville, entouré d'une importante délégation de la municipalité, du Corps médical, de la Compagnie fermière et de la presse régionale, souhaita la bienvenue au professeur et à Mme Sturgis qui président le voyage. Présentations faites, un cortège de quarante voitures, précédé du traditionnel peloton des guides luchonnais à cheval et en costume du pays, parcourut toute la cité thermale. Le soir, eut lieu au Pyrénées Palace, un dîner de deux cents couverts, au cours duquel M. Germès, maire; MM. Sturgis, Bescou prononcèrent des toasts chaleureux.

Le lendemain, réception à l'Etablissement thermal. Puis eut lieu la visite du radio-vaporarium sulfuré, gigantesque étuve de près de 800 mètres de long où la température, la sulfuration, la radioactivité varient suivant le jeu naturel des sources et des roches.

L'ascension de Superbagnères, la visite de l'hôtel climatique de la Compagnie des chemins de fer du Midi, terminèrent la visite.

En quittant Luchon, les médecins américains du Nord se sont rendus à Vichy. Au cours de leur visite à la reine des stations thermales ils ont particulièrement admiré le nouvel embouteillage automatique qui, à Vichy-Etat comme à Evian et à Vals-Saint-Jean, a été récemment mis au point d'une façon si remarquable. Puis le voyage a continué par Aix-les-Bains, Brides, Evian, Vittel, etc.

Il faut attribuer un haut prix à ces visites, véritables leçons de choses, seule réplique possible à la lutte entreprise par certains étrangers contre nos stations françaises. Américains et Canadiens sont dès maintenant armés pour répondre.

LE XXIIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES aura lieu du 1er au 13 septembre, sous la direction du docteur Maurice Villaret, professeur d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques à la Faculté de médecine de Paris, du docteur Santenoise, professeur d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques à la Faculté de médecine de Nancy, et du docteur Paul Blum, chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il se déroulera à travers les stations hydrominérales et climatiques de l'Alsace, du Jura et des Vosges.

Le prix du voyage sera de 1.100 fr., comportant la totalité des frais de Nancy (concentration) à Vittel (dislocation).

Inscription auprès de Mlle Machuré, secrétaire des V. E. M., Chambre syndicale des Eaux minérales, 21, rue de Londres, Paris (IXe).

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION COLONIALE. — La Commission d'hygiène de l'Exposition coloniale, présidée par le médecin inspecteur général Lasnet s'est réunie la semaine dernière au Grand Palais.

Elle a constitué cinq sous-commissions chargées de l'étude des différentes catégories de questions qui ont été placées dans ses attributions :

1° Organisation du service médical des visiteurs et du personnel indigène des différentes possessions;

2° Présentation de l'effort sanitaire colonial et aménagement du pavillon de synthèse;

3° Service de santé des forces d'outre-mer;

4° Coordination des services sanitaires dans les pavillons des différentes colonies;

5° Congrès médicaux.

LE BUSTE DU DOCTEUR CAPITAN. — On a inauguré la semaine dernière, aux arènes de Lutèce, le buste du docteur Capitan, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de médecine et ancien président de la Commission du Vieux Paris.

A LA MÉMOIRE DE PIERRE BUDIN. — Une plaque a été inaugurée à l'hôpital de la Charité, en souvenir de la première consultation de nourrissons fondée à cet hôpital par Pierre Budin.

Cette inauguration a été suivie d'une séance solennelle à la Sorbonne, sous la présidence de M. Strauss, ancien ministre de l'Hygiène.

Des discours ont été prononcés par MM. Devraigne, Lereboullet, par des délégués étrangers et par M. Paul Strauss.

CITÉ UNIVERSITAIRE. — Le Pérou vient de décider la fondation d'un immeuble de 100 chambres, évalué à 6 millions, qui portera le nom de fondation péruvienne Leguia.

LES EAUX MINÉRALES ARTIFICIELLES. — Le *Journal officiel* du 24 juin publie un arrêté réglementant l'entrée en France des eaux minérales artificielles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Adolphe Laffitte, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 68 ans; Henri Lorain (de Paris), Jean de Moor (de Bruxelles), Paul Girard (de Mens, Isère), J. Noé et Paul Traverse (de Paris), Henri Rousseau (de Roubaix), Marcel Norero, ancien interne des hôpitaux de Paris; Henri Rousseau (de Roubaix), Emile Mainguy (de Bourg-la-Reine).

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — *Erratum.* — Rectificatif au *Journal officiel* du 12 juin 1930 : p. 6447, au début et à la fin de cette citation lire : « Conseil », au lieu de « Cousin ». (*J. O.*, 24 juin 1930.)

Prière de faire la même rectification dans la *Gazette des hôpitaux* du 14 juin.

CHRONIQUE

LE SALON DES MÉDECINS.

Le XIe Salon des médecins, organisé comme les années précédentes par notre excellent confrère Paul Rabier, vient de remporter son succès habituel.

Dans le cadre charmant créé, pour le Cercle de la Librairie par l'illustre architecte Charles Garnier, 140 exposants, médecins ou parents de médecins, ont exposé un grand nombre d'envois particulièrement intéressants.

Un attrait nouveau a été ajouté cette année par Paul Rabier : il a invité les humoristes à prendre part à l'exposition.

Dès l'entrée, on trouve dans la rotonde Barrère et ses croquis médicaux de guerre, Lucien Jonas et Léandre avec des envois fort remarquables, Georges Villa, enfin, dont les croquis sont si amusants.

En parcourant l'exposition des médecins, on constate que tous les grands habitués ont été fidèles. Voici d'abord la belle médaille exposée par M. le professeur Hayem, puis les bois de Maurice Rollet et ses belles eaux-fortes; le buste colonial de Dehérain et la belle médaille qu'il a faite de Delagénière. A côté, Les fleurs de Mme Auvergniot; nous trouvons ensuite Etienne Escat qui a envoyé de délicieuses aquarelles. Elles nous font regretter de ne pas habiter son « Patelin ». Mme Zicca expose trois toiles très vibrantes dont une vue des Martigues tout à fait remarquable. M. Raymondaud (de Limoges) aime

aussi les Martigues et il en rend bien toute la lumière. M. Louis Livet expose de très beaux portraits, en particulier celui très remarquable du docteur Rabier.

Il nous faudrait encore citer les œuvres de Janet, d'Oberthür, de Mmes Lévy-Engelmann et Routchine-Vitry; les délicieux paysages de Jean Hallé, de Rendu, de Fraikin, de Salas Girardier; les envois de Mme Amatchi, les toiles exotiques du docteur Le Bec, les paysages de Tahiti de Mme Thoinot, les études de Mlle Busquet, les souvenirs d'Orion du professeur Marcel Labbé, peintre toujours délicat et charmant.

Nous voudrions encore signaler de nombreux et excellents envois, mais il faut nous limiter. Terminons en louant sans réserve le buste dû au docteur Sabouraud, et les envois de Villandre, dont le « Chat rêveur » est une œuvre exquise.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 30 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Baudouin, Clerc et Olivier. — M. Le Maire. Tension artérielle et diabète. — M. Barbé. Hémorragies intestinales au cours de la pneumonie chez l'enfant et chez l'adulte. — M. Vialard. Les troubles du rythme cardiaque dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. — M. Déjeant. La vie et l'œuvre de Bouillaud. — M. Saraudy. Le typhus exanthématique et le rôle du pou dans l'histoire.

Jury : MM. Legueu, président; Couvelaire, Mauclaire et Portes. — M. Dreyfus. Notes cliniques sur le cranio-tabes du nourrisson. — M. Munié. Etude de l'influence de la gestation sur l'évolution des tuberculoses ostéo-articulaires, ganglionnaires et cutanées. — M. Charpentier. Sur quelques cas d'hypernéphromes. — M. Breton. Les hématuries spontanées dans les rétrécissements de l'urètre. — M. A. Brault. Les suppurations prostatiques à staphylocoques. — M. Pétrignani. Etude de la maladie de Pellegrini-Stieda.

Mardi 1er juillet. — Jury : MM. Carnot, président; Claude, Lereboullet et Heitz-Boyer. — Mlle Cauvet. La physiothérapie en esthétique. — Mlle Desbrousses. La dyspepsie du lait de femme. — M. Feinberg-David. Etude de la psittacose. — M. Hémon. Diarrhée et subocclusion dans certains états abdominaux aigus. — M. Leuba. Actions dynamiques du psychisme sur le physique. — M. Tessier. Considérations médico-légales sur la délinquence des bradyphréniques post-encéphalitiques. — M. Detchepare. Etude des vitamines, leurs applications à la clinique infantile. — M. Gesta. A propos d'un cas de méningite lymphocytaire bénigne. — M. Nigay-Petibon. Recherches sur la coagulabilité du sang du nourrisson au cours des infections thrombosantes. — M. Charpentier. Etude des kystes congénitaux de la base de la langue chez le nouveau-né.

Jury : MM. Jeannin, président; Lejars, Lenormant et Terrien. — M. Benoist-Gironière. Etude de l'opération césarienne suprasymphysaire. — M. Bidoire. Thrombophlébites ilio-pelviennes d'origine puerpérale. — M. Montfort. Etude de la grossesse dans l'utérus double. — M. J. Chauvet. Vue d'ensemble sur les nouvelles méthodes de diagnostic des tumeurs cérébrales. — M. Tassaly. Un cas d'abcès amibien du foie traité par injections d'émétine dans la poche. — M. Cros. Etude des fractures isolées du scaphoïde carpien. — M. Lyonnet. Collapsus chirurgical du sommet dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Deslandres. Etude de la maladie de Mikulicz.

Mercredi 2 juillet. — Jury : MM. Hartmann, président; Gosset, Sebileau et Ombrédanne. — M. Funck-Brentano. Les pseudarthroses du col du fémur. — M. Gauthier. Etude des sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum. — Mlle Glotz. Evolution radiologique de la scoliose congénitale par hémivertèbre. — M. Cohen-Bacrie. Etude des éviscérations spontanées postopératoires chez l'adulte. — M. H. Lambert. Invagination intestinale aiguë. Formes cliniques chez l'adulte. — M. Perdu. Les ostéosynthèses par enchevillement transcutané. — M. Lefranc. Quelques points de technique de la diathermo-coagulation du pôle supérieur de l'amygdale palatine. — M. Mazarakis-Spiridion. L'amygdalectomie par décollement chez l'enfant.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Tanon, Panisset, Vergé, Coquot et Robin. — M. Néant. Différentes méthodes bactériologiques en vue du diagnostic du charbon bactéridien. — M. Laroque. Lymphangite épizootique en Algérie. — M. Muller. Quelques cas de typho-anémie observés dans une clientèle du département de la Moselle.

Jeudi 3 juillet. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Nobécourt et Chevallier. — M. Glugk. Les contre-indications du traitement des varices par les injections sclérosantes. — M. Chaton. Action thérapeutique du sulfate de strychnine chez les alcooliques (alcoolisme cérébral). — M. Bruneval. Syphilis et endocardites infectieuses. — M. J. Muller. Etude de la médication diurétique. — M. Rosemblum. Principes de la chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire. — M. Lesegretain. Etude du traitement des affections broncho-pulmonaires du vieillard par l'urotropine. — M. Brimont. Etude du traitement de la fièvre de Malte par la chimiothérapie acridinique. — M. Papafotis. De la part jouée dans la pathogénie d'œdème aigu du poumon par les troubles vago-sympathiques.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Brindeau, Brumpt, Rathery, Lesbouyries, Robin, Henry et Nicolas. — M. Ben-Joseph. Création et données statistiques sur le développement de la Société mutuelle d'assurances du bétail de Palestine. — M. Ugueu. Anesthésie extradurale en obstétrique vétérinaire. — M. Desaint. La bylicostomase larvaire et son traitement. — M. Zenglein. Variations pathologiques de la bilirubinémie chez le cheval.

Vendredi 4 juillet. — Jury : MM. Lemierre, président; Loeper, Busquet et Lemaître. — M. Bonnahon. Etude bactériologique des suppurations auriculaires à microbes pyogènes aérobies. — Mlle Laurent. Etude de la syphilis héréditaire au delà de la première génération. — M. Bhageerutty. Formes curables de la méningite à pneumocoques. — M. Gignoux. Accidents locaux provoqués par le camphre et ses dérivés.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sebileau, président; Lesbouyries, Robin, Bresson et Coquot. — M. Colson. Coryza gangréneux des bovidés. — M. Savary. Technique des injections intratrachéales en thérapeutique vétérinaire. — M. Guérin. Soins hygiéniques de la bouche et de la dentition chez les petits animaux.

Samedi 5 juillet. — Jury : MM. Brindeau, président; Gougerot, Roussy et Tanon. — M. Vinot. La césarienne dans la présentation de l'épaule. — M. Aristoff. Etude des syphilis arséno-résistantes. — M. Maillasson. Le cancer aigu du goudron. Etude anatomo-pathologique expérimentale. — M. Basset. Essai de bactériologie dans la chancrelle. — Mme Hyronimus-Columbu. Sur la réaction de Desmoulières chez l'enfant et du dépistage de l'hérédo-syphilis. — Mlle Rosenbaum. Action du traitement antisyphilitique sur les troubles digestifs dans la première enfance. — M. Taquet. Etude du traitement prophylactique de la syphilis. — M. Barazer. Etude du traitement du cancer du col de l'utérus (251 cas). — M. Lancelot. La loi de similitude. — Mlle Domela. Etude sur les régimes lactés restreints en diététique infantile. — Mlle Legros. La médecine scolaire. — M. Tesnière. La lutte contre les rats. Sélection du chat ratier.


Pas d'accoutumance-Agit vite-Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES-ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour

XVe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paais, 26 et 27 mai 1930 (1).

LA MORT SUBITE MÉDICO-LÉGALE (2)

(Deuxième partie)

Rapporteurs : MM. Héger-Gilbert (de Bruxelles),
Laignel-Lavastine (de Paris),
et de Laet (de Bruxelles).

I. Obstétrique. — La mort peut survenir brusquement *pendant la grossesse* à l'occasion de troubles très divers.

Un simple *traumatisme* des parois abdominales, dans la région sous-ombilicale, peut rarement en être la cause. Un trauma involontaire, même léger, des voies génitales (toucher brutal, injection vaginale intempestive), surtout au début de la gestation, peut provoquer la mort instantanée.

Les *traumatismes criminels* surtout sont responsables d'un grand nombre de morts subites. A côté des cas où l'autopsie montre des lésions importantes, il en est d'autres où celles-ci sont insuffisantes pour expliquer la mort. L'hypothèse pathogénique, si souvent invoquée dans ces cas, de l'*inhibition nerveuse* peut être basée d'une part sur l'état de susceptibilité nerveuse particulière résultant pour la femme des émotions de l'avortement criminel et, d'autre part, sur l'innervation particulièrement riche du petit bassin chez la femme (ganglions de Frankenhauser, plexus d'origine sympathique et parasympathique). Le mécanisme du décès par *embolie gazeuse* peut être aussi fréquemment mis en cause, au cours des manœuvres abortives, comme au cours d'interventions obstétricales faites à terme et parfaitement légitimes.

Les *accidents gravido-cardiaques* entraînent rarement la mort rapide par crise d'asystolie aiguë, d'œdème aigu des poumons ou par embolies cérébrales ou pulmonaires.

Les *hémorragies* cataclysmiques de la grossesse, en général par insertion basse du placenta, ne déterminent pas la mort subite proprement dite, mais des accidents mortels rapides et imprévus qui rendent souvent une expertise médico-légale indispensable.

La *toxémie gravidique,* l'éclampsie peut entraîner la mort très rapide par hémorragie cérébrale ou méningée, due à l'hypertension.

Enfin diverses autres causes (grippe, tuberculose, goitre) ont pu être invoquées dans des cas de décès subit pendant la grossesse.

Pendant le travail, la mort subite est plus fréquente et résulte surtout d'*accidents cardio-vasculaires* (hémorragie cérébrale, asystolie aiguë, syncope cardiaque mortelle par myocardite) causés par les coups d'hypertension qui accompagnent les contractions utérines ou par la brusque dépression qui suit l'expulsion de l'enfant.

Au cours de l'accouchement, l'embolie pulmonaire est exceptionnelle, mais l'*embolie gazeuse* peut se produire au moment du décollement placentaire.

La *rupture de l'utérus* gravide, au cours de manœuvres obstétricales pénibles et difficiles, entraîne la mort par hémorragie foudroyante.

Le *choc obstétrical,* par contracture utérine ou surtout par décompensation abdominale, peut être mortel chez les personnes atteintes de troubles cardiaques, rénaux, hépatiques ou d'intoxication gravidique, qui les mettent en état de moindre résistance.

Les hémorragies de la délivrance, les infections aiguës, la rupture des varices vulvaires, les inversions utérines non diagnostiquées, les ruptures d'organes peuvent être causes de morts très rapides pendant le travail.

Dans le *post-partum,* on retrouve encore les *accidents cardis-vasculaires* (insuffisance aiguë du cœur, œdème pulmonaire) et surtout les embolies pulmonaires ou multiples, suite de thrombo-phlébite.

Diverses autres causes (péritonite suraiguë, thrombus abdomino-pelviens, insuffisancé aiguë du foie) peuvent provoquer une mort très rapide dans les suites de couches.

II. Affections gynécologiques. — La mort subite y est moins fréquente et de cause plus aisée à mettre en évidence.

Il peut s'agir d'une *rupture de grossesse extra-utérine,* d'une hémorragie incoercible due à un carcinome utérin à la période évolutive, d'une embolie au cours du développement des *tumeurs bénignes de l'utérus..*

III. Troubles fonctionnels ou lésions des organes génitaux de l'homme. — Il est exceptionnel, dans ce cas, d'observer un décès rapide. Après avoir éliminé les traumatismes testiculaires amenant un accident réflexe mortel par shock, il ne reste que les complications à distance. Embolie consécutive à un hématome traumatique des bourses, complications cardiaques de la blennorragie, lésions ou infections rénales par rétention d'urine secondaire à un rétrécissement de l'urètre ou à une tumeur prostatique (abcès, adénome, carcinome).

La rupture de la vessie, qu'elle soit traumatique, par effort ou parfois spontanée, entraîne la mort rapide.

IV. Affections rénales. — Le décès inopiné y est fréquent, car la vie peut se poursuivre sans grand trouble apparent, alors qu'il ne reste que très peu de parenchyme rénal en état de fonctionner. L'urémie suraiguë pourra se manifester brutalement (éclampsie, hémorragie cérébrale, œdème aigu du poumon, mort subite). Il pourra aussi se produire de l'anurie complète. La mort rapide est particulièrement fréquente dans le rein polykystique.

Il est intéressant de savoir jusqu'à quel point l'autopsie médico-légale permet de révéler les lésions qui ont entraîné la mort. L'aspect macroscopique du rein ne permet pas de conclure et d'affirmer à quels troubles fonctionnels cet aspect correspond. L'étude microscopique du rein permet de connaître un certain nombre de lésions types, qui n'ont parfois que peu de rapport avec les symptômes cliniques ou fonctionnels observés. Ceci s'explique par la grande capacité de suppléance des reins et la possibilité d'hypertrophie compensatrice. Seul le rein entièrement scléreux peut faire admettre une certaine déficience fonctionnelle, mais sans permettre de conclure avec sécurité que cette déficience fut suffisante pour être la cause de la mort. L'anatomie pathologique ne permet donc pas un diagnostic rétrospectif absolu.

L'analyse *post mortem* des humeurs peut-elle fournir des données intéressantes? Par exemple, l'analyse chimique du sang peut-elle apporter un renseignement utile au médecin légiste dans le diagnostic *post mortem* de la mort par coma diabétique ou néphritique? Cette analyse pratiquée en général sur des échantillons de sang autolysé, ne permet pas de tirer de conclusions sur l'état physio-pathologique du sang tel qu'il se présentait *in vivo* et n'apporte aucun éclaircissement au sujet d'un reliquat d'azotémie, de chlorurémie, de glycémie, ni d'acidose. Cependant, quand le sang est prélevé le plus rapidement possible après la mort et analysé directement, il semble possible de préciser davantage les renseignements que le dosage de l'azote total non protéique et la mesure de la réserve alcaline peuvent apporter au médecin légiste.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

(2) Fin du rapport dont la première partie a été présentée au XIVe Congrès de médecine légale de langue française [Paris, 24, 25 et 26 juin] (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 62, p. 1121).

V. Maladies diathésiques. — Le mécanisme de la mort dans ce cas présente bien des analogies avec les manifestations du déséquilibre humoral et des désordres endocriniens et nerveux étudiés dans la première partie de ce rapport.

Dans le *diabète*, la mort rapide n'est pas rare, qu'il s'agisse d'une crise de coma, ou de collapsus cardiaque, d'apoplexie cérébrale, ou d'une infection ayant pris la forme suraiguë.

VI. Maladies infectieuses. — La mort subite et imprévue y est fréquente. Exceptionnelle dans la *coqueluche*, elle s'observe surtout dans la diphtérie, qu'il s'agisse d'angine maligne foudroyante, de syndrome secondaire de la diphtérie maligne, ou d'une complication cardiaque (myocardite). L'*encéphalite épidémique* ne paraît pas responsable de mort instantanée. L'*endocardite infectieuse* en est rarement la cause, par embolie. Dans certaines épidémies de *grippe*, on peut voir des cas à terminaison mortelle très rapide et inattendue. Dans la *méningite* cérébro-spinale épidémique, dans la méningite tuberculose, on peut observer des formes ambulatoires à terminaison foudroyante. La *rage*, tardivement traitée, peut être cause de mort subite. La *rougeole* ne peut la provoquer que par l'existence d'associations microbiennes. La mort instantanée a été signalée plusieurs fois dans la *scarlatine*, qui présente assez souvent des formes foudroyantes suivies de mort plus ou moins rapide. La *fièvre typhoïde* est responsable d'un certain nombre de morts subites.

Le mécanisme de ces accidents rapidement mortels dans les maladies infectieuses se ramène à quatre groupes. Ils peuvent être dus aux lésions du cœur et des vaisseaux, aux lésions du système nerveux, aux lésions des glandes endocrines, ou à des complications viscérales autres, avec ou sans associations microbiennes.

VII. Chez les enfants. — Les morts subites ou rapides peuvent avoir pour causes : des lésions somatiques certaines d'un ou de plusieurs appareils, parmi lesquelles les lésions du cœur, des voies respiratoires et du système nerveux semblent prédominer; des maladies infectieuses et des toxémies; l'inhibition. A l'heure actuelle, il est impossible de connaître la cause exacte de ces morts subites par inhibition, dont on a noté le caractère familial, et où la syphilis et l'alcoolisme des parents semble jouer un rôle, ainsi que les glandes à sécrétion interne.

Parmi les affections infantiles où la mort rapide se rencontre le plus souvent, on peut citer l'abcès rétro-pharyngien, certaines gastro-entérites aiguës, l'obstruction intestinale et surtout l'invagination, la bronchite aiguë, surtout dans sa forme capillaire, la broncho-pneumonie, l'adénopathie trachéo-bronchique, la tuberculose pulmonaire, les maladies congénitales du cœur, les méningites, la diphtérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la spasmophilie et plus particulièrement le spasme de la glotte, l'hypertrophie du thymus, l'eczéma et la syphilis héréditaire, cause fréquente de débilité congénitale et d'un état hypotrophique.

Dans la plupart des cas on est frappé par l'abscence ou l'indigence de grosses lésions anatomiques des viscères, et par l'existence très fréquente d'altérations de certaines glandes endocrines, et surtout du thymus, des surrénales, des parathyroïdes, et même des thyroïdes.

Le jeune enfant est essentiellement un neuro-végétatif, et chez lui les réactions dues à cette excitabilité foncière sont d'autant plus violentes et dangereuses pour sa vie, qui l'inhibition physiologique et normale n'a pas atteint la perfection qu'elle revêt chez l'adulte, et cela à cause de l'inachèvement de son système nerveux.

Discussion.

M. Balthazard (de Paris) souligne la grande différence qui existe entre le mécanisme de la mort subite et celui de la mort simplement rapide, toutes les deux suspectes en médecine légale. Il insiste sur la prépondérance des lésions cardiaques, dans la plupart des cas de syncopes mortelles. Il discute le rôle de l'émotion et la fréquence de la mort par inhibition pure. Dans l'avortement, les embolies gazeuses sont souvent la cause de la mort. En introduisant à l'aide d'une sonde divers liquides sous pression dans la cavité utérine, au contact du placenta décollé, la femme se fait, en quelque sorte, une injection intraveineuse, et on a pu voir de l'eau de javel décomposer dans ces conditions l'urée de sang en libérant de nombreuses bulles d'azote dans la circulation.

M. Piédelièvre (de Paris) insiste sur la rareté des cas où l'inhibition peut être donnée comme conclusion dans un rapport médico-légal. En particulier, dans les affaires d'avortement criminel, il estime qu'on ne peut admettre la mort subite par inhibition due à un contact d'un instrument sur le col, il faut qu'il y ait au minimum une ecchymose d'une certaine importance ou un décollement de l'œuf. Le seul contact d'une sonde ou d'une canule avec l'orifice externe du col ne peut pas suffire pour expliquer une mort subite au cours de la grossesse et faire conclure au point de vue médico-légal à une tentative d'avortement.

M. Leroy (de Lille) discute le mécanisme de la mort subite au cours du pneumothorax et se demande si elle doit être attribuée à l'inhibition ou à des embolies gazeuses.

MM. Ch. Richet fils et J. Dublineau (de Paris) ont étudié expérimentalement, chez le lapin, la mort subite secondaire à des traumatismes pleuro-pulmonaires et concluent qu'elle survient par inhibition respiratoire.

M. Marcel Heger (de Bruxelles) fait remarquer qu'il ne faut pas abuser du terme « mort subite » dans les certificats de décès, entraînant ainsi l'autopsie médico-légale. Souvent l'autopsie montre que le décès n'est que le dernier acte d'une longue évolution morbide. Parfois au contraire, sa cause échappe au médecin légiste (inhibition). D'ailleurs le magistrat, d'après le Code pénal, n'a pas à la connaître, mais demande seulement si la mort est due à une cause criminelle ou violente.

MM. Naville et Soutter (de Genève) rapportent l'observation d'un homme de vingt-cinq ans mort subitement, sans aucun symptôme agonique. L'autopsie montra une hypertrophie considérable de l'amygdale linguale dont le tissu était parsemé de nombreuses suffusions sanguines microscopiques. Ce tissu était rouge foncé; il y avait aussi des ganglions lympathiques sur le pharynx, l'épiploon et le mésentère. Un bouchon muqueux obstruait le larynx et la plèvre viscérale montrait de nombreuses taches de Tardieu. Il est difficile de dire si la mort a été causée par l'obstacle mécanique à la respiration, ou par un arrêt cardiaque dû à un état lympathique (sans hypertrophie du thymus), ou à des troubles réflexes provoqués par les lésions de la région du larynx.

MM. P. Mazel et P. Robin (de Lyon) rapportent l'observation d'un homme de quarante-neuf ans bien portant, qui présenta brusquement un malaise, puis des vomissements, enfin des tendances syncopales. Hospitalisé, on constate hypothermie, sueurs profuses, diarrhée, sans signe de localisation. Le décès survint en moins de trois heures. L'autopsie montra un état de sclérose viscérale (foie, reins), mais le pancréas, dans la région de la tête (tiers juxta-duodénal), très augmenté de volume a subi une dégénérescence néoplasique à noyaux multiples. Les voies biliaires sont encore perméables. Le reste du pancréas est normal. Il existe plusieurs ganglions néoplasiques, à droite et à gauche de la colonne. On peut rapprocher ce cas de la pancréatite aiguë hémorragique qui présente parfois une forme suraiguë vraiment médico-légale, véritable apoplexie du pancréas. Jusqu'à présent, ces formes suraiguës n'ont jamais été signalées au cours d'une affection chronique. Mais, dans la pancréatite

aiguë, l'hémorragie ne constitue pas la cause immédiate de la mort, et les phénomènes qui l'entraînent sont les manifestations d'un choc nerveux, toxique ou enfin anaphylactique (Brocq). Le rapprochement des symptômes de la pancréatite et certaines formes du cancer est alors facile. Il pourrait s'agir d'un syndrome pancréatico-solaire suraigu. L'observation rentrerait dans le cadre des morts par mécanisme neuro-endocrino-humoral.

OSTÉOMYÉLITES ET TRAUMATISMES

Rapporteurs : MM. Leroy et Muller (de Lille).

Les rapports pouvant exister entre un traumatisme et une ostéomyélite apparue à sa suite, constituent une question de pathologie traumatique importante qui a déjà retenu l'attention de nombreux auteurs. L'intérêt de cette question ne réside pas dans la fréquence de l'ostéomyélite dans la pratique des accidents du travail. On s'en rend compte facilement quand on observe les statistiques. Il en est de deux ordres, les statistiques établies par les cliniciens et celles établies par les experts ou les médecins contrôleurs d'assurances.

Les cliniciens, recherchant les facteurs étiologiques des ostéomyélites qu'ils ont eues dans leur service, sont généralement d'accord pour retrouver une fois sur quatre un trauma à l'origine de l'affection. Le manque de rigueur scientifique de certaines de ces enquêtes, la tendance naturelle du malade de rapporter à un fait concret, comme un trauma, l'origine d'une maladie apparue postérieurement font préférer les statistiques médico-légales.

Les cas d'ostéomyélite qui nous arrivent ont en effet été, la plupart du temps, disséqués avec soin et les observations sont complètes. Si l'on compare le nombre d'ostéomyélites qui font l'objet d'enquêtes ou de litiges, au nombre total des accidents du travail pendant la même période, on trouve une proportion d'un cas d'ostéomyélite pour 4.000 accidents. Et cette statistique porte dans notre enquête sur 140.000 accidents environ.

L'ostéomyélite est donc une affection qui reste rare dans la pratique médico-légale.

Ce qui fait l'intérêt de l'étude de cette question, c'est la gravité de la maladie, sa longueur, l'importance de ses séquelles, et des intérêts en jeu.

Dans la phase septicopyohémique, elle est une menace constante pour la vie au sujet; elle entraîne des incapacités temporaires interminables comme sa suppuration; elle s'accompagne de rechutes, et se termine par des incapacités permanentes et partielles élevées. Enfin, l'intérêt de l'étude de cette question était encore de montrer au médecin comment une plaie superficielle, une contusion bénigne pouvait entraîner des complications graves à distance d'une diversité infinie, qu'il devait apprendre à rattacher ou non à cette lésion initiale.

Si l'on feuillette les travaux antérieurs, on voit que depuis bien longtemps le facteur trauma est considéré comme jouant un rôle dans l'étiologie de la maladie. Des expériences connues ont été réalisées; nous n'en retiendrons qu'un fait, c'est qu'au début de cette expérimentation l'idée du traumatisme s'est imposée aux expérimentateurs, au point qu'ils avaient cru nécessaire de fracturer un os, avant d'injecter dans les veines de l'animal des cultures virulentes.

L'opinion actuelle est sensiblement la même que celle des cliniciens du siècle précédent; nous soulignerons cependant l'opinion du professeur Forgue qui déclare que le staphylocoque, agent le plus rencontré dans les ostéomyélites, est un microbe qui n'aime pas qu'on traumatise les régions où il cultive. Nous rappellerons les statistiques du docteur Blench qui dans les ostéomyélites non traumatiques a trouvé une femme pour deux hommes et dans les ostéomyélites conditionnées par un traumatisme, une femme pour quatre hommes.

Que faut-il entendre par ostéomyélite?

L'ostéomyélite doit être prise au sens le plus général du terme. C'est l'infection de la moelle osseuse, non pas seulement de la moelle logée dans le canal diaphysaire, mais de toute la moelle, diaphysaire, épiphysaire, canaliculaire. Il faut se rappeler ici la définition de Léri : « L'os est une charpente inorganique et calcaire trempée dans un bain de moelle ».

Après avoir éliminé la tuberculose osseuse, la syphilis osseuse, et cité pour mémoire les ostéomyélites ouvertes consécutives aux plaies à grands délabrements, les auteurs n'ont conservé finalement que les ostéomyélites fermées les plus litigieuses.

Il est bien évident qu'un traumatisme fermé, aussi violent soit-il, ne peut à lui seul créer de toutes pièces une ostéomyélite, mais l'observation montre qu'il peut localiser sur un os une infection générale, ou exalter localement la virulence de germes en sommeil, ou encore aggraver une ostéomyélite en évolution.

C'est qu'en effet la moelle osseuse est un des éléments du système réticulo-endothélial de défense de l'organisme, un laboratoire où s'élaborent des anticorps destinés à la défense générale du sujet et à la défense locale. Par suite de cette fonction et aussi par suite de sa richesse vasculaire, c'est un des lieux de destruction des microbes en circulation dans le sang. L'expérience montre en réalité que cette destruction microbienne n'est pas totale, mais qu'un certain nombre d'entre eux peuvent s'ennider dans la moelle et y vivre en saprophytes. La moelle peut donc être aussi un magasin à microbes tolérés *in situ*, à la faveur d'une sorte d'équilibre cellulo-microbien.

Quand on étudie alors l'action du trauma sur les tissus, on comprend qu'il puisse détruire cet équilibre.

Le traumatisme agit d'abord sur le sympathique. Suivant son intensité, il entraîne une courte vaso-constriction puis une vaso-dilatation plus ou moins durable. C'est là un mécanisme constant mis en évidence par la méthode graphique.

Le traumatisme met également en liberté de l'histamine, qui est un acide aminé, dont l'action vaso-dilatatrice s'ajoute au mécanisme précédent.

L'os et la moelle, particulièrement riches en filets sympathiques, réagissent comme tous les tissus. En outre, la vaso-dilatation entraîne de la raréfaction osseuse. Les lésions sympathiques diminuent l'activité formatrice des anticorps. L'équilibre cellulo-microbien est rompu et ces microbes prolifèrent en vase clos, d'autant plus facilement que la moelle est en elle-même un merveilleux milieu de culture et que le trauma crée quelquefois des arrachements osseux et des hémorragies capillaires.

La moelle étant en communication directe avec la circulation générale, cette infection locale devient presque d'emblée une septicémie. Et cela peut aller très vite.

Malgré cette rapidité d'invasion, il faut un certain temps pour que ces infections se constituent. Il faut entre le trauma et les premiers symptômes un délai.

Quelles sont les limites maxima et minima de ce délai?

L'observation montre que c'est extrêmement variable et que ce délai peut aller de vingt-quatre heures à un mois. En pratique, c'est dans la première semaine qu'apparaissent les accidents initiaux graves.

Il est bien évident qu'il faudra retrouver entre l'accident et le début des accidents ostéomyélitiques une filiation nosologique, d'autant plus rigoureuse qu'on s'éloigne dans le temps.

En général, ce qui apparaît le plus délicat c'est la différenciation entre la douleur ostéomyélitique et la douleur traumatique. Une ostéomyélite spontanée pourra débuter sur le lieu du travail et l'ouvrier pourra être tenté de la rapporter à un accident du travail, d'autant plus qu'il trouvera presque toujours des témoins pour certifier la réalité de cet accident.

L'examen initial et l'interrogatoire du blessé et de son entourage prennent donc une importance capitale. Le médecin se rappellera que la douleur ostéomyélitique est une douleur lancinante, violente, intolérable, toujours disproportionnée au traumatisme invoqué, qui augmente d'intensité et ne tend pas à s'atténuer comme la douleur du trauma. Localement, un empâtement collé à l'os, un bourrelet périosté, un œdème inflammatoire, une circulation collatérale, des marbrures seront autant d'éléments qui pourront, si on les constate sitôt le trauma, faire rejeter la responsabilité de ce traumatisme. Il en sera de même de la constatation de frissons ou de fièvre sur le lieu du travail.

Je passe sous silence la nécessité de faire un diagnostic exact et d'établir que le blessé n'était pas atteint d'ostéomyélite au point traumatisé, avant l'accident, condition habituellement réalisée dans les cas aigus, incompatibles avec le travail.

Faut-il qu'il y ait identité de lieu? Oui et non. Il est impossible de donner sur ce point des règles précises. En tout cas il ne faut pas parler du point traumatisé, mais du point lésé. Il est bien évident qu'un traumatisme, peut agir à distance et déterminer une localisation même assez lointaine du point contus (torsion du pied, lésion de la hanche). Il faut que la localisation ostéomyélitique puisse se rattacher logiquement à l'action éventuelle du trauma, autrement dit, que l'on puisse, en invoquant un mécanisme connu de pathologie générale, expliquer son action au voisinage ou à distance.

Les traumatismes incriminables seront ou des traumatismes directs ou des traumatismes indirects. Les premiers devront être d'autant plus intenses qu'il y a interposition plus grande des parties molles. Les traumatismes indirects seraient, d'après Forgue, les plus agissants (entorses, arrachements ligamenteux, etc.).

Les ostéomyélites, en pathologie traumatique, peuvent se répartir en quatre classes :

1° Celles survenant à la suite d'un choc direct;

2° Celles survenant à la suite d'un choc indirect;

3° Celles réveillées par un traumatisme portant au niveau du foyer ancien;

4° Celles « métastasées », pour ainsi dire, par un traumatisme frappant en dehors du foyer initial.

En ce qui concerne l'indemnisation en matière d'accident du travail, nous pensons qu'aucune difficulté ne peut être soulevée. Dans les ostéomyélites ouvertes, le trauma apporte le microbe et la lésion locale, il est responsable entièrement. Il en est de même dans les ostéomyélites consécutives à une plaie infectée.

Dans les ostéomyélites fermées consécutives à un trauma direct ou indirect, on ne tient pas compte de l'état antérieur : responsabilité totale.

Si le traumatisme réveille ou aggrave une ostéomyélite antérieure non guérie, il est responsable de ses conséquences propres quant à l'incapacité temporaire ou à l'incapacité permanente.

Enfin, s'il apparaît des rechutes après la consolidation, la loi ne nous permet pas de réouvrir une période d'incapacité temporaire, c'est la procédure de revision qui s'impose.

En matière de droit commun, c'est tout à fait différent. Il faut apprécier la responsabilité des différents facteurs en cause.

Il n'y a aucune difficulté s'il s'agit d'une ostéomyélite ouverte. La responsabilité du trauma est totale. De même si l'ostéomyélite apparaît après un trauma, chez un sujet apparemment sain.

Pour le reste, il est impossible de donner des règles. Quelques jalons pourront guider l'expert dans une certaine mesure. Mais il est évident que chaque cas sera un cas d'espèce.

Si le trauma frappe le sujet au niveau d'un ancien foyer ostéomyélitique guéri, on peut proposer de partager par moitié la responsabilité.

Si l'ostéomyélite antérieure est guérie depuis longtemps, et si un accident localise l'infection en un autre point, cet accident a une responsabilité plus grande que l'état antérieur.

Comme un sujet qui a déjà fait de l'ostéomyélite est plus enclin à refaire de nouveaux accidents, cet état antérieur semble devoir entrer en ligne de compte (trois quarts pour accident et un quart pour état antérieur).

Si l'ostéomyélite antérieure n'est pas guérie, si l'accident a aggravé l'évolution, il a une faible part de responsabilité (part d'incapacité temporaire et un tiers, par exemple, de l'incapacité permanente ou partielle).

Si l'ostéomyélite antérieure n'est pas guérie et si le trauma a localisé en un autre point l'ostéomyélite, la responsabilité est sensiblement égale (1/2 — 1/2).

Les taux d'invalidité varient selon les séquelles qui sont elles-mêmes des plus variées. Il faut tenir compte, dans l'évaluation, de l'altération de l'état général, de l'amaigrissement, des lésions amylotiques éventuelles, en un mot de la déchéance organique fréquente de ces sujets.

Discussion.

MM. Gauthier et Trubert (de Paris) rapportent le cas d'un ex-militaire atteint d'un traumatisme du pied en 1916 et qui, atteint de tabes incipiens et d'arthropathie tabétique actuellement, depuis 1925, établissait un rapport de cause à effet entre les deux faits. L'intérêt médico-légal de ce cas était qu'une première expertise avait paru admettre l'hypothèse d'une ostéite tardive avec élimination de séquestres, alors qu'un deuxième examen appuyé par la radiographie permettait d'établir la nature spécifique des lésions et rejetait le rôle localisateur du traumatisme en raison de la longueur du laps de temps écoulé : dix ans.

M. Mauclaire (de Paris) insiste sur la rareté des cas d'ostéomyélites provoquées réellement par un traumatisme, en particulier chez l'enfant. Il faut que le traumatisme soit sérieux et qu'il y ait un intervalle libre entre celui-ci et le début de l'ostéomyélite.

M. Balthazard (de Paris) discute l'interprétation médico-légale des nombreuses observations apportées. Il faut avant tout faire un diagnostic exact. Mais le trauma a pu révéler un mal latent, en éveillant la douleur. Il faut qu'il soit assez fort pour produire une ecchymose. La présence d'une simple contusion ne suffit pas. Mais, si le rapport entre le traumatisme et l'ostéomyélite est admis, il n'y a pas à tenir compte de l'état antérieur, mais seulement du salaire avant l'accident et de sa réduction après. En droit commun, c'est indiscutable, mais cela semble équitable aussi pour les accidents du travail. De même, une gomme syphilitique peut se greffer sur un hématome traumatique; le traumatisme doit être considéré comme seul responsable, à l'exclusion de la syphilis.

M. Muller fait remarquer que la prédisposition à la récidive de l'ostéomyélite est plus grande que celle de la syphilis à donner une gomme après traumatisme.

M. Etienne Martin (de Lyon) insiste sur l'étiologie de l'ostéomyélite. Sur plusieurs milliers d'expertises en traumatismes osseux, il n'a jamais vu d'ostéomyélite aiguë. Il lui semble presque impossible qu'une contusion sur un organisme bien portant et non infecté détermine une ostéomyélite. La question se ramène donc à celle de la localisation de toutes les infections.

M. Leroy admet que le trauma n'intervient que comme cause seconde. Mais il ne faut tout de même pas confondre microbisme latent et septico-pyohémie.

M. Mazel (de Lyon) estime que le partage des responsabilités, préconisé par les rapporteurs dans les cas de litige de droit commun, n'est pas en accord avec la jurisprudence. Il faudra pourtant souligner, dans le rapport d'expertise, si le sujet présentait ou non, avant le trauma, une capacité

physique générale amoindrie, notion dont le juge tiendra assurément compte pour la traduction pécuniaire du dommage Mais il est parfois difficile d'apprécier l'existence d'un état infectieux antérieur de l'organisme, et l'on peut se demander en effet si, de façon habituelle, n'existe pas chez certains sujets un microbisme latent de la moelle osseuse.

M. Mazel relate enfin quatre cas d'ostéomyélite survenus après un traumatisme, direct ou indirect. Il insiste sur la difficulté d'apprécier si le trauma a été assez important pour faciliter le développement de l'ostéomyélite et, dans les cas de poussées antérieures, sur la difficulté de faire la part des séquelles anciennes et des lésions et troubles surajoutés par le traumatisme récent. Il estime qu'on ne peut pas formuler de règles étroites et qu'il faut laisser au sens critique de l'expert la liberté de résoudre, à l'aide de règles larges, chaque cas particulier.

M. Dervieux (de Paris) rapporte deux observations d'accidents du travail. Dans la première, un jeune homme de quatorze ans, fait, à la suite d'une contusion, une ostéomyélite du cubitus. Dans l'autre, un garçon de vingt-quatre ans, atteint dans son enfance d'une ostéomyélite du tibia plusieurs fois opérée, ne fait pas une nouvelle poussée d'ostéomyélite à la suite d'une contusion violente de ce même tibia.

M. Duvoir (de Paris) a observé deux cas d'ostéomyélite consécutifs à des traumatismes accidentels au cours du travail.

MM. Minovici et Mureshan (de Bucarest) apportent douze observations d'ostéomyélites traumatiques.

MM. Lande, J. Chavannaz et Grinsard (de Bordeaux) ont observé un cas d'ostéomyélite post-traumatique de l'extrémité supérieure du tibia gauche, ayant débuté le lendemain de l'accident et entraîné la mort en deux jours. La responsabilité patronale a été admise.

M. J. Chavannaz (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans atteint d'ostéomyélite du premier cunéiforme gauche quelques jours après une contusion du pied.

LA CRIMINALITÉ MYSTIQUE DANS LES SOCIÉTÉS MODERNES

Rapporteur : M. Costedoat (de Paris).

Cette étude englobe toutes les réactions antisociales teintées par le mysticisme, aussi bien les suicides que les vols, les escroqueries, les fugues et les crimes de sang; elle est limitée aux faits d'ordre parareligieux, sans s'étendre au domaine politique ou social. Le rapporteur s'est proposé en outre de comparer l'influence que pouvait avoir encore le mysticisme dans la criminalité de l'époque actuelle à celle d'il y a plusieurs siècles.

Les réactions antisociales de cette nature relèvent en général, quand elles sont le fait d'individus isolés, de psychopathies ou même de véritables états d'aliénation; elles n'ont de particulier que leurs modalités, car, pour le reste, elles ne sont rien d'autre que ce qu'il est banal d'observer au cours de ces états mentaux, le mysticisme n'ayant par lui-même aucune valeur criminogène. Les victimes appartiennent le plus souvent à l'entourage immédiat du meurtrier, on distingue des actes de pseudo-justiciers, d'autres qui revêtent un masque altruiste, des crimes du type sacrifice d'Abraham, d'autres contre les possédés, les sorciers; ce sont fréquemment des violences impulsives.

Les incendiaires, les profanateurs de temple, les iconoclastes, les vagabonds sont moins pittoresques, quoique moins dangereux, que les charlatans et les guérisseurs qui défraient si souvent la chronique.

Les attentats contre soi-même, d'ordre altruiste, expiatoire, purificateur, préventif, revêtent la forme de la castration, de l'incinération, de l'énucléation des yeux, etc.; on a même vu des auto-crucifixions.

La criminalité collective est encore plus violente, du fait même de son caractère collectif. Ce sont les crimes contre de pseudo-sorciers qui en constituent la part la plus importante; les affaires récentes de Bombon et de Nantes n'ont été que la répétition d'autres signalées à Vic-Bigorre, à Morzines, en Italie. Les attentats contre possédés dépendent encore pour une part des mêmes croyances; au début du siècle dernier, la secte des Pöschlidner eut un grand retentissement en Haute-Autriche. A l'occasion des accusations de crimes rituels, l'affaire de Beylis, cet israélite russe qui fut poursuivi pour avoir, prétendait-on, assassiné un jeune chrétien dans le but d'employer son sang pour certains rites, est évoquée en même temps que plusieurs semblables. Les attentats contre les prêtres, contre les incrédules (affaire des spirites de Mantes), ceux de nature sadique (sectes de flagellants) ne sont pas des raretés; il existe encore des croyants qui refusent l'intervention des médecins pour eux-mêmes ou leurs enfants.

La secte russe des Skoptsi ou castrés est un bel exemple du danger que représentent certaines croyances déviées qui peuvent même conduire à des suicides collectifs (emmurés de Tarnopol, massacre du gouvernement de Perm, auto-combustion des fidèles, du moine Falaley, etc...). La résistance aux obligations légales, due à des causes politiques ou sociales, ne revêt un aspect religieux qu'en raison de la firme de la société, témoin la secte des vagabonds (Biégouny). Les crimes contre la religion tendent à disparaître des codes.

Parmi les groupements en cause, les sectes devaient naturellement retenir surtout l'attention par leur composition complexe, où se rencontrent toutes sortes de personnages : psychopathes, hystériques, débiles mentaux, individus de mauvaise foi, croyants enthousiastes. Autour des acteurs principaux, gravitent parfois des commerçants habiles.

Par comparaison, les mouvements politiques criminels sont en général plus durables et se propagent davantage; leurs chefs sont autres.

Quel est finalement le rôle du mysticisme dans la production de cette criminalité?

Comme tous les états passionnels, il peut être facteur de réactions antisociales et leur imprimer sa marque, mais il n'agit, associé ou non à des états mentaux pathologiques, qu'en libérant des tendances antérieures à son apparition et étrangères à lui.

Il s'est fait dans ce domaine une transformation au cours des derniers siècles : les accusations de maléfices ne trouvent plus crédit auprès des juges, qui ordonnent par contre des expertises psychiatriques. Les lois ne punissent plus les actes de magie, ni les crimes contre la religion; en outre, la teinte mystique colore moins les crimes des aliénés que préoccupent davantage les découvertes scientifiques modernes ou les conceptions politiques et sociales. Aussi dans ce domaine peut-on parler vraiment d'une évolution.

Discussion.

M. Etienne Martin (de Lyon) estime qu'on ne doit pas étudier seulement le côté pathologique de la question. Comme dans toute question de criminologie, il faut envisager trois ordres de facteurs : influence du milieu, tempérament individuel, et notion de psychopathie. Il insiste d'autre part sur la différence entre la criminalité collective et la criminalité isolée.

M. Claude (de Paris) précise la définition du mysticisme. Il faut distinguer les sujets dont le délire revêt une forme vaguement mystique, des mystiques vrais, qui cherchent à arriver à l'union avec la divinité. Dans les folies mystiques collectives, on trouve une majorité de débiles, groupés

autour d'un ou plusieurs meneurs, dont la constitution pathologique est plus accentuée.

M. André CEILLIER (de Paris) estime qu'il ne faut pas attacher une importance excessive, presque exclusive, au terrain d'une part, et d'autre part accorder un rôle trop important à la mélancolie, au détriment des psychoses hallucinatoires et surtout pseudo-hallucinatoires, en particulier des psychoses d'influence.

M. DUPAIN (de Paris) rapporte l'observation d'un fondateur de religion, grand déséquilibré et exalté.

M. PIÉDELIÈVRE (de Paris) insiste sur la différence entre le mystique et le délirant mystique. Dans les deux cas, il y a une idée prévalente, compatible dans le premier cas avec une vie sociale normale, et dans l'autre cas incompatible puisqu'elle entraîne des désordres (réactions antisociales). Par exemple, saint Paul, pur mystique, savait adapter sa vie à son idée mystique dominante; il n'était pas sous sa dépendance complète, et certains de ses voyages, et des églises qu'il a fondées, ont été conditionnés par des événements de sa vie indépendants du mysticisme (voyage à Rome).

M. Henri DESOILLE (de Paris) présente divers objets ayant servi à des envoûtements, dont il indique la provenance récente. Ces pratiques lui semblent fréquentes et n'ont pas un grand intérêt médico-légal, mais posent un problème de prophylaxie mentale. En effet, les nombreux sujets qui fréquent les réunions d'occultistes, de spirites ou de théosophes se soumettent à des entraînements dangereux pour leur équilibre mental et peuvent présenter des troubles graves.

M. Maurice GARÇON (de Paris) demande qu'on précise le sens même du mot *mystique*. Il y a des gens parfaitement raisonnables et très dangereux, à côté des malades, des psychopathes. Ces derniers sont les meneurs, mais sont entourés d'un groupe de gens sains d'esprit qui les suivent dans leur délire. Dans le spiritisme, il existe une doctrine que l'on peut comparer à la religion. Dans l'affaire de Mantes, il y a eu un véritable déchaînement de passions meurtrières, une impulsion collective instantanée, chez des gens qui, pris isolément, étaient normaux, et inoffensifs.

M. ROGUES DE FURSAC (de Paris), après avoir rappelé qu'il n'y a pas équivalence entre mysticisme et état pathologique, fait remarquer que le mysticisme peut s'associer à des troubles mentaux graves et cite un exemple de délire mystique chez un persécuté interprétant classique.

M. FRIBOURG-BLANC (de Paris) recherche le lien de parenté qui unit la criminalité mystique des peuples européens à celle que l'on peut rencontrer actuellement chez les diverses races humaines et plus particulièrement chez les indigènes de nos colonies. Il insiste sur la fréquence et les caractères des crimes rituels de nos colonies africaines. Le « naturisme », qu'on y rencontre, correspond au stade primitif des religions.

COMMUNICATIONS

Méthode de conservation et d'embaumement des cadavres par simple pénétration de gaz antiputrides dans l'organisme et sans introduction d'aucun liquide dans les vaisseaux sanguins. — M. PIÉTRI (de Nice) a expérimenté cette méthode, couramment employée en Espagne depuis douze ans, et il a constaté que non seulement elle empêche toute putréfaction, mais elle arrête et fait disparaître tous les signes de putréfaction antérieure. Elle a, en outre, l'avantage de respecter entièrement le cadavre.

Le mécanisme de la compression des carotides dans la pendaison. — M. Etienne MARTIN (de Lyon) a étudié expérimentalement ce mécanisme sur des cadavres, dont il avait préalablement injecté les carotides au suif fondu, et qu'il a ensuite pendus.

Y a-t-il des tumeurs traumatiques? — M. NAVILLE (de Genève) étudie les relations entre les traumatismes du crâne et les tumeurs cérébrales. L'immense majorité de ces traumatismes n'aboutit pas à la formation de tumeurs du cerveau et de ses enveloppes; et le rôle d'un trauma cranien antérieur, chez un sujet atteint de tumeur cérébrale, est en général surestimé, la relation de causalité entre ces deux faits devant être considérée comme très improbable. Mais, dans un petit nombre de cas, l'autopsie a prouvé que la tumeur s'était développée sur des tissus cicatriciels (esquilles, débris de périoste, hématome, kystes cicatriciels, corps étrangers), et, dans ces cas-là, l'expert pourra affirmer la relation entre un traumatisme et une tumeur cérébrale. Encore trouve-t-on souvent des tumeurs dans d'autres régions du corps, ce qui montre que le trauma n'a fait que favoriser une disposition antérieure anormale du sujet.

Intoxications oxycarbonées mortelles par lessiveuse de ménage. — MM. NAVILLE et SOUTTER (de Genève) montrent la fréquence actuelle de ces intoxications, surtout depuis l'extension de la cuisine au gaz. Le danger des lessiveuses de ménage provient du fait que les brûleurs se trouvent trop près du fond d'un récipient très large et rempli d'eau; la flamme est projetée contre une surface froide et est très mal aérée, d'où la production abondante d'oxyde de carbone aux dépens des hydrocarbures. Ces derniers brûlant entièrement, personne n'est averti du danger par l'odeur du gaz, de même qu'aucune odeur caractéristique, sur les lieux du décès, n'aide ensuite à rapporter la mort à sa véritable cause.

Les séquelles psychiques tardives des grands traumatismes craniens. — MM. A. FRIBOURG-BLANC et P. MASQUIN (de Paris) étudient ces troubles psychiques, de gravité variable. Ils se manifestent généralement de suite après l'accident, par un état confusionnel aigu qui peut guérir sans laisser de trace, mais qui, le plus souvent, sont des préludes à des altérations du psychisme qui peuvent persister fort longtemps ou même passer à la chronicité. De nombreuses observations recueillies au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce permettent de grouper ces troubles psychiques en trois variétés : 1° séquelles minimes correspondant au « syndrome subjectif des blessés du crâne » (dysmnésie, asthénie, fatigabilité intellectuelle, troubles de l'humeur et du caractère); 2° séquelles de gravité moyenne où l'on trouve, associés au syndrome précédent, des troubles de l'idéation, du jugement et de l'activité intellectuelle; 3° séquelles graves, réalisant le tableau de la démence traumatique avec inertie psychique plus ou moins complète et dépression de type hypocondriaque. L'intérêt médico-légal de ces troubles résulte des difficultés que peut rencontrer l'expert, soit dans l'évaluation du pourcentage, soit dans l'appréciation de la responsabilité pénale des grands traumatisés craniens.

Paralysie physiopathique et accident du travail. — MM. E. et R. SOREL (de Toulouse) attirent l'attention sur les paralysies physiopathiques ou réflexes consécutives aux accidents du travail. Il faut distinguer celles dont l'origine organique est démontrée par les symptômes cliniques, de celles de nature pithiatique pure dont le syndrome est bien défini. Les paralysies offrant la symptomatologie dite physiopathique se distinguent des manifestations hystériques par divers caractères sémiologiques. Les auteurs rapportent une observation de paralysie physiopathique du membre supérieur gauche, associée à une atrophie du nerf optique droit, en relation avec une fracture du crâne. Ces faits offrent un intérêt neurologique et comportent, au point de vue médico-légal, des solutions juridiques délicates, solutions d'attente, l'avenir des paralysies physiopathiques pas plus que leur pathogénie n'étant pas définitivement fixés.

A propos d'un cas d'hémiplégie et d'amaurose pithiatique en relation avec un grand traumatisme de guerre.

— MM. FRIBOURG-BLANC, JACOB et LASSAGNE (de Paris) rapportent le cas d'un blessé de guerre atteint d'impotence complète organique du membre supérieur droit par lésion du plexus brachial, chez lequel s'est surajoutée, de suite après la blessure, une parésie du membre inférieur droit de nature pithiatique, et, dix ans plus tard, une amaurose également pithiatique. Cette amaurose était greffée sur une amblyopie de l'œil droit remontant à l'enfance. Les auteurs discutent à propos de ce cas la question si délicate et si souvent débattue de l'invalidation des troubles pithiatiques. Dans le cas rapporté, ils ont été amenés à invalider au taux minimum l'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit en raison de l'ancienneté de cette impotence devenue définitive. Mais ils ont rejeté l'imputabilité de l'amaurose récente, qui était sans liaison directe avec le traumatisme.

Hymen à deux ponts. — M. Ivan MOSKOFF (de Sofia) a observé un curieux hymen à deux ponts dirigés perpendiculairement l'un à l'autre, l'un en avant dans le sens sagittal, l'autre en arrière dans le sens transversal.

Suicide par absorption de lysol et égorgement. — M. I. MOSKOFF apporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans qui a d'abord tenté de se suicider par ingestion de lysol, puis a réussi à se trancher la veine jugulaire gauche après s'être fait plusieurs coupures sur les membres. La multiplicité des moyens employés successivement est caractéristique du suicide.

Suicide par coups d'herminette (hachette de charpentier) dans la région occipitale. — M. Ivan MOSKOFF a examiné le cadavre d'un jeune homme de dix-huit ans qui avait réussi à se tuer de quatorze coups d'herminette; il a constaté l'existence d'une large perforation du crâne dans la région pariéto-occipitale, au milieu de dix enfoncements superficiels de la surface cranienne.

Suicide combiné (intoxication et étranglement). — M. Ivan MOSKOFF rapporte un curieux cas de suicide par ingestion de koloxylin, suivie de strangulation à l'aide d'une bretelle. Ici encore la multiplicité des moyens successifs essayés permet de conclure au suicide.

Port d'une ceinture de chasteté imposé par une marâtre. — MM. NAGEOTTE, Henri DESOILLE et F. BORREY (de Paris) ont examiné une fillette, arriérée mentale, accusée à tort d'habitudes vicieuses par une marâtre qui lui avait imposé le port d'une ceinture de chasteté. Les auteurs présentent cette ceinture et discutent au point de vue médical et au point de vue juridique l'hypothèse de sévices.

Troubles d'ordre neurologique consécutifs à une pendaison. — MM. O. CROUZON, Henri DESOILLE et L. HENRION (de Paris) ont observé, deux jours après une pendaison, un individu qu'on avait pu ranimer, mais qui présentait un tremblement généralisé, ainsi qu'une parésie des membres supérieurs, des troubles sensitifs et un signe de Babinski. Ces symptômes évoluèrent vers la régression. Les auteurs montrent la rareté de ces phénomènes qui semblent dus à des hémorragies des centres nerveux. Ils discutent le mécanisme de ces hémorragies.

L'identification biologique du muscle. — M. SIMONIN (de Strasbourg) applique les méthodes biologiques, surtout la méthode anaphylactique, à l'identification des muscles, qu'il s'agisse, à l'occasion d'un accident, de révéler l'origine humaine d'un fragment de muscle, ou d'aider le service de répression des fraudes à prouver qu'une boîte de conserve ne contient pas la denrée alimentaire annoncée. Quoique moins sensible avec la viande bouillie, la méthode donne encore des résultats appréciables dans ce cas.

Applications médico-légales et criminalistiques de la photographie par transparence avec la lumière de Wood. — M. SIMONIN propose de nouvelles applications des rayons ultraviolets et de la lumière de Wood à l'étude des traces et des empreintes digitales et à l'identification des faux timbres, des faux chèques, etc., ainsi qu'à l'identification des taches.

Des causes d'erreur dans la lecture radiographique de la voûte du crâne. — M. GALLOIS (de Lyon) passe en revue les images normales et pathologiques qu'on rencontre sur les clichés de la voûte du crâne, et montre combien la radiographie est utile pour déceler certaines lésions et combien il faut être prudent dans l'interprétation des images observées. Les tirages de radiographie sur papier font disparaître trop de détails et l'examen des négatifs avec un éclairage approprié (négatoscope) est indispensable pour obtenir des renseignements complets. Bien des images échapperaient à l'examen si on se bornait, dans la lecture d'une radiographie du crâne, à étudier un tirage sur papier. SZUMLANSKI.

— Le XVIe Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris les 25, 26 et 27 mai 1931, sous la présidence de M. le docteur Ch. Paul.

Rapports. — *Etude médico-légale des accidents d'automobiles.* — Rapporteur : M. SIMONIN.

Ulcère traumatique de l'estomac. — Rappprteur : M. Et. MARTIN.

Les crimes passionnels. — Rapporteur : M. LÉVY-VALENSI.

La responsabilité médicale. — Rapporteurs : MM. DUVOIR et DONNEDIEU DE VABRE.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DU PALUDISME

(Alger, 19, 20 et 21 mai 1930) (1).

SECTION V.

Thérapeutique. Alcaloïdes du quinquina. Autres produits.

Suivant M. José D. ECHEMENDIA (Cuba), la *quinine* reste le vrai médicament spécifique du paludisme, le plus maniable, le moins coûteux et le plus efficace. La meilleure voie d'administration est la voie buccale. Les injections intramusculaires et intraveineuses ont leurs indications spéciales : cas graves, hyperpyrétiques ou d'intolérance gastrique. Avec une technique rigoureuse, on évite tout accident. Les cas de paludisme prétendu quinino-résistant sont des cas mal soignés, où la quinine n'a pas été donnée en quantité suffisante et au moment opportun. La plupart des contre-indications de la quinine, y compris la grossesse, sont purement théoriques. On peut utiliser les succédanés de la quinine, les arsenicaux comme adjuvants de celle-ci, mais on ne saurait les substituer à l'alcaloïde. La plasmoquine représente un important facteur de prophylaxie, puisqu'elle permet une meilleure stérilisation des malades, en particulier des porteurs de croissants; le traitement plasmoquinique doit cependant être complété par l'administration de plasmoquine composée.

M. MAZIÈRE (Nice) rappelle les notions thérapeutiques essentielles qui, dans l'impossibilité d'établir un traitement « standard » du paludisme, méritent d'être largement répandues : lorsqu'il s'agit de paludisme de première invasion, frapper vite et fort; prolonger la durée du traitement longtemps après que les manifestations aiguës ont été jugulées;

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 51, p. 922.

se souvenir que les doses de quinine les plus efficaces sont des doses optima et non des doses maxima; nécessité d'associer toujours l'arsenic à la quinine, quel que soit le stade de la maladie.

M. H. Soulié (Alger) estime, d'après son expérience personnelle, que la guérison complète du paludisme peut être obtenue par l'administration de quinine à doses suffisantes et suffisamment prolongées : 2 grammes par jour pour un adulte, quatre jours par semaine, pendant au moins six semaines consécutives, puis même dose pendant deux semaines par mois. La voie gastrique est la plus recommandable; la voie intraveineuse, que l'auteur a largement employée, s'est montrée entre ses mains très efficace, inoffensive et, à bien des égards, avantageuse.

M. G. Lazzaro (Italie) estime que les paludéens hémoglobinuriques doivent être traités par la quinine aussitôt après l'attaque d'hémoglobinurie et qu'on doit poursuivre le traitement comme s'il s'agissait de paludéens ordinaires, gravement atteints, en vue d'empêcher les rechutes.

MM. Gobert, Krouch et Villain (Tunisie) ont comparé la valeur thérapeutique de la plasmoquine seule et de la plasmoquine combinée à la quinine (plasmoquine composée), à celle de la quinine, seule ou associée au cacodylate de soude à hautes doses. Véritable spécifique du paludisme, la plasmoquine permet d'espérer le blanchiment des cas chroniques et contagieux à cause de son action élective sur les gamètes; elle offre donc un intérêt considérable pour la prophylaxie collective du paludisme. L'association de la plasmoquine à la quinine est, en outre, des plus efficaces; il y a avantage à y adjoindre le cacodylate de soude à hautes doses. Des recherches sont encore nécessaires, cependant, en vue de préciser le seuil de toxicité de la plasmoquine et la durée de l'élimination du médicament, et de diminuer la fréquence des intoxications. Les auteurs terminent leur communication en proposant un schéma de traitement du paludisme applicable en milieu rural indigène et qui comporte l'emploi de la plasmoquine, de la quinine et de l'adrénaline.

MM. I. J. Kliger (Jérusalem) et G. Mer ont soumis à la *plasmoquinisation* (3 centigrammes de plasmoquine et 0g90 de quinine par jour, pendant cinq jours, pour les adultes; doses proportionnées pour les enfants) la population indigène entière non protégée de deux districts de la Palestine. La proportion des porteurs de germes paludéens est tombée de 28 à 7 p. 100, ce qui correspond à une réduction de l'index parasitaire de 75 p. 100. Un seul sujet a présenté des symptômes graves d'intoxication plasmoquinique. Aux doses indiquées ci-dessus, l'association plasmoquine + quinine est donc susceptible de recevoir une large application. Le coût de la plasmoquinisation n'excède guère celui de la quininisation seule. Mais les résultats obtenus par les auteurs ne se sont pas maintenus : une quinzaine de jours après la fin du traitement, l'index parasitaire était revenu au taux antérieur.

M. K. I. Leiserman (Ukraine) a obtenu de bons effets de la plasmoquine pure ou composée, tant contre les parasites que contre l'hypertrophie de la rate, sans constater d'accidents toxiques, sauf de la cyanose passagère des doigts et de l'extrémité du nez (2.5 p. 100 des cas traités). Chez les enfants, l'auteur recommande des doses quotidiennes variant, suivant l'âge, de 0g0075 (un à deux ans) à 0g04 (dix à douze ans).

Mlle Lidia Pinto (Italie) a observé que chez des anophèles nourris sur des paludéens plasmoquinisés le développement sporogonique de *P. falciparum* ne se produisait pas, comme si la plasmoquine avait annihilé la puissance génétique des gamétocytes.

MM. les professeurs B. Nocht et P. Muhlens (Hambourg) passent en revue l'abondante littérature parue sur le traitement du paludisme par la plasmoquine et la plasmoquine composée et concluent : la *plasmoquine pure* agit plus efficacement contre la tierce bénigne et la quarte que la quinine; elle est bien supportée dans les cas d'idiosyncrasie quinique, d'hémoglobinurie, de grossesse, et par les enfants; elle ne provoque pas la bilieuse hémoglobinurique. La *plasmoquine composée* (plasmoquine, 0g01 + sulfate de quinine : 0g125) et la *quinoplasmine* (plasmoquine, 0g01 + sulfate de quinine : 0g30) sont bien supérieures à la plasmoquine seule ou à la quinine seule pour le traitement de la tierce maligne (disparition rapide des gamètes, en particulier). La plasmoquinothérapie produit également ses bons effets sur l'hypertrophie de la rate, l'anémie paludéenne, etc. Les cas d'intoxication graves ou mortels — ces derniers sont bien moins nombreux d'ailleurs que les cas mortels d'hémoglobinurie quinique — auraient très vraisemblablement pu être évités, pour la plupart, par un meilleur dosage du médicament. Au traitement plasmoquinique discontinu, on tend de plus en plus à substituer, dans les pays tropicaux, le traitement continu, pendant dix à vingt et un jours, à la dose de 3 à 4 centigrammes de plasmoquine et de 1 gramme à 1g20 de quinine par jour en trois ou quatre prises (adultes). Pour la prophylaxie médicamenteuse, on administrera chaque jour une tablette de quinoplasmine, ou bien trois ou quatre tablettes du même composé (ou encore six tablettes de plasmoquine composée, en trois prises) tous les six ou sept jours. La plasmoquine pure s'emploie aussi en injections intraveineuses et intramusculaires, la quinoplasmine en injections intramusculaires.

M. Visbecq (Paris) rappelle que le *stovarsolate de quinine* jugule rapidement les symptômes aigus de la quarte et de la tierce bénigne et stérilise complètement et définitivement les paludéens infestés de tierce maligne. Il préconise un traitement discontinu : séries de cures de dix jours, à raison de 1 gramme de stovarsolate par jour (doses proportionnées pour les enfants), séparées par des intervalles de repos de cinq jours.

M. G. Léga (Italie), communique les résultats des travaux de l'Ecole supérieure de malariologie de Rome sur le traitement du paludisme par les alcaloïdes secondaires du quinquina, par les *quinetums* et par des produits synthétiques comme le salvarsan, le stovarsol, le quinostovarsol et la plasmoquine. La plasmoquine, bien que remarquable en ses effets, n'est pas assez parfaite encore pour entrer dans la pratique courante; le quiniostovarsol s'est montré insuffisant dans les cas graves; la quinidine, la cinchonidine sont efficaces, mais ne répondent pas au but d'économie qui a présidé aux recherches relatées. Les quinetums, au contraire, contenant les divers alcaloïdes de l'écorce de quinquina et doués de propriétés thérapeutiques presque égales à celles de la quinine, semblent pouvoir résoudre le problème économique du traitement du paludisme.

M. Marinucci (Italie) explique le fonctionnement d'un centre de convalescence pour paludéens (Centre de l'Aéronautique royale, à Nisida). Les convalescents sont tenus en observation pendant quelques jours. Pour s'assurer de leur guérison, on peut essayer de réactiver l'infection par une injection de tuberculine. Après quoi on les soumet, s'il y a lieu, à un traitement intensif et rapide. Dans les cas de paludisme latent et chronique, la guérison n'est souvent obtenue qu'après réactivation de l'infection.

M. le professeur Soula (Toulouse) et M. Radji (Téhéran) rapportent des observations qui tendent à montrer que l'opothérapie splénique, sous la forme de lipides insaponifiables de la rate, est un excellent agent thérapeutique de l'anémie paludéenne.

Discussion.

Pour M. Pontano (Italie), la voie veineuse est une voie d'exception qui n'est pas exempte de dangers. L'administration bien réglée de la quinine par la bouche lui a toujours

donné satisfaction. C'est aussi par la voie buccale que M. Sadi de Buen (Espagne) a appliqué en grand le traitement quininique; il en expose succinctement les résultats.

MM. Sadi de Buen et Gasset de Morenas (Espagne) font connaître les résultats de leurs expériences sur le traitement du paludisme par la plasmoquine, en Espagne.

Les premières expériences entreprises par M. Walch aux Indes Néerlandaises ne confirment pas entièrement les faits cités par les auteurs, concernant la perte du pouvoir infectant des gamétocytes pour les anophèles, à la suite de l'absorption par le malade d'une seule dose de plasmoquine (variant de 5 à 30 milligrammes).

D'après M. Rodhain (Belgique), les incidents du traitement par la plasmoquine ne sont pas exceptionnels.

Une intervention de M. Ziemann (Berlin) tendant à montrer la grande tolérance des indigènes de l'île Fernando Pô à l'égard de la plasmoquine, fait dire à M. Pittaluga (Espagne) que cette tolérance, d'ailleurs bien connue, est différente des réactions des Européens aux médicaments.

A une question de M. Walch sur la posologie de la plasmoquine, M. Muhlens répond qu'on a pu donner 6 centigrammes par jour pendant longtemps sans inconvénient (vingt et un jours dans un cas).

Section VI.

Prophylaxie. Propagande antipaludique. Histoire du paludisme et de la prophylaxie.

M. J. Schwetz (Congo belge) tire de l'examen des conditions du paludisme à Léopoldville, Elisabethville et Stanleyville, cette conclusion que la prophylaxie quinique doit être d'abord appliquée dans les différents centres congolais, en attendant la réalisation des grandes mesures antilarvaires. Les petites mesures antilarvaires, les « brigades antimalariennes » n'ont donné aucun résultat à Elisabethville et à Stanleyville.

M. A. Piélladu (Alger), pour permettre l'élevage des *Gambusia*, dans les grands bassins du Jardin d'essai d'Alger, a commencé par détruire les gros cyprins dorés, qui y existaient déjà, par le chlorure de chaux à la dose de 1 p. 1.000 d'eau. Le chlorure de chaux a été ensuite réduit par la vase du fond des bassins. Une quinzaine de jours après cette opération, les *Gambusia* y ont été introduites et y ont rapidement pullulé.

M. E. Roubaud (Paris) montre les *avantages* et précise les *conditions d'emploi des poudres antilarves*. Les poudres toxiques insolubles (trioxyméthylène, vert de Schweinfurth, orpiment, etc.) ne peuvent donner, en principe, que des résultats immédiats moins bons que les pétrolages et les traitements par les huiles de surface. Mais ces insuffisances sont compensées par certains avantages spéciaux; en particulier, les poudres ne modifient pas l'exercice de la ponte sur les surfaces traitées. Lorsque la totalité des lieux du développement des anophèles ne peut être pétrolée, il est préférable de recourir aux poudres ou d'associer les unes aux autres.

M. le professeur E. Jandolo (Italie) expose les nouvelles *directives de la législation italienne sur la bonification intégrale*. Elles s'inspirent de cette notion que pour assainir une région il ne suffit pas d'assécher les marais de grande étendue; il faut y joindre l'utilisation intensive et continue des terres asséchées en amenant sur les lieux une population agricole dense.

M. le professeur A. Missiroli (Italie) trace l'histoire des grands travaux de bonification agricole du delta du Tevere (Ostie, Fiumicino, Maccarese) et montre que la bonification, la culture intensive du sol, l'amélioration des conditions économiques, le bien-être, les habitations hygiéniques n'auraient pas suffi à faire disparaître le paludisme de la région. La maladie persiste dans toutes les zones bonifiées tant que les anophèles qui peuvent piquer l'homme y existent; d'où la nécessité de recourir à la protection mécanique des habitants, et autres mesures dirigées contre les moustiques.

M. Ph. Copanaris (Grèce) décrit l'organisation de la lutte antipaludique en Grèce : étude épidémiologique, méthodique et précise portant sur les réservoirs de virus, la fréquence des diverses espèces de *Plasmodium*, les insectes vecteurs, avec le concours de médecins malariologues spécialistes; division de l'Etat grec en secteurs de prophylaxie, principaux et secondaires; création de centres antipaludiques modèles; 24 millions de drachmes sont consacrés annuellement à l'exécution du programme d'assainissement.

M. Ch. Comte (Tunis) trace l'historique de la lutte entreprise en Tunisie contre le paludisme depuis 1903. Le paludisme ne diminuera d'une façon durable en Tunisie que du jour où les travaux antilarvaires seront poursuivis activement et avec méthode, sous la direction d'ingénieurs hydrauliciens spécialisés.

M. Colombani (Maroc) rend compte des mesures antipaludiques appliquées au Maroc, en 1928 et 1929, par la direction de la Santé et de l'hygiène publiques : grands travaux de desséchement, régularisation de cours d'eau, surveillance des irrigations, petites mesures antilarvaires (pétrolages, empoisonnement avec des *Gambusia*), distributions de quinine à prix réduit ou même à titre gratuit; quininisation préventive; quininisation systématique du réservoir de virus indigène par un corps spécial de médecins, les médecins de prophylaxie, assistés d'infirmiers spécialistes, pratiquant des injections de quinine; éducation du public par des conférences, des tracts rédigés en langue française et en langue arabe.

M. Hussameddin (Turquie) expose les conditions dans lesquelles la lutte contre le paludisme est engagée depuis 1925 dans la République turque. Plus de 10 millions de francs y ont été consacrés en 1929. Les résultats obtenus sont très satisfaisants. Le paludisme devient rare dans les localités protégées. Le taux de la natalité a remarquablement augmenté tandis que la mortalité a diminué. Les terrains assainis sont livrés à la culture intensive, ce qui améliore, dans une large mesure, la situation économique du pays.

M. H. Soulié (Alger) esquisse l'*histoire du paludisme en Algérie* dans l'antiquité, au moyen âge et dans les temps modernes. La maladie y persiste encore de nos jours, à cause de l'insuffisance de traitement des paludéens surtout. Pour en restreindre les méfaits, il convient d'abord d'organiser et d'intensifier le traitement curatif. On procédera, en outre, à la bonification du sol, et on entreprendra la lutte contre les moustiques toutes les fois que les circonstances le permettront. On ne fera de la quininisation préventive qu'une application limitée à cause de ses gaspillages de quinine auxquels elle expose, des difficultés qu'elle présente et de l'incertitude de ses résultats.

M. Ciavaldini (Algérie) évoque le labeur, le dévouement, les sacrifices des médecins de colonisation d'Algérie, agents essentiels de la pénétration pacifique, vaillants pionniers de la civilisation en pays barbaresque et rend un pieux hommage à la mémoire de ceux de ses collègues qui sont morts victimes de leur devoir.

M. le président de la séance, professeur Silber-Schmidt (Zurich), associe le Congrès à cet hommage. Sur sa proposition, l'assemblée tout entière se lève en l'honneur des médecins de colonisation d'Algérie.

M. J.-B. Vincent (Oran) montre qu'en 1833, J.-A. Antonini, médecin de l'hôpital du Dey d'Alger, protestait déjà contre l'usage de la saignée chez les paludéens, usait très largement de la quinine, conseillait de la donner d'emblée, à dose suffisante et proportionnée à la gravité des symptômes, sans attendre de rémission, et établissait la nature palu-

dèenne de certaines formes de fièvres continues. Par là, il précéda Maillot. Si Antonini n'a pas exposé sa méthode avec autant de talent et de rigueur doctrinale que son illustre successeur, il n'en a pas moins fait œuvre originale. Justice devait lui être rendue. (Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1930, nos 26 et 35.)

M. Th. ZAMMIT (Malte) relate une petite épidémie de paludisme qui éclata dans une localité de Malte, en 1904. Le paludisme n'avait plus été signalé dans l'île depuis 1881.

M. J. W. W. STEPHENS (Angleterre) donne, d'après des documents bibliographiques, un aperçu de l'*histoire de la fièvre bilieuse hémoglobinurique* en Afrique de 1822 à 1884.

Mme A. CELLI-FRAENTZEL montre comment les Français, depuis le moyen âge (moines clunisiens et cisterciens) jusqu'aux temps du Premier Empire, se sont dévoués à l'assainissement de la campagne romaine.

M. LUTRARIO, président de la Commission du paludisme de la Société des Nations, fait en séance plénière un exposé des nombreux travaux accomplis par la Commission depuis 1923, date de sa fondation, dans les divers domaines où son activité s'est exercée : recherches scientifiques, enquêtes épidémiologiques, consultations données à divers Gouvernements pour la lutte antipaludique, formation du personnel (médecins et ingénieurs spécialisés) par les écoles de malariologie de Londres, de Hambourg, de Paris et de Rome.

***

Des conférences ont été faites, hors séance, les 20 et 21 mai, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, par le docteur Ed. BENHAMON (Alger), sur les épreuves de splénocontraction chez les paludéens, — par M. le professeur SCHUFFNER (Pays-Bas) sur le voyage d'étude de la Commission du paludisme de la Société des Nations dans l'Inde anglaise, — et par M. le professeur WALCH sur l'assainissee



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Hygiène publique en France, par M. A. LANDRY, député, ancien ministre. In-8. Prix : 15 fr. — Paris, Félix Alcan.

La Sarabande éternelle. Dialogues sur la matière, par M. Charles BRUNOLD. Un volume in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, librairie Hachette.

Réactions de cure. Crises thermales à La Bourboule, par le docteur J. GODONNÈCHE. Une brochure in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, Jouve et Cie.

Le Crime du guérisseur, par le docteur Albert NAST, avec avant-propos du professeur Léon BERNARD et de M. A. CALMETTE. Un volume in-8. — Prix : 5 fr. — La Guette, 32, rue de Lagny, à Chelles.

ment des viviers d'eau saumâtre aux Indes néerlandaises par une méthode biologique.

Le Congrès a nommé membres du comité permanent des Congrès internationaux du paludisme : MM. Schuffner et Swellengrebel pour les Indes néerlandaises, Hussameddin pour la République de Turquie et Salvator Mazza pour la République argentine. Il a décidé enfin que le IIIe Congrès international du paludisme aurait lieu en Espagne en 1935.

L. P. et A. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUIN 1930)

Etude du mode de fixation du chlorhydrate de cocaïne sur les fibres nerveuses. — MM. Jean RÉGNIER et Guillaume VALETTE.

Comparaison entre les pouvoirs tampons du glycocolle et de la glyciglycine. — M. Claude FROMAGEOT et Mlle M. WATREMEZ.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1930)

Séance consacrée à la célébration du Centenaire de Marey et à la réception des médecins de l'Amérique du Nord et du Canada.

Ce fut une grande séance. L'Académie célébrait le Centenaire de Marey, elle recevait aussi les médecins de l'Amérique du Nord et les médecins canadiens qui viennent de visiter les stations thermales et climatiques de France. On remarquait encore dans la salle la présence de nombreuses dames et de tout l'état major de l'Ecole de Joinville.

M. le Président souhaita d'abord la bienvenue aux hôtes de l'Académie, puis il donna la parole à M. Charles Richet pour l'éloge de Marey.

Sans s'aider d'aucune note, M. Charles Richet a prononcé un admirable éloge de Marey, remarquable par sa belle ordonnance, par sa forme impeccable, mais plus encore par la noblesse et l'élévation de sa pensée.

« Marey a dit M. Richet est un de ces hommes qui laissent après eux un sillon profond ». On lui doit en effet « la méthode graphique, l'aviation, et la cinématographie ».

Jules-Etienne Marey naquit en Bourgogne le 5 mars 1830. Il fit ses études au collège de Beaune. Attiré vers la médecine il vint à Paris, fut l'élève de Denonvilliers dont il recueillit les cours, puis de Trousseau. Il choisissait bien ses maîtres.

Le 22 décembre 1854 il est reçu à l'internat et dès cet moment il travaille seul, il « bibelote », il invente et construi de petits appareils qui doivent plus tard révolutionner la médecine. Dans sa thèse en 1859 il expose la *méthode graphique*, dont il est le véritable créateur, et il l'applique à la circulation. Quatre ans après il publie son livre sur » la circulation du sang. »

C'est à Marey que l'on doit le premier sphygmographe, digne de ce nom. Il crée ensuite le cardiographe et le pneumographe. Avec Chauveau il publie des graphiques de la circulation, graphiques si remarquables que « jamais, déclare M. Richet, on n'a rien fait de mieux ».

Puis Marey se consacre à l'étude des mouvements; il invente un myographe parfait, il passe à des mouvements plus compliqués, reprenant l'idée de Harvey il étudie les mouvements du cœur, ensuite les mouvements des animaux, la reptation des anguilles, les mouvements du poisson, ceux du chien. Il en arrive au vol des oiseaux, et à ce propos M. Richet rappelle les discussions sur le plus lourd que l'air. C'est chez Marey, au Collège de France, qu'est essayé l'appareil à ailes battantes de Tatin. Et en partant de cet essai malheureux Marey arrive à démontrer que l'*aviation* a une autre solution, celle à laquelle arrivèrent plus tard Ader et les Wright.

Enfin Marey poursuit plus loin l'analyse du mouvement, il invente la chronophotographie en 1882 et crée en 1893 un projecteur très imparfait qui est cependant l'ébauche du cinématographe que les frères Lumière ont réalisé si splendidement.

Qu'on appelle l'appareil de Marey chronographe ou cinématographe, peu importe, et M. Richet proclame une fois de plus, Marey « *l'immortel créateur de la cinématographie* ».

Après la mort de Marey, son œuvre a été continuée à l'Institut qui porte son nom et qui est arrivé à réaliser l'ultracinématographe.

La fin du discours de M. Charles Richet a été saluée par une des plus belles ovations qu'on ait vues à l'Académie.

Puis M. Richet, grâce à l'obligeance de la maison Pathé, fait défiler devant nous, en un très beau film, les premiers appareils de Marey, ses premiers films recueillis au fusil photographique. Ce fut un spectacle passionnant que de voir les ralentis merveilleux obtenus par Marey, et un moment très émouvant que celui où nous avons revu Marey lui-même cinématographié par ses propres appareils.

M. Richet présenta aussi des films dus à M. Noguès et à M. Bull, de l'Institut Marey.

Ce furent d'abord d'extraordinaires ralentis de films pris à raison de 300 images à la seconde. Mouvements d'animaux, vols d'oiseaux, course par l'athlète héros Jean Bouin, sauts, danses.

Enfin, M. Richet montra des vols d'insectes, et des départs de projectiles pris avec 500, 1.000, 1.500, 2.000, et 20.000 images à la seconde et ce fut un prodigieux spectacle qui enthousiasma l'assistance (1).

L'exposition Marey. — A la fin de la séance, les visiteurs ont parcouru l'exposition rétrospective installée dans la salle des pas perdus. Ils ont admiré les manuscrits de Marey, depuis ses cahiers du cours de Denonvilliers, ses dessins, ses tracés extraordinaires, ses livres sur la circulation du sang, sur le vol des oiseaux, sur la chronophotographie avec plaque fixe (1882), sur la photochronoscopie (1887), son appareil à bande pelliculaire (1888), son projecteur cinématographique (1893) et son fameux fusil photographique à l'aspect de fusil mitrailleur, qui lui valut, dit-on, une contravention pour délit de chasse de la part d'un garde-champêtre trop zélé !

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1930)

M. GOSSET, président, annonce la mort du professeur Lanelongue (de Bordeaux), membre correspondant national.

Volvulus d'un lipome pédiculé intra-articulaire du genou. — M. CAPETTE rapporte cette observation de M. Diamant-Berger qui opéra une malade de trente-quatre ans en pensant à une lésion du ménisque interne. Il constata un

(1) On nous permettra de rappeler que M. Charles Richet a présenté à la *Revue générale des sciences*, il y a plusieurs années déjà, un *film parlant* réalisé par Gaumont, dans lequel on put voir et entendre, avec un parfait synchronisme, M. le professeur Langlois et M. Charles Richet lui-même. (*N. D. L. R.*)

volvulus d'un lipome pédiculé. Ces lipomes sont fréquents, leur volvulus très rare. Guérison.

Volvulus total de l'anse ombilicale. — M. Ombrédanne fait un rapport sur ces deux observations de M. Matry (de Fontainebleau) qui rappellent assez exactement celles rapportées récemment à la Société. Dans les deux cas il existait des brides. Guérison.

Perforation de la vésicule biliaire au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Ombrédanne rapporte cette observation de MM. Fèvre, Folliasson et Liège : il s'agit d'un typhique opéré au troisième septénaire. Une incision exploratrice amène à la découverte d'une péritonite par perforation de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Guérison. La cholécystostomie est indiquée dans les perforations vésiculaires survenant à la période d'état de la typhoïde, tant à cause de l'état général grave, que pour l'utilité de garder la fistule vésiculaire comme voie d'excrétion des bacilles typhiques. Au contraire la cholécystectomie paraît indiquée lorsque la typhoïde est terminée et que la vésicule constitue un réservoir de bacilles.

Deux observations d'ulcère perforé du diverticule de Meckel. — M. Mondor fait un rapport sur ces deux observations de MM. Fèvre et Patel, et Fèvre et Lepart :

Dans le premier cas les auteurs croyant opérer une appendicite perforée, constatent l'intégrité de l'appendice et remontent le grêle jusqu'au diverticule de Meckel qui est perforé. Résection cunéiforme de la base d'implantation intestinale et suture transversale. Guérison. Dans le second cas il s'agissait d'un nourrisson ayant présenté des hémorragies intestinales et le diagnostic posé fut celui d'invagination. Ablation du diverticule de Meckel. Guérison opératoire. M. Mondor fait ensuite l'histoire de cette maladie; il en montre la fréquence, et s'attache à montrer que le diagnostic est souvent possible, ce qui permettra de sauver de nombreux enfants. M. Mondor fait en somme une remarquable et première étude d'ensemble de la clinique de cette question.

Sténose cicatricielle post-opératoire des voies biliaires principales après cholécystectomie. — MM. Desplas, Gaston Durand et Meillère ont observé une malade présentant des signes d'angiocholite à la suite de la fermeture d'une fistule biliaire post-opératoire. A l'intervention, après transfusion, on constate un rétrécissement du cholédoque. On place un drain dans le canal hépatique. Mort secondairement par congestion pulmonaire. L'examen de la pièce montre bien les dangers de la ligature de l'artère cystique.

Prothèse par sonde perdue pour compression de la voie biliaire principale par pancréatite. — MM. Desplas, Dalsace et Meillère chez un malade présentant un ictère chronique dû à une pancréatite chronique ont d'abord pratiqué une cholécystostomie. Accentuation de l'ictère au bout de quelques jours. Implantation hépato-gastrique sur sonde de prothèse. Disparition rapide de l'ictère.

M. Moure a obtenu un beau succès immédiat du drainage interne, mais la malade est morte ultérieurement d'ictère grave.

M. Brocq estime que d'après les expériences sur l'animal les prothèses caoutchoutées finissent par provoquer un rétrécissement progressif des voies biliaires.

M. Gernez a déjà opéré une malade suivant la technique qu'a suivi Desplas. Mort au bout de cinq ans.

M. Pierre Bazy a obtenu des succès éloignés par des méthodes analogues, mais sans utilisation de tubes.

Présentation de radiographies. — M. Mouchet. Curieuse lésion traumatique de l'extrémité inférieure du radius.

LIVRES NOUVEAUX

Psychiatrie du médecin praticien (1), par MM. M. Dide, directeur-médecin de l'Asile de Braqueville, et P. Guiraud, médecin chef des Asiles de la Seine. Deuxième édition. Collection du médecin praticien.

Ecrire pour les médecins praticiens, les étudiants, un manuel de psychiatrie clair, précis, facilement accessible sans initiation spéciale et qui soit en même temps un véritable traité clinique complet au courant de toutes les tendances de la psychiatrie moderne, tel est le double problème qu'ont résolu MM. Dide et Guiraud.

Les auteurs ont eu le soin de ne pas faire de l'étude des psychoses un monde à part, à l'écart de la pathologie médicale; ils les ont au contraire situées à leur place en insistant sur les rapports qui les relient à la psychologie normale, aux névroses, ou, d'autre part, aux affections organiques.

Pour obtenir ces résultats, MM. Dide et Guiraud ont réussi à ne rien sacrifier de l'observation rigoureuse des faits. Les cadres, pour schématiques qu'ils sont, s'adaptent réellement à l'observation clinique; la netteté des divisions laisse subsister l'étude minutieuse des nuances et des transitions entre les nombreuses catégories de syndromes; la précision des analyses facilite un diagnostic extrêmement fouillé; l'étude clinique se double d'un résumé concis, mais très complet, de toutes les recherches modernes de psychologie ou de biologie, ainsi que des renseignements fournis par l'anatomie pathologique.

Si bien que ce livre, écrit pour les praticiens et parfaitement adapté à son but, demeure cependant, dans sa forme condensée, un ouvrage remarquablement « au point » pour le spécialiste qui veut se tenir au courant des tendances modernes et de l'évolution des idées en psychiatrie pour les magistrats, les avocats, les philosophes et tous les curieux de la psychiatrie. L. G.

L'Enfant, la préparation à la vie (2), par M. le docteur Victor Pauchet.

Ce volume fait suite à deux autres; l'auteur continue d'y exposer sa philosophie essentiellement pratique et vécue et s'adresse cette fois à ceux à qui incombe la charge d'une éducation. Former un corps, une volonté, un caractère; permettre à l'enfant de vivre utilement son enfance pour que dans sa vie d'adulte rien, si possible, ne soit perdu de ses heures ni de ses efforts. Il y a là de quoi former un enfant et de quoi aussi reformer ou diriger ses éducateurs. L'importance grande mais non exclusive du physique, la psychologie de l'enfant, les moyens de commencer son éducation, les précautions à prendre et les choix à faire lorsque les parents doivent passer la main. La surveillance et l'emploi des études et des heures de liberté, l'orientation et la préparation professionnelle, la culture physique, les sports sont successivement l'objet de chapitres brefs et substantiels, appelant parfois la discussion, toujours la réflexion et souvent l'assentiment. Et par ailleurs un livre où la philosophie est sans pesanteur et où la pédagogie est alerte et qui, à sa dernière page, appelle une seconde lecture.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume de 466 pages avec 8 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Paris, 1929, J. Oliven.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 53. — MERCREDI 2 JUILLET 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 2 JUILLET 1930. — N° 53.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — *Pathologie chirurgicale.* — Séance du 27 juin. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du cancer du rectum (sans traitement). »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes, diagnostic et évolution de la tuberculose épididymo-testiculaire de l'adulte (sans traitement). » — « Signes, diagnostic et traitement des fractures récentes du cou-de-pied dites de Dupuytren. »

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Baldenweck, Grivot, Lemaître, Hautant, Moulonguet, Chabrol et Grégoire.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Après concours, le docteur Louis Grandmaison, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Grenoble.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par décret en daté du 25 juin 1930 les préparateurs titulaires de travaux pratiques et de laboratoires de recherches des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie prennent désormais le titre d'assistants.

— MONTPELLIER. — L'emploi d'agrégé d'histologie est déclaré vacant.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. le docteur René Porte, professeur de clinique médicale, a été prorogé pour une période de trois ans dans les fonctions de directeur de l'Ecole de médecine.

— NANTES. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de clinique ophtalmologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le lundi 12 janvier 1931 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire le lundi 7 juillet 1930. La durée de cette session est fixée à trois jours.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — M. le docteur Boulay, ancien interne des hôpitaux de Paris, est attaché au cabinet du ministre.

A PROPOS DU B. C. G. — L'Institut Pasteur nous communique la note suivante :

« Les presses française et étrangère ont propagé largement, à propos du drame de Lübeck, l'idée que le vaccin préventif de la tuberculose, préparé par l'Institut Pasteur de Paris et connu sous le nom de « B. C. G. », avait causé dans cette ville la mort, par tuberculose, d'un grand nombre de nourrissons.

« Il est actuellement établi par les enquêtes officielles faites par le gouvernement du Reich que ces décès sont dus à une fatale erreur du laboratoire de l'hôpital municipal de Lübeck qui a substitué au « B. C. G. » inoffensif des cultures de tuberculose virulente. Il est donc nécessaire qu'on soit informé partout que le vaccin « B. C. G. » de Calmette et Guérin est complètement hors de cause et qu'il n'a aucune part de responsabilité dans ces accidents. »

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — ECOLE D'APPLICATION DE MARSEILLE. — La chaire de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale est déclarée vacante à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1931.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues à l'article 9 du décret du 22 août 1928, portant organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs titres et travaux scientifiques, et d'un état des services, et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er novembre 1930 au plus tard.

LE PERSONNEL MÉDICAL AUX COLONIES. — Dans la dernière séance de l'Académie des sciences coloniales, M. Lasnet, inspecteur général du Service de santé aux colonies, a exposé la situation et l'organisation du personnel médical aux colonies et les mesures prises pour assurer son recrutement.

Voici le résumé que fait le *Temps* colonial de cette importante communication :

« 1° Les médecins libres, au nombre de 150, n'existent que dans les vieilles colonies où ils sont représentés par des médecins originaires (Martinique, Guadeloupe, Réunion) et par quelques médecins, surtout anciens militaires, attirés par la clientèle des particuliers (Hanoï, Saïgon, Tananarive, Dakar). Cette catégorie sera accrue par la création d'écoles de médecine à scolarité universitaire dans les grandes villes coloniales où l'enseignement universitaire est bien organisé et où la colonisation européenne est assez avancée pour donner de bons éléments.

2° Les médecins de l'Assistance (médecins des cadres locaux et médecins contractuels), dont le recrutement ne donne vraiment que pour l'Indochine, sont au nombre de 125 pour les cadres et de 55 pour les contractuels.

3° Les médecins militaires du corps de santé colonial au nombre de 756, dont 400 pour les colonies et les autres pour l'armée coloniale en France, en Syrie, en Afrique du Nord, se recrutent dans d'excellentes conditions depuis les mesures de redressement prises en 1924. Les promotions annuelles, autrefois de 40, sont passées à 80 d'abord, puis à 100 et 120. M. Alcide Delmont est en pourparlers avec la Guerre pour faire porter l'effectif de 756 à 1.000, ce qui donnera 600 médecins présents aux colonies.

4° Des médecins étrangers, presque en totalité Russes réfugiés, engagés comme contractuels sous le nom d'hygiénistes adjoints. Ils sont au nombre de 80, donnent en général toute satisfaction et quelques-uns sont remarquables.

A côté de ces éléments européens qui sont les cadres de l'armée sanitaire coloniale, il faut placer la masse grandissante des exécutants : médecins et sages-femmes indigènes formés dans les écoles de médecine de Hanoï, Tananarive et Dakar, au nombre de 700 médecins et de 800 sages-femmes ; infirmiers et infirmières soignants, au nombre de 4.000 ; infirmiers visiteurs et infirmières visiteuses en création en Afrique occidentale française pour l'application du vaste programme de médecine sociale dressé par le gouverneur général Carde ; agents d'hygiène et gardes sanitaires, au nombre de 2.000. »

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu fin juillet pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé de dispensaires dans le département de l'Orne.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type du Comité national.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

VOYAGE MÉDICAL PYRÉNÉES-OCÉAN. — Le second voyage médical Pyrénées-Océan va se dérouler du 6 au 17 septembre selon le même programme que l'an dernier. Rappelons, en effet, que les quatre grands voyages annuels de la Société médicale du Littoral méditerranéen et de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, assurent désormais la visite régulière des régions thermales, climatiques et touristiques du Midi de la France, de Menton à Biarritz et des Gorges du Tarn aux stations préhistoriques du Périgord. Ces voyages, réglés par une organisation permanente et spécialisée, offrent à nos confrères et à leurs familles toutes les garanties de bien-être, d'instruction et d'agrément.

Voici le parcours du prochain voyage Pyrénées-Océan :

Périgord. — Le musée de Périgueux, la Cité romaine et la Cité médiévale. Les Grottes préhistoriques des Eyzies.

Pyrénées. — Bagnères-de-Bigorre et la cure du neuro-arthritisme. — Lourdes : Les pèlerinages de Bretagne, de Catalogne et de Vieille-Castille. — Barèges et le traitement des os et des articulations. — Saint-Sauveur, Salies-de-Béarn et les maladies des femmes. — Le Cirque de Gavarnie. — Cauterets, les Eaux-Bonnes et les maladies des voies respiratoires. — Argelès et le traitement des enfants. — Pau et le château de Henri IV. — Saint-Christau et ses bains de cuivre. — Les sanatoria de Cambo.

Océan. — Biarritz, Hendaye, Fuentarrabia, San-Sebastian (corrida de Toros).

Le voyage se terminera par une réception à Dax dont on visitera les somptueux établissements récemment aménagés ; et la dissociation se fera à Bordeaux le 17 septembre.

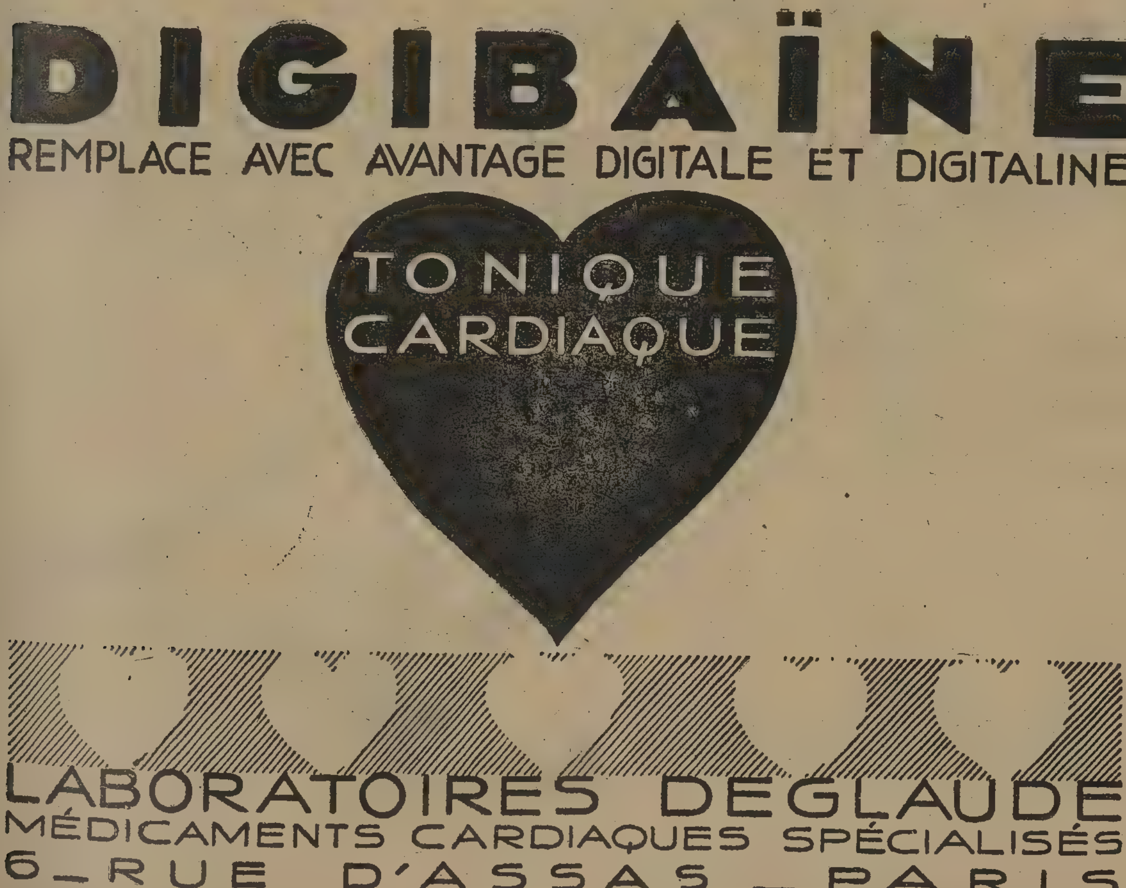
Des réceptions, conférences et démonstrations scientifiques sont prévues dans toutes les stations. Les séjours sont préparés dans les meilleurs hôtels. Le nombre des adhérents est limité. Des permis de parcours à demi-tarif seront demandés aux compagnies de chemins de fer pour rejoindre Périgueux et pour partir de Bordeaux.

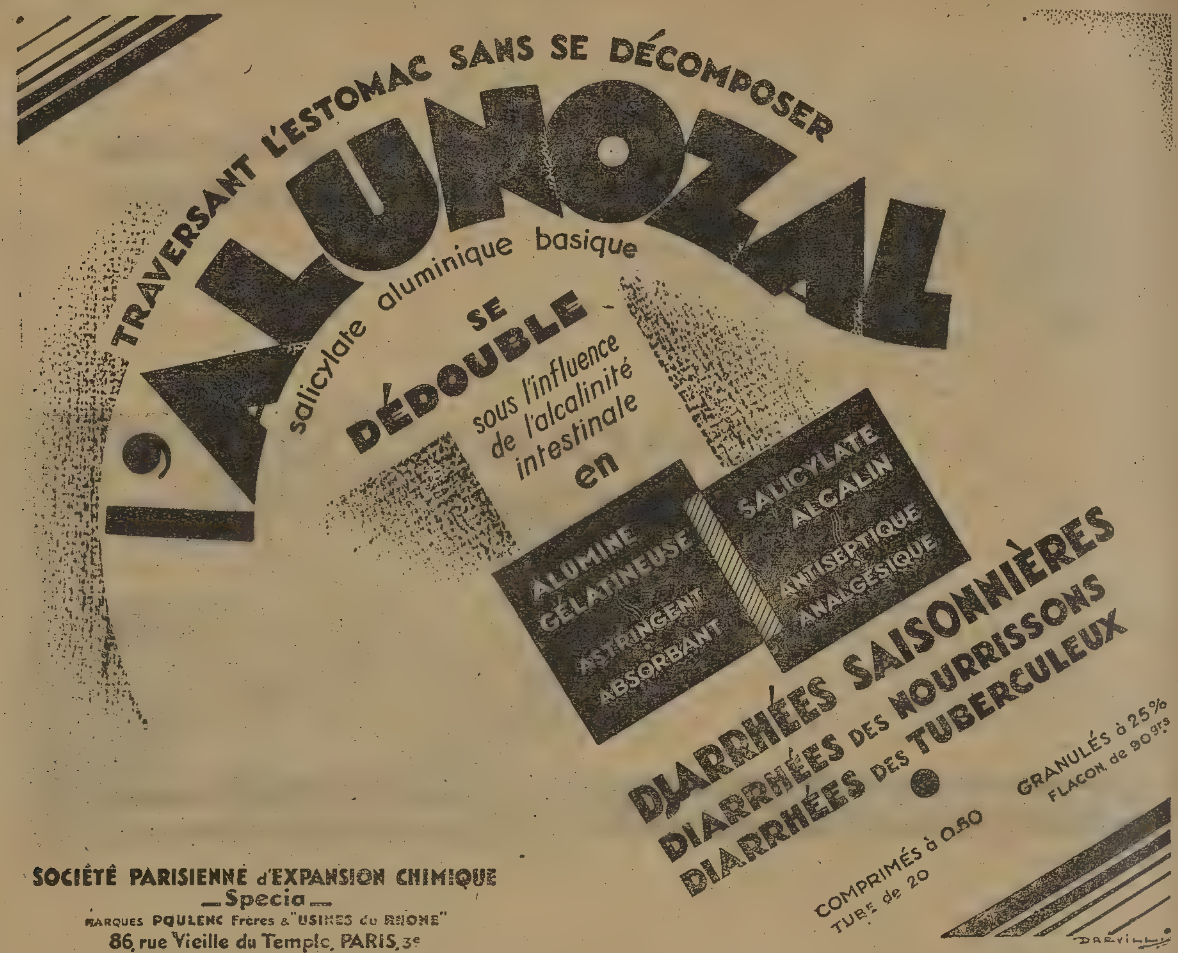
Pour tous autres renseignements, écrire au docteur M. Faure, direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

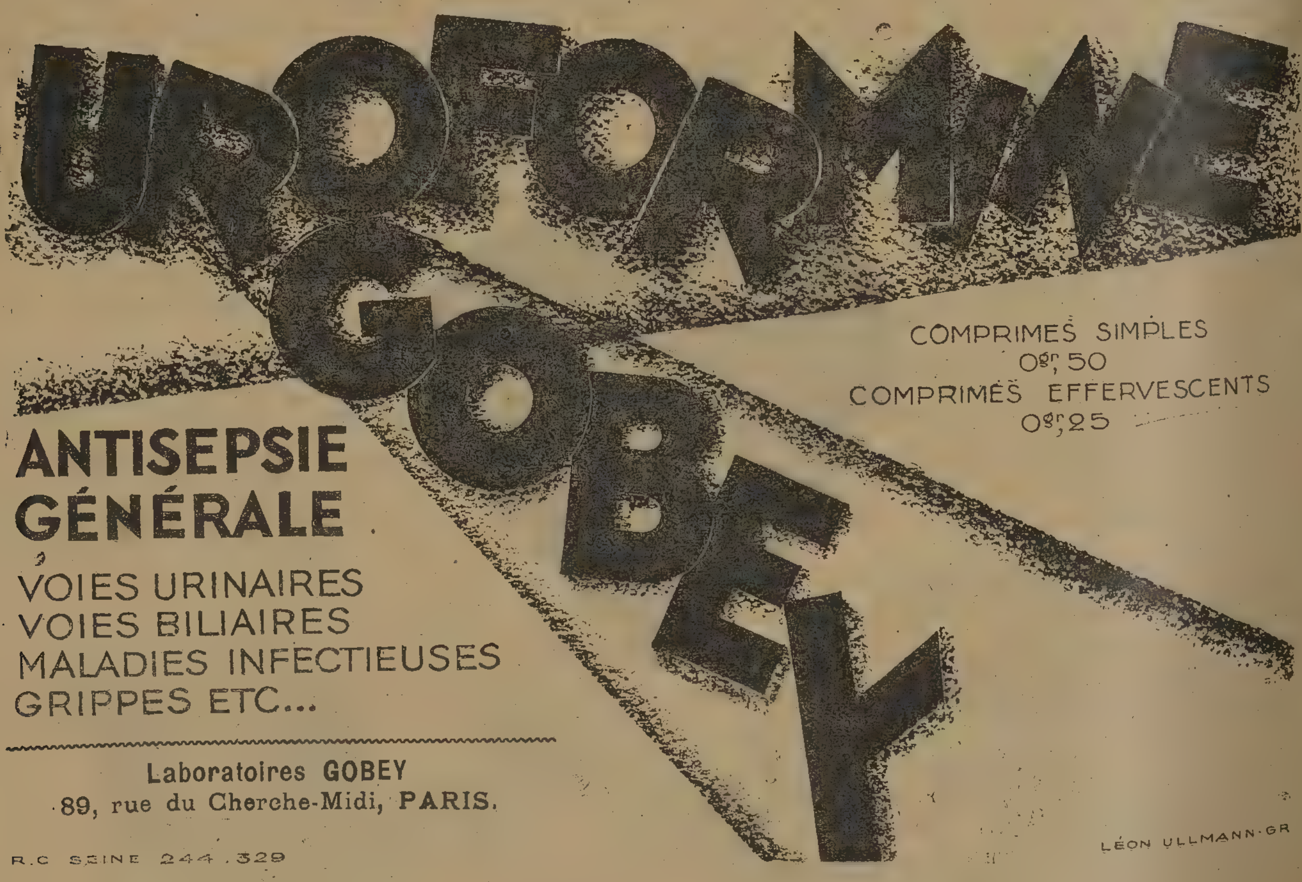
VOYAGE MÉDICAL AUX VILLES D'EAUX TCHÉCOSLOVAQUES. — Le quatrième voyage médical organisé par « Mon Voyage » se fera cette année entièrement en autocar de luxe, du 24 août au 6 septembre : Strasbourg, la Forêt Noire, Baden-Baden, Rottenbourg, Nuremberg, Bayreuth, villes d'eaux tchécoslovaques (Francensbad, Marienbad, Carlsbad, Jachimov, Podebrady), Prague, les Grottes de la Macocha, Vienne, les merveilles des Alpes autrichiennes (Mariazell, Aussee-les-Bains, Hallstadt, Ischl-les-Bains, Salzbourg), les Alpes bavaroises avec le Chiemsee, Munich, Augsbourg, Ulm, Freibourg et Strasbourg.

Prix : 3.200 fr., tous frais payés, places forcément limitées. Les adhésions sont reçues à l'Agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière, Paris IIe. (Tél. Louvre 08-90.)


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
LABORATOIRES CHOAY — 48, rue Théophile Gautier — PARIS (XVIe)


DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE
TONIQUE
CARDIAQUE
LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS


TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER
L'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE DÉDOUBLE
sous l'influence de l'alcalinité intestinale
en
ALUMINE GÉLATINEUSE
ASTRINGENT ABSORBANT
SALICYLATE ALCALIN
ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
GRANULÉS à 25%
FLACON de 90grs
COMPRIMÉS à 0.50
TUBE de 20
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e


UROFORMINE GOBEY
COMPRIMES SIMPLES
0gr,50
COMPRIMES EFFERVESCENTS
0gr,25
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Laboratoires GOBEY
89, rue du Cherche-Midi, PARIS.
R.C SEINE 244.329
LÉON ULLMANN·GR

ULCÈRE GASTRIQUE AVEC NICHE

CHEZ UN SYPHILITIQE AVÉRÉ

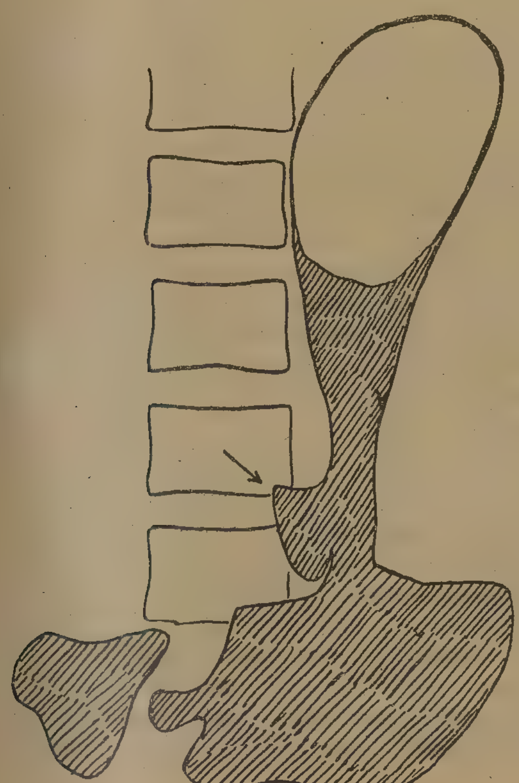
Traitement d'épreuve.
Disparition des signes fonctionnels. Persistance de la lésion anatomique.
Gastrectomie consécutive. Examen de la pièce opératoire.

Par MM. R. LERICHE et A. JUNG.

(Clinique chirurgieale A de l'Université de Strasbourg.)

Voici un document qui peut servir à l'histoire très embrouillée des relations de la syphilis et de l'ulcère de l'estomac :

Paul E..., homme de cinquante-deux ans, est admis à la clinique chirurgicale A, le 3 janvier 1930 pour des troubles digestifs dont le début remonte à deux ans. Ce sont ceux de l'ulcère gastrique : douleurs et brûlures épigastriques, survenant une à deux heures après le repas, et s'accompagnant de pyrosis. Les douleurs aboutissent souvent à un vomissement qui les calme complètement. Depuis le début, elles surviennent par crises de quinze jours ou de trois semaines, suivies de phases d'égale durée où le malade est apparemment bien portant. Ces derniers trois mois, les douleurs sont devenues très vives, se présentent journellement, et s'accompagnent de vomissements très fréquents. Le malade est constipé et a constaté à plusieurs reprises des selles noires. Le tubage gastrique montre un suc hyperacide.



Paul E... — *Image gastrique après repas au bismuth.* — Niche bien visible à la partie inférieure de la petite courbure (flèche).

L'examen radiologique de l'estomac (docteur Schaaff) révèle une grande niche de Haudeck à l'angle inférieur de la petite courbure (voir la figure).

En dehors d'un deuxième bruit aortique un peu claquant, avec d'ailleurs une tension artérielle normale, l'examen viscéral ne révèle rien de particulier.

Le malade est ancien sous-officier, qui a fait seize ans de service militaire aux Colonies. Il a eu à vingt-cinq ans la fièvre typhoïde.

Il reconnaît avoir eu la syphilis à vingt-huit ans. Elle semble avoir été insuffisamment traitée. Le Bordet-Wassermann est positif au sérum frais et au sérum chauffé.

En présence de ces antécédents et des résultats de la séro-réaction, on fait immédiatement une série d'injections de novarsénobenzol. Dès les premières injections, le malade se sent mieux. Vers la fin de la série (4g05), il ne souffre plus du tout de l'estomac. Il mange de tout, sans aucun souci de régime, et supporte les aliments les plus indigestes absolument sans douleurs, sans vomissements, et sans la moindre gêne. Il est transformé non seulement subjectivement, mais aussi objectivement : il grossit, et prend le facies de l'homme bien portant. Il se croit guéri et songe à quitter l'hôpital.

Le résultat est si frappant, qu'avant de l'autoriser à s'en aller, nous nous demandons si l'image radiologique ne s'est pas modifiée elle aussi : cela nous paraît assez vraisemblable.

Un nouvel examen radiographique de l'estomac est donc fait. Il montre exactement la même image que la première radiographie; il n'y a aucune modification : la même niche de Haudeck est visible à l'angle inférieur de la petite courbure, ayant les mêmes dimensions. Le cliché radiologique est exactement superposable à celui pris avant le traitement spécifique. Nous décidons d'intervenir.

Le 8 février 1930, opération sous anesthésie locale, avec infiltration des splanchniques. Nous trouvons un grand ulcère de la petite courbure (dimension d'une pièce de 5 fr.), à fond pancréatique : pyloro-gastrectomie après détachement de l'ulcère, et anastomose latéro-terminale du jéjunum à la partie inférieure de la tranche de section gastrique.

Suites opératoires sans incident.

Le malade se lève le douzième jour, et quitte la clinique quatre jours plus tard, en parfait état, ayant bon appétit et mangeant bien. Il a été revu fin avril très engraissé et n'ayant aucun trouble.

La pièce anatomique examinée au laboratoire d'anatomie pathologique par le professeur Géry montre :

Un ulcère chronique, sans particularité structurale, mais présentant un début de cicatrisation sur les bords (tissu de granulation recouvert de lames épithéliales sur les bords).

La muqueuse gastrique offre des aspects variables; on y trouve surtout de la gastrite interstitielle, avec des îlots de gastrite hyperplasique, et des métaplasies intestinales çà et là.

Il s'est donc agi d'un ulcère sans particularité anatomique, sans trace de lésion spécifique (il est vrai, après traitement), mais présentant des images qui ne laissent aucun doute sur l'ébauche d'une cicatrisation. Celle-ci aurait-elle été plus loin? Avons-nous eu tort d'intervenir sans attendre plus? Le début histologique de cicatrisation a-t-il une signification curative? Nous en doutons beaucoup. Un ulcère à fond pancréatique, représentant une large perte de substance de la totalité de la paroi gastrique, nous paraît dans des conditions anatomiques qui ne permettent pas une cicatrisation vraie (1), c'est-à-dire un rétablissement de la continuité des plans gastriques, muqueuse à muqueuse, séreuse à séreuse.

Macroscopiquement, l'ulcère que nous avons enlevé ressemblait à tous les ulcères chroniques et

(1) LERICHE. Considérations générales sur le traitement des ulcères duodéno-gastriques, *Gaz. des hôpit.*, 24 oct. 1928, p. 1489.

n'avait aucun signe macroscopique visible de réparation. En pareille matière, croyons-nous, l'aspect macroscopique a plus d'importance que l'aspect histologique qui ne donne qu'une vue parcellaire et expose à des erreurs d'interprétation, comme cela se voit souvent au sujet des prétendues transformations cancéreuses des ulcères. Dans l'appréciation de l'évolution des lésions, l'examen histologique, sauf dans certains cas précis, n'a que la valeur d'un signe qui demande à être interprété et que l'on ne doit pas accepter comme un absolu.

Mais, nous dira-t-on, votre malade était bien en voie de cicatrisation, puisque ses signes cliniques avaient disparu. Nous ne pensons pas que cette conclusion soit légitime. Dans toute maladie, il faut distinguer deux éléments : il y a la lésion anatomique d'une part, et les signes fonctionnels d'autre part. *Rien n'est d'habitude si facile que de supprimer les signes fonctionnels. C'est une autre affaire que de faire disparaître la lésion anatomique.* Dans un ulcère comme celui que nous avons enlevé, tout traitement bien conduit, même chez un syphilitique, arrive aisément à supprimer la symptomatologie fonctionnelle : le régime, les préparations bismuthées, l'insuline y parviennent rapidement. Il est bien prouvé qu'elles ne font pas disparaître la lésion.

Dans notre compréhension actuelle (1) de la maladie dite ulcère chronique de l'estomac, la symptomatologie ordinaire : douleurs, hypersécrétion, hyperchlorhydrie, et les signes qui en découlent, sont la traduction de l'état de la muqueuse et non celle de l'ulcère. Celle-ci est un symptôme anatomique de la maladie, comme les autres en sont les symptômes fonctionnels. Ils évoluent parallèlement, ils ne sont pas essentiellement influencés les uns par les autres. On peut supprimer les uns sans supprimer l'autre.

Ainsi en a-t-il été chez notre malade. Le traitement a modifié tout ce qui n'était que fonctionnel. A-t-il fait plus?

Nous disions tout à l'heure : c'est peu probable. Mais ce n'est pas impossible. Il n'est pas impossible qu'un tissu de granulation se fasse à partir de la sous-muqueuse sur le fond pancréatique, jusqu'alors simplement couvert de fibrine, que sur cette surface granuleuse, l'épithélium glisse et rétablisse la continuité de la muqueuse. Le traitement syphilitique peut faire de ces miracles anatomiques. De toutes façons, le fait doit être enregistré; il montre qu'on doit faire un traitement prolongé chez les syphilitiques atteints d'ulcère sans conclure trop vite à la guérison du fait de la disparition des signes fonctionnels.

L'étude des rapports de la syphilis et de l'ulcère demande, croyons-nous, à être étudiée très objectivement, en faisant la distinction que nous venons de faire entre les signes fonctionnels et les signes anatomiques. Cela seul permettra un jour des conclusions solides et justes.

(1) Examen critique des idées actuelles sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux en fonction de nos connaissances sur l'histophysiologie gastrique, *Bull. de la Soc. de chir.*, 6 fév. 1929, p. 233.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Un décret du Président de la République, du 18 avril 1930 (1), vient d'ouvrir définitivement la Faculté de médecine de Marseille; un arrêté ministériel en a nommé le doyen; la nouvelle Faculté a commencé à fonctionner le 1er mai 1930; ainsi se trouve close une longue période d'efforts dont les premiers remontent à soixante-dix années; ainsi s'inaugure une période d'activité à laquelle ne se déroberont aucun des hommes qui se sont consacrés à cette œuvre et qui sauront en faire germer les fruits.

Faut-il répéter encore les raisons essentielles qui déjà en 1860, à l'époque où s'effectuait la conquête de l'Algérie, militaient en faveur de cette transformation. Elles n'ont changé que pour acquérir une force toujours plus grande.

L'importance de la Ville elle-même, l'extrême activité de ses hôpitaux qui, par leurs richesses cliniques, sont susceptibles de donner un excellent enseignement technique à un grand nombre d'élèves tandis que les malades eux-mêmes ont besoin d'internes et d'externes en nombre tel que l'ancienne Ecole paralysée dans son expansion, ne se trouvait plus en état de les fournir; l'importance de la région qui entoure Marseille et qui comprend de grandes villes telles que Nice et Toulon; la nécessité de donner satisfaction aux besoins de la Corse, dont la prospérité est si étroitement liée à celle du Port de Marseille, et dont les besoins en personnel médical sont bien loin d'être satisfaits; l'intérêt primordial pour la France d'attirer la jeunesse cultivée du Proche-Orient afin de maintenir ses influences dans le bassin de la Méditerranée dont les riverains sont tous, à des degrés divers, tributaires du port de Marseille; l'obligation toujours plus pressante de fournir à un empire colonial important et presque complètement dépourvu de secours médicaux civils les ressources en personnel qui lui manquent et lui manqueront longtemps encore; l'utilité incontestable et souvent affirmée par les directeurs de la belle école du Service de santé des troupes coloniales d'avoir à leur portée les laboratoires et les installations d'une Faculté pourvue de ressources spéciales que ne peut fournir un hôpital militaire (accouchements, gynécologie, maladies des enfants, etc.). Toutes ces raisons sont de première importance pour Marseille et la Provence; quelques-unes sont essentielles pour la France elle-même.

*
* *

Quelques mots maintenant sur les réalisations qui ont permis cette transformation.

Je rappelle brièvement que, en dépit des raisons d'ordre national données plus haut, l'Etat a toujours

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 26 avril 1930, p. 625.

proclamé son indifférence financière. Une campagne vigoureuse, parfois violente, est parvenue à arracher à l'Etat cette promesse négative. C'est dire que tout ce qui a été fait à Marseille, presque sans exception, n'a pu l'être que par l'effort local; pour parler le langage financier : la Ville de Marseille, le départe-



Cliché DETAILLE, Marseille.

CHATEAU DU PHARO



Cliché DETAILLE, Marseille.

INSTITUT D'ANATOMIE

ment des Bouches-du-Rhône ont été les seules sources de crédits considérables nécessités par cette œuvre; aujourd'hui encore, après avoir créé la Faculté, ils pourvoient à son fonctionnement, à l'exclusion de toute subvention du pouvoir central; c'est le seul exemple en France d'une situation aussi singulière.

Elle n'a pas empêché Marseille de créer de toutes

pièces une véritable Faculté de pharmacie; installée dans un immeuble complètement remanié, avec un vaste jardin botanique, elle a donné lieu à des appréciations flatteuses émanées des compétences les mieux qualifiées. S'il est vrai que l'on a quelque tendance aujourd'hui dans les milieux universitaires à séparer dans l'Université, la médecine de la pharmacie, on pourra, quand on le voudra, faire à Marseille une Faculté de pharmacie à laquelle il ne manque, dès maintenant, que son Doyen.

Le château du Pharo, le Palais construit pour l'Impératrice Eugénie, qui ne le visita que quelques mois avant sa mort, au cours d'un de ses passages à Marseille, le château du Pharo renferme quelques-uns des laboratoires de la Faculté de médecine; ils y sont maintenant presque au large, ayant trouvé à s'agrandir par le départ des laboratoires de pharmacie. Le bâtiment a été complètement remis à neuf, les laboratoires ont été dotés de crédits d'installation; ils suffiront certainement pendant de longues années aux besoins croissants de la jeune Faculté.

Le pavillon d'anatomie, une belle construction élevée à côté du Château, dans le parc du Pharo, donne asile aux laboratoires d'anatomie, d'anatomie pathologique et de médecine opératoire. Il renferme



Cliché DETAILLE, Marseille.

HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE

le grand amphithéâtre complètement remanié et équipé à la mode moderne.

Quant à l'enseignement clinique, en attendant la construction ultérieure d'un hôpital des cliniques, il est donné dans les deux hôpitaux de l'Hôtel-Dieu et de la Conception (1). Paris, Lyon se plaignent de donner asile dans leurs hôpitaux à des étrangers qui s'y trouvent dans une proportion de 8 à 9 p. 100; que pourrait dire Marseille où la proportion oscille entre 25 et 30 p. 100? Que Smyrne brûle, que les Turcs massacrent les Arméniens, que les Arabes se conduisent d'une façon aussi répréhensible vis-à-vis des Juifs sionistes, les malheureux de toute la Méditerranée n'hésitent guère : ils envahissent les bateaux qui n'osent, par humanité, les repousser, et quelques jours après ils débarquent... à la Joliette, apportant avec leurs misères et leurs maladies, une lourde charge à l'Assistance publique locale, vaguement encouragée à se débrouiller par le pouvoir central; ces émigrations trop fréquentes sont peut-être le meilleur titre de Marseille à être la capitale du proche Orient.

Qu'il me soit permis d'inscrire ici, au nombre des établissements d'instruction médicale de Marseille, cette magnifique Ecole de médecine coloniale, ce Val-de-Grâce colonial, dont l'importance s'accroît sans cesse, qui recevra cette année 80 officiers élèves en attendant de dépasser la centaine et qui, installée

(1) L'Hôtel-Dieu renferme un beau laboratoire central des cliniques et la Conception un grand service moderne, nouvellement construit pour une des cliniques médicales.

elle aussi dans le parc du Pharo, entretient des rapports si cordiaux et si réciproquement utiles avec sa voisine civile.

La Faculté de médecine de Marseille possède à la mode nouvelle des instituts annexes.

Il convient de citer d'abord l'Institut de médecine coloniale fonctionnant depuis plusieurs années; il faut le considérer comme le point de départ d'une évolution qui doit fatalement s'accomplir un jour; comme les gouverneurs militaires des Colonies ont fait place successivement aux gouverneurs civils, les médecins militaires, après avoir accompli leur bienfaisante et magnifique besogne d'assainissement, se compléteront par un cadre civil important. L'Institut de médecine coloniale de Marseille prépare cette évolution.

Le Pharo donne aussi asile à un Institut d'éducation physique; encore tout jeune, il n'en est pas moins un des plus importants, sinon le plus important par le nombre des élèves qui l'ont fréquenté cette année.

Un centre anticancéreux installé dans la banlieue dispose d'un bâtiment entièrement remis à neuf et pouvant donner asile à plus de quarante malades internes; comme toutes les fondations de cette espèce, il rend les plus grands services à toute la région; créé par les moyens locaux, mais rattaché dans une certaine mesure au ministère de la Santé publique, il a obtenu, on doit le reconnaître, l'appui efficace de l'Etat; exception heureuse, mais unique.

On ne peut passer sous silence une école dentaire qui fonctionne dans des locaux primitifs, mais qui reçoit un nombre considérable de « malades » et donne une excellente instruction pratique à des élèves chirurgiens-dentistes et étudiants en médecine.

Un dernier mot sur une Ecole d'infirmières qui pourvoit au recrutement des infirmières des hôpitaux de la région.

Il ne faut pas s'y tromper : tout ce puissant organisme est en pleine transformation; une municipalité ouverte au progrès et qui ne craint pas les initiatives, un Conseil général toujours disposé à le seconder, que ne peut-on espérer le jour où l'Etat se sera décidé à « réaliser » l'importance d'une œuvre de laquelle il ne pourra de toute évidence se désintéresser indéfiniment? L. I.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MAI 1930)

Tétanos céphalique à forme prolongée. Trismus, ptosis, spasme facial unilatéraux. Incubation écourtée. Guérison. — MM. Paul JACQUET et Robert BONNARD insistent sur le polymorphisme des tétanos consécutifs aux plaies de la face : paralysies ou spasmes faciaux, association ou non à des spasmes pharyngés, uni ou bilatéralité des manifestations, pronostic variable, etc., qui en rendent difficile une description schématique. Ils insistent également sur le début par un hémispasme facial qu'on ne trouve que rarement mentionné dans la littérature.

De l'existence d'une encéphalite typhique et de ses principales modalités cliniques. — MM. J. CHALIER et Roger FROMENT (de Lyon) rapportent l'observation d'une encéphalite typhique curable; celle-ci fut caractérisée par l'apparition, durant la convalescence d'une dothiénentérie bénigne et en pleine période apyrétique, d'un épisode délirant aigu suivi d'une réaction méningée puriforme aseptique.

Les auteurs insistent sur l'existence, généralement omise, d'une encéphalite éberthienne. Ils en décrivent d'abord quelques formes cliniques bien caractérisées : forme oculo-psychique, forme psychique pure (séquelles mentales de la dothiénentérie et délires de la convalescence), forme cérébello-spastique, forme hémiplégique ou aphasique, forme convulsive. Ils discutent ensuite l'existence de formes frustes de l'encéphalite typhique, et se demandent si certains « états méningés » aseptiques et curables observés durant la typhoïde, si certains « tuphos » prononcés ne traduisent pas parfois l'existence d'une inflammation encéphalique légère. Ils insistent, enfin, sur l'utilité des renseignements fournis dans tous les cas par des ponctions lombaires répétées.

Intoxication oxycarbonée. Encéphalite. Lésions cellulaires dégénératives intéressant surtout le locus niger et la moelle. — MM. E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS apportent l'observation d'une femme de soixante-cinq ans intoxiquée accidentellement par l'oxyde de carbone. Coma de vingt-quatre heures. Aucun phénomène pathologique pendant une semaine. Après cet intervalle libre, apparition progressive d'idées de persécution, puis de confusion mentale, enfin de torpeur avec hyperalgie des membres inférieurs, contracture avec attitude de paraplegie en flexion, crises de tremblement. Légère lymphocytose céphalo-rachidienne (5,6). Décès trente-cinq jours après l'intoxication. Lésions inflammatoires des centres nerveux.

D'autre part, les auteurs posent la question de savoir si un agent toxique comme l'oxyde de carbone peut, par sa propre action sur les centres nerveux ou par les troubles secondaires qu'il provoque, déterminer des lésions inflammatoires du cerveau qui ressemblent en tous points à celles que réalise une infection encéphalique.

Un cas de néphrose lipoïdique. — MM. R. DEBRÉ, Julien MARIE et GOIFFON ont observé un garçon de quinze ans qui, à la suite d'une angine accompagnée de diarrhée et suivie d'un état de fatigue et de dépression, présenta les signes typiques d'une néphrose lipoïdique. Fait intéressant, il existe une légère glycosurie associée à de l'hyperglycémie à jeun, indiquant que les perturbations humorales portent également sur les hydrocarbonés, et non seulement sur les protides et les lipides.

Les auteurs insistent sur l'étiologie infectieuse de cette néphrose, sur l'augmentation de l'azote uréique du sang au cours de l'évolution, l'urée ayant pu atteindre 1 gramme à un moment donné sans symptômes d'azotémie, enfin sur l'action thérapeutique indéniable de la thyroïdine associée au régime carné.

(SÉANCE DU 30 MAI 1930)

Lipodystrophie localisée insulinique. — MM. F. RATHERY et R. SIGWALD présentent un cas typique de lipodystrophie localisée consécutive aux injections prolongées d'insuline. Ils décrivent cette altération d'un type très spécial, individualisée pour la première fois par Depisch (de Vienne) en 1926; ils l'opposent à une autre altération locale caractérisée par un boursouflement des tissus sous-cutanés ayant la consistance d'une mousse de caoutchouc.

Méningite aiguë à entérocoque traitée avec succès par l'injection intrarachidienne de sérum d'un vacciné. — MM. L. LANGERON et R. LARCHER (de Lille) rapportent une

observation clinique d'une méningite aiguë spontanée, succédant à un état infectieux indéterminé, à liquide progressivement purulent dans lequel on put à la quatrième ponction et par ensemencement en milieu anaérobie mettre en évidence un entérocoque; au point de vue clinique, la note a été d'une méningite sans localisation et en particulier sans aucune paralysie des nerfs craniens.

Le traitement mis en œuvre consista dans l'injection de cet entérocoque à un porteur par voie intraveineuse, dans un prélèvement de sérum de ce porteur et dans l'injection intra-rachidienne de ce sérum au malade. Deux injections furent suivies d'une guérison rapide.

Les albumines du sérum des syphilitiques secondaires. — MM. A. Sézary et P. Martinet ont étudié les protides du sérum des syphilitiques secondaires. Le chiffre total de ces protides est normal, mais il existe d'une façon constante un abaissement du quotient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, aussi marqué que dans la néphrose lipoïdique. Cependant le chiffre des lipides s'est montré normal. L'inversion du quotient albumineux pas plus que l'hypoprotéinémie ne sauraient donc être considérés comme des stigmates capitaux de la néphrose lipoïdique.

La lymphogranulomatose maligne. — MM. Bezançon et Weissmann-Netter, Oumansky et Delarue rapportent les résultats expérimentaux qu'ils ont obtenus à propos de la lymphogranulomatose maligne.

Dans deux cas les inoculations au cobaye ont tuberculisé l'animal. L'un rapporté ci-dessus présentait d'ailleurs cliniquement, histologiquement et bactériologiquement des lésions de tuberculose associée. Le second était au contraire une lymphogranulomatose pure. Dans le troisième cas les inoculations à des cobayes et à des lapins ont donné lieu à des lésions ganglionnaires suppurées transmissibles en série sans microbe décelable et avec présence dans la périphérie des abcès d'un tissu de granulation avec hyperplasie des cellules réticulo-endothéliales, certains aspects rappelant celui des cellules de Sternberg.

Fragilité vasculaire avec virilisme. Dépression intermittente et glycosurie. — M. Laignel-Lavastine, Mlle Madeleine Hirsch et M. A. Miget présentent une femme de vingt-sept ans atteinte de troubles divers apparus progressivement depuis l'âge de quinze ans :

1. Troubles cutanés caractérisés par une teinte érythémateuse des membres avec acrocyanose des mains, pétéchies en brassard, ecchymoses diffuses au moindre choc;

2. Perturbations morphologiques : bouffissure et congestion de la face, empâtement et trophœdème localisés à la partie de la région thoracique supérieure et virilisme partiel à prédominance faciale;

3. Aménorrhée et syndrome glycosurique passager et névrite légère des membres inférieurs;

4. Crises de dépression intermittente et syndrome dysendocrinien, insuffisance thyro-ovarienne et hyperfonctionnement surrénal.

Asthme et syphilis. — M. H. Dufour. A la faveur de trente-sept observations recueillies dans ces dernières années l'auteur trouve quinze cas dans lesquels les commémoratifs touchant le facteur syphilitique sont insuffisants et incomplets : deux cas où la syphilis fut contractée dans l'adolescence alors que l'asthme datait de l'enfance, ce qui n'élimine pas la possibilité d'une hérédo-syphilis; huit cas où la présence de la syphilis est démontrée par l'action du traitement syphilitique sur l'asthme et par la coïncidence d'autres lésions d'allure spécifique (aortite, ostéite, pelade); six cas évoluant chez des adultes après infection syphilitique; cinq cas ayant trait à de l'asthme infantile chez les enfants de pères syphilitiques.

L'étiologie syphilitique de l'asthme n'enlève nullement leur valeur à des causes provocatrices comme la sensibilisation au duvet, au pollen et à d'autres substances.

Pleurésie purulente à bacilles de Friedlander (étude bio-chimique du bacille). Pleurotomie simple. Guérison. — MM. Laignel-Lavastine, Lévy-Bruhl et A. Miget rapportent l'observation d'un cas de pleurésie purulente à bacilles de Friedlander ayant évolué chez un homme de cinquante et un ans; débilité, paludéen, alcoolique, présentant une insuffisance hépatique notable et une anémie intense. Malgré plusieurs poussées avec foyers pulmonaires bilatéraux, une pleurotomie simple suivie de siphonage de la cavité pleurale a permis d'obtenir une guérison complète.

L'étude biochimique du bacille a montré qu'il s'agissait d'un bacille de Friedlander extrêmement virulent.

Néphrose lipoïdique chez un enfant avec évolution vers l'urémie. — MM. M. Labbé et Bith.

Indications thérapeutiques fournies par l'étude du chlore du sang et de sa répartition entre le plasma et les globules rouges. — MM. L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu, Max-M. Lévy et J. Fleury précisent les indications des divers sérums à injecter au nourrisson déshydraté.

C'est l'examen du sang qui donne les indications nécessaires par les dosages du chlore dans les globules rouges et dans le plasma. Il en découle deux notions dont la connaissance permettra l'application de la thérapeutique spéciale que les auteurs ont en vue :

a. La valeur absolue du taux du chlore sanguin;

b. La répartition du chlore entre le plasma et les globules rouges exprimée par le rapport GR/P.

Prix Legendre pour 1929. — Le sujet proposé était le suivant : « Les lois françaises sur le secret professionnel et la jurisprudence qui les interprète sont-elles en harmonie avec la conception moderne de la fonction sociale du médecin? »

Le prix a été partagé entre MM. les docteurs Boze (de Vincennes) et Durand (de Montreuil), d'une part, et Jacques Godard, externe des hôpitaux, d'autre part. Un encouragement de 500 fr. a été attribué à M. Gosselin (d'Argenteuil) et une mention très honorable à M. le docteur Gallois (de Paris).

Le sujet proposé pour 1932 est ainsi libellé : « Le livret sanitaire ». Les mémoires inédits ou publiés des candidats à ce prix devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris avant le 1er novembre 1932.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1930)

Volumineuse hernie inguinale irréductible. — M. Mocquot rapporte ce travail de M. Raoul-Ch. Monod. Cet auteur a opéré une hernie géante chez un adulte, sous anesthésie rachidienne. Il a pratiqué à la fois la résection du sac et de la hernie et fait la castration. La résection intestinale réalisait une large résection du grêle et une hémicolectomie droite. Guérison. M. Mocquot conclut que ces résections sont autorisées chez les sujets résistants.

M. Thiéry considère que ces interventions sont très graves et que l'abstention est légitime.

M. Lenormant a pu réintégrer l'intestin dans deux hernies très volumineuses qu'il a opérées.

Fistule duodénale consécutive à une suture d'ulcère perforé. Duodénectomie. Guérison. — Cette observation de M. Moulonguet est rapportée par M. Okinczyc. La malade avait été opérée pour ulcère duodénal perforé enfoui par suture en bourse et points transversaux; l'intervention étant complétée par gastro-entérostomie et drainage. Une fistule

s'installe qui résiste même aux tentatives de fermeture opératoire par cerclage. On est conduit au cours d'une intervention difficile à réséquer très largement la paroi antérieure du duodénum au niveau de l'ulcère calleux. Réunion transversale. Guérison. M. Okinczyc se demande si l'opération de Finney ou la gastro-duodéno-jéjunostomie de Delbet ne seraient pas plus efficaces pour éviter ces fistules que la gastro-entérostomie complémentaire. Il s'agit d'un ulcère calleux duodénal vraisemblable, mais l'absence d'examen histologique ne permet pas d'éliminer complètement le néoplasme ou des lésions d'une glande pancréatique accessoire.

M. Basset pense qu'il faut réséquer les tissus calleux des ulcères perforés et que la suture en tissus indurés prédispose peut-être aux fistules.

Appareil à projections de films. — M. Mouchet fait un rapport sur cet appareil de M. Lepennetier qui permet non seulement la projection de films de différents grandeurs, mais encore d'objets opaques.

Torsion d'une frange graisseuse du côlon. — M. Mondor fait un rapport sur ce travail de M. Braine ; au cours d'une intervention pour syndrome abdominal aigu, cet auteur découvre une frange adipeuse, infarcie et tordue à l'union du côlon gauche et du côlon sigmoïde. Résection. Guérison. M. Mondor rappelle ensuite 26 cas de faits analogues qui peuvent se passer sur les côlons droit, transverse ou gauche.

Récidive des papillomes de la vessie. — M. Pierre Bazy rapporte une série de cas de récidives de papillomes de la vessie. On a invoqué pour expliquer ces récidives des greffes lors de l'intervention. M. Bazy pense plutôt que la même cause qui a déterminé le papillome en détermine d'autres dans la suite. Les interventions peuvent cependant donner des satisfactions.

M. Heitz-Boyer pense que la destruction des papillomes par la haute fréquence est le procédé de choix. Il s'agit de pullulation de germes plutôt que de récidives vraies. Il faut néanmoins surveiller la possibilité des récidives.

M. Bazy précise que sa note intéresse une malade qui avait été opérée treize ans avant sa récidive.

Le salol comme antiseptique urinaire. — M. Bazy montre par des exemples concrets la valeur du salol comme antiseptique urinaire. On peut ainsi faire des explorations urétrales avec petites hémorragies chez des sujets infectés sans déterminer d'élévation de température.

Tumeurs des bourses de diagnostic difficile (*Présentation de malades*). — M. Heitz-Boyer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 MAI 1930)

Clasines mycéliennes et clasines microbiennes. Mode de préparation d'une clasine polyvalente contre les infections cutanées. — MM. Jausion et Boidé, *à côté des mycoclasines*, ont vu possible l'obtention et l'utilisation de *clasines microbiennes, staphylo et strepto-clasines.* Ces diverses clasines peuvent s'ajouter en un *vaccin total de la peau*, pour les infections cutanées les plus courantes.

Cette modalité n'est pas sans intérêt, car il existe, entre lyso-vaccins pyococciques et mycoses d'une part, mycoclasines et pyococcies de l'autre, un antagonisme électif, qui rend nécessaire une action combinée et simultanée contre tous les dermatophytes, au sens large du terme.

Obtention d'une clasine tuberculeuse injectable à l'animal et à l'homme. — MM. Jausion et Boidé mettant à profit la technique de préparation des clasines microbiennes, se sont adressés au bacille tuberculeux humain, pour en extraire une bacillo-clasine. Depuis quatre mois, leurs essais expérimentaux et thérapeutiques sont menés de front. Voici les premiers résultats acquis. Une dose faible ou moyenne de clasine paraît influencer favorablement la bacillose cutanée de l'homme et l'infection provoquée du cobaye; une dose trop considérable sensibilise, du moins pour un temps.

Quatre sujets atteints de lupus et deux de tuberculose verruqueuse ont été très améliorés.

Recherches sur l'action toxique du sang des épileptiques. — M. Ph. Pagniez a montré, il y a quelques années, qu'en injection dans le bout périphérique de la carotide, le sérum sanguin des épileptiques est, dans une proportion importante des cas de grande épilepsie, toxique pour le cobaye et que cette toxicité se traduit en provoquant presque immédiatement l'apparition de secousses myocloniques, parfois très violentes.

Reprenant la question, il a constaté que cette propriété myoclonisante est tout à fait indépendante des phénomènes d'ordre toxique immédiats (choc) ou tardifs que tout sérum humain peut causer dans ces conditions.

L'action myoclonisante n'est pas non plus la conséquence de modifications se produisant progressivement *in vitro* dans le sérum, car celui-ci se montre actif dès sa production.

Bien mieux, la propriété myoclonisante existe dans le plasma, ainsi que le montre l'injection de plasma, pur, isolé en quelques minutes, par centrifugation du sang en tubes paraffinés glacés.

L'auteur avait déjà montré qu'il n'y a pas, chez un malade donné, de relations apparentes entre la proximité des paroxysmes épileptiques et la valeur myoclonisante du sérum. L'étude comparative du sérum avant et après l'épreuve de l'hyperpnée ne lui a pas permis non plus de constater de différences quant à l'action myoclonisante.

Le liquide céphalo-rachidien est rarement myoclonisant (deux fois sur onze cas) mais alors fortement. Cette action est intéressante, car ce liquide est toujours dépourvu de toute autre action toxique.

Action du sérum humain sur le trypanosome du Debab marocain. — MM. L. Nattan-Larrier et B. Noyer. Le virus du Debab marocain est particulièrement sensible à l'action thérapeutique du sérum humain. La sensibilité du trypanosome équin du Maroc est moins marquée. Les deux trypanosomes marocains sont beaucoup plus influencés par le sérum de l'homme que le trypanosome du Nagana. Les infections par Tr. Brucei ne sont presque jamais guéries définitivement, celles par les trypanosomes marocains, surtout celle due au virus du Debab, le sont assez souvent.

Election. — M. Laudat est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 MARS 1930)

Essai d'une méthode de diagnostics et de traitements en série dans un dispensaire. — M. L. F. Destouches rapporte les résultats statistiques d'une expérience portant sur 820 réactions de Verne pour tuberculose et syphilis dans un dispensaire populaire avec essai de traitement des bacillaires par un médicament à base de sels d'or et d'iode.

Diagnostic des tumeurs cérébrales par la ventriculographie. — M. T. de Martel décrit le procédé de la ventriculographie qu'il a imaginé et qui facilite beaucoup cette intervention et la rend très inoffensive. Grâce à lui il a diagnostiqué un certain nombre de tumeurs cérébrales qui n'étaient pas localisables par la clinique, il a pu les enlever, et les malades, à la suite de leur ventriculographie, n'ont présenté aucun trouble.

Le traitement de la paralysie faciale « a frigore ». — M. Jean Tarneaud montre avec faits à l'appui, que l'émission sanguine locale répétée, autrefois préconisée et actuellement peu utilisée, amène la régression rapide de la paralysie faciale « a frigore » mieux qu'aucune autre médication. Ainsi un malade, à sa troisième crise d'hémiplégie faciale récidivante, traitée durant quatre mois, par l'électrothérapie, ne vit commencer la régression nette, progressive et rapide de sa paralysie qu'à partir du moment où l'émission sanguine mastoïdienne par scarifications et sangsues fut employée.

Hémorragie périodique par le conduit auditif. — M. A. Debidour (du Mont-Dore) rapporte le cas d'une femme de trente-sept ans, présentant une otite suppurée gauche, à écoulement intermittent, datant de cinq ans, et survenue à la suite d'une infection ourlienne. Cette malade a subi, il y a deux ans, une hystérectomie totale qui a amené la suppression complète de ses règles. Depuis cette époque, tous les mois, à la période correspondant à celle des menstrues, après quelques jours de malaise général et de congestion de la face et de la région auriculaire gauche, elle voit apparaître un écoulement sanguin de l'oreille gauche, suivi d'un écoulement purulent. Un traitement local combiné avec un traitement opothérapique approprié (extrait thyroïdien et ovarien) a fait disparaître complètement tous ces troubles.

Quelques notions nouvelles relatives aux anomalies vertébrales. — M. Roederer. Les anomalies vertébrales génératrices de scoliose sont extrêmement fréquentes. Il faut quelquefois les rechercher sur d'autres régions que la région déformée. L'anomalie est en bas, le résultat est en haut. Le fait qu'une rotation, visible à la radiographie, dépasse en valeur la courbure, surtout si cela tient à une anomalie des apophyses articulaires, annonce une scoliose grave. Par ailleurs, les anomalies les plus complexes ne donnent pas toujours les plus graves scolioses dans l'avenir.

Un nouveau traitement de l'ulcère gastro-duodénal. — MM. A. Bécart et Gaehlinger. Le traitement est basé sur les notions suivantes :

1° Ainsi que l'ont montré les travaux de Meunier, la notion d'hyperchlorydrie n'est pas tant une notion de quantité d'acide chlorhydrique qu'une notion de relativité par rapport à l'alcalinité duodénale;

2° Cet excès d'acidité gastrique et de manque d'alcalinité duodénale relèvent de l'altération de l'équilibre acide-base;

3° L'infection digestive et surtout l'infection intestinale jouent un rôle dans la genèse de l'ulcère (production d'histamine).

4° L'ulcère est une plaie stomacale qu'il faut cicatriser.

Les indications thérapeutiques qui en découlent sont au nombre de quatre :

1. Augmenter l'alcalinité duodénale;
2. Modifier l'équilibre acide-base;
3. Lutter contre l'élément infectieux;
4. Panser la muqueuse ulcérée.

Le traitement employé est le suivant :

Le matin à jeun, une cuillerée à soupe de kaolin colloïdal dans un demi-verre d'eau additionnée d'une ampoule de stock-vaccin.

Dans la matinée, pendant dix jours consécutifs, une injection de 2 centimètres cubes d'extrait pancréatique désinsuliné. Après dix à quinze jours de repos, nouvelle série d'injections.

Après chacun des trois repas, deux pilules d'extrait biliaire cholestériné.

NOTES POUR L'INTERNAT

CALCUL DU CHOLÉDOQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

Complication très fréquente et très importante de la lithiase biliaire, l'obstruction calculeuse du cholédoque est une affection sérieuse par la menace d'infection hépatique et d'angiocholite qu'elle constitue, la fréquente nécessité d'une intervention chirurgicale, l'insuffisance hépatique qu'elle entraîne.

Elle s'observe surtout chez la femme. L'hérédité et une certaine prédisposition foncière se retrouvent souvent chez ces malades, ainsi que l'antécédent de grossesses répétées ou de fièvre typhoïde.

Les calculs, uniques ou multiples, se forment généralement sur place, s'accroissent par thrombose cholédocienne et contiennent des pigments biliaires, de la cholestérine et parfois des sels de chaux.

ÉTUDE CLINIQUE

Type de description : Obstruction calculeuse à type d'ictère chronique par rétention.

Début. — *a.* Rarement, il s'installe au décours d'une colique hépatique.

b. Plus souvent, il est précédé de phénomènes plus ou moins caractéristiques de la lithiase biliaire : poussées ictériques, coliques hépatiques, vésiculaires, ou simplement troubles gastriques significatifs de « l'estomac des biliaires ». Dans d'autres cas, des poussées fébriles, accompagnant des douleurs à irradiations scapulaires avec hypocholie et subictère, ont précédé de peu ou de loin l'ictère chronique par rétention.

Etat. — *Signes fonctionnels.* — 1. *L'ictère est le signe capital.* — C'est un ictère franc, parfois discret, plus souvent intense, jaune citron ou jaune foncé, mais n'atteignant pas la teinte olive des ictères d'origine pancréatique. La peau et les muqueuses (conjonctive, frein de la langue) sont également colorées.

Les *urines*, foncées, « bière brune » contiennent des pigments biliaires aisément mis en évidence par la réaction de Gmelin, et des sels biliaires dépistés par celle de Hay ou de Grimbert.

Les *fèces* sont décolorées, ce symptôme caractérisant la pathogénie de cet ictère par rétention.

Le prurit, la bradycardie du début, l'hypercholestérinémie, la teinte jaune du liquide céphalo-rachidien sont des signes accessoires qui s'observent également au cours de ces ictères.

Caractère essentiel, cet ictère est variable, et cela s'explique aisément par les changements de position du calcul sous l'influence de la chasse biliaire.

2. *Les douleurs* sont fréquentes, paroxystiques, irradiant vers l'épaule droite ou dans la région interscapulaire, relevant, pour les uns, d'une pathogénie infectieuse, pour d'autres, de la mobilisation du calcul et de la distension des voies biliaires extrahépatiques sus-jacentes.

3. *La fièvre* est quasi-constante chez ces malades. Tantôt discrète, tantôt par grands accès, elle fait craindre l'angiocholite.

Signes physiques. — La palpation de l'hypocondre droit permet de réveiller la douleur en des points fixes dont les principaux sont :

1. *Point vésiculaire*, à l'extrémité antérieure de la dixième côte.

2. *Point cholédocien de Desjardins*, un peu au-dessous et en dedans du précédent.

3. *Dans la zone pancréatico-cholédocienne* de Chauffard et Rivet.

La vésicule, conformément à la loi de Courvoisier et Terrier, n'est pas perceptible, car elle est rétractée par la cholécystite scléro-atrophique, mais cette loi n'est pas absolue.

Le *foie* est gros et sensible, et augmente de volume pendant les phases de rétention biliaire. La rate est généralement un peu hypertrophiée.

Radiologie. — L'examen radiologique est un complément indispensable à l'enquête clinique. C'est surtout la *radiographie* qui donne d'utiles renseignements. Elle sera faite chez le malade à jeun. Quant à l'usage du tétraiode, il est parfois dangereux chez les malades en état de rétention biliaire.

Seuls les calculs imprégnés de sels de chaux sont visibles aux rayons, sous forme de taches arrondies, parfois annulaires, parfois parcourues de stries. Mais les clichés ne permettent pas de savoir si les calculs sont dans la vésicule ou dans le cholédoque, et c'est pourtant là une différenciation importante chez un ictérique chronique.

La télestéréoradiographie complète utilement l'examen radiologique.

Tubage duodénal après épreuve de Meltzer-Lyon. — Il montre l'absence de bile B et la présence de ferments pancréatiques dans le liquide duodénal.

ÉVOLUTION

Très caractéristique, elle se fait par *poussées douloureuses fébriles et ictérigènes.* La douleur apparaît tout d'abord, telle que nous l'avons décrite, puis la fièvre monte brusquement, à 39, 40 degrés, précédée d'un frisson, suivie de sueurs profuses, suivant le type palustre. L'ictère avec accentuation de la cholalurie et de la cholurie, et décoloration des matières, apparaît le lendemain.

Ces poussées se répètent irrégulièrement tous les huit, quinze jours, et confirment d'une façon éclatante le diagnostic. *Il faut de toute nécessité opérer ce malade*, sinon les complications que nous allons décrire vont apparaître assombrissant considérablement le pronostic.

COMPLICATIONS

L'infection les résume toutes et constitue une menace permanente.

1° **Angiocholite.** — Elle est surtout caractérisée par la *fièvre intermittente hépatique pseudo-palustre* dont les accès se répètent de plus en plus souvent. Parfois, la température est plus continue, ou inverse. Elle s'accompagne en tout cas de douleurs tenaces dans l'hypocondre droit, d'ictère d'intensité souvent moindre qu'avant.

Le foie est gros, sensible. L'état général s'altère, et le malade amaigri, couvert de sueurs, prend l'aspect d'un grand infecté.

Il faut opérer d'urgence. Sinon, l'évolution se fait d'une façon certaine vers la *septico-pyohémie d'origine biliaire*, parfois compliquée de pyléphlébite et menant presque sûrement aux *abcès miliaires du foie.*

2° **Cholécystite.** — Généralement contemporaine de l'angiocholite sous forme de cholécystite catarrhale, elle peut évoluer vers la suppuration. Il se forme alors un plastron de péritonite localisée qui nécessite l'incision d'urgence si l'on veut éviter au malade les plus graves complications.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 54. — SAMEDI 5 JUILLET 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 5 JUILLET 1930. — N° 54.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Répartition du jury :

Anatomie. — MM. Cathala, Aubin, Huet.

Pathologie médicale. — MM. Léon-Kindberg, Turpin, Carrié.

Pathologie chirurgicale. — MM. Cleisz, Oberlin, Girode.

Hôpitaux de province. — Angers. — Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Amsler.

— Rouen. — Le jeudi 19 février 1931 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 1/2, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général; la liste d'inscription sera close le 25 janvier 1931, à 18 h., et passé cette date aucune inscription ne sera admise.

— Un concours pour la nomination dans les hôpitaux de Rouen d'un médecin électro-radiologiste adjoint s'ouvrira le jeudi 5 mars 1931 dans l'un des hôpitaux de l'Assistance publique à Paris.

Nul ne pourra être admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français et pourvu du diplôme de docteur en médecine conféré par le gouvernement français.

Les candidats devront, en outre, justifier d'un stage d'au moins six mois dans un service spécial d'électroradiologie dépendant des hôpitaux d'une ville pourvue, soit d'une faculté de médecine, soit d'une école de médecine de plein exercice.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont, enclave de l'hospice général, où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé; la liste d'inscription sera close le 8 février 1931, à 18 h., et passé cette date aucune inscription ne sera admise.

Facultés de médecine. — Lille. — M. Lemoine, professeur honoraire de clinique médicale, vient de faire don à la Faculté de médecine de Lille d'une somme de 50.000 fr. dont les arrérages seront attribués à la clinique médicale de Saint-Sauveur qu'il a dirigée pendant près de 40 ans.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le docteur Robert Pierret a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section de médecine), en remplacement de M. le docteur Cruveilhier, nommé membre de cette assemblée.

XVIIe Congrès annuel d'hygiène. (Paris, Institut Pasteur, 20-21-22 et 23 octobre 1930.) — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès tiendra séance les lundi 20, mardi 21, mercredi 22 et jeudi 23 octobre 1930, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur Delépine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur d'hygiène à la Faculté de pharmacie, président de la Société pour 1930.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Rapports. — 1° *Les transformations successives des pharmacopées françaises.* — Rapporteur : M. le professeur Delépine.

2° *Comparaison des statistiques de mortalité de l'enfant du*

premier âge. — Rapporteur : M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine.

3° *Etude des rapports des bureaux d'hygiène avec l'inspection départementale d'hygiène. Ce qu'ils sont; ce qu'ils peuvent être sous l'actuelle législation; ce qu'ils doivent être.* — Rapporteurs : MM. Aublant et Prunet, inspecteurs départementaux d'hygiène, et MM. Brocquin-Lacombe et Bonnet, directeurs de bureau d'hygiène.

Hygiène et reconstruction dans les régions inondées du midi de la France. — Discussion libre pour laquelle on peut s'inscrire dès à présent.

Conférences. — M. le professeur Sacquépée : « Notions sur la psittacose. » Des communications peuvent être envoyées sur ce sujet.

M. R. Dujarric de la Rivière : « Lavoisier, hygiéniste. »

Visites. — Visite de la boulangerie mécanique des hôpitaux de Paris.

N. B. — Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 15 août 1930 et devront être adressées au secrétaire général de la Société, M. R. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

Les communications dont le titre ne nous sera pas parvenu avant le 1er août ne figureront pas au programme et ne pourront être présentées en séance qu'après épuisement de l'ordre du jour.

SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ. — Le docteur Delherm, chef du service d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié, réservera dans son service, pour l'année scolaire 1930-1931, deux places d'assistants libres.

Les fonctions consistent à prendre part au fonctionnement des différents départements du service : électrologie, actinologie, radiodiagnostic, rœntgenthérapie.

S'inscrire, en écrivant au docteur Delherm, service d'électro-radiologie de la Pitié, avant le 20 octobre 1930.

CHRONIQUE

CENTENAIRE DE L'INDÉPENDANCE DE LA BELGIQUE
LA SÉANCE D'OUVERTURE DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES (1930)

Les Xes Journées médicales de Bruxelles ont revêtu cette année, en raison de la célébration du centenaire de l'Indépendance de la Belgique, un éclat tout particulier. Les inscriptions dépassent deux mille cette année, aussi les organisateurs ont-ils été obligés d'abandonner le Palais des Académies et de donner la séance d'ouverture dans l'immense salle du Palais des Beaux-Arts.

Sur l'estrade, en face de la loge royale, au milieu de la foule multicolore des robes universitaires ou des uniformes des délégués étrangers, on notait la présence de M. H. L. Baels, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, président, ayant à ses côtés M. le professeur Jules Bordet, président des Journées médicales, et les délégués des gouvernements ou des universités : MM. les professeurs Achard et J.-L. Faure (de Paris), M. Serge Gas, directeur au ministère de la Santé publique de France, M. le doyen Abelous (de Toulouse), M. le professeur Arthus (de Lausanne), C. H. Waring, Alexis Carrel (de New-York), Félix d'Hérelle (de Yale), J. Mac Carthy (de New-York), Jean Demoor, Henrijean, Jean Verhoogen, Fernand Héger-Gilbert (de Bruxelles), Brouha et Roskam (de Liége), de Waele et Leboucq (de Gand), le lieutenant général médecin Demolder, Georges Audet et Arthur Vallée (de Québec), Mohamed Zaki Shafei, Mohamed Khali Abdel Khalek et Ali bey Ibrahim (du Caire), Carbo Cucalon (de Guyaquil), Martinez Vargas, Pi Suner (de Barcelone), le docteur Bandelac de Pariente (de Madrid), MM. les professeurs Marcel Labbé, Calmette, Nattan-Larrier et A. Mayer (de Paris), Pol Bouin (de Strasbourg), G. Mouriquand (de Lyon), Vanverts et Polonowski (de Lille), Delmas (de Montpellier), David (de Lille), Chassevant (d'Alger), le docteur Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, le professeur Nuttal (de Cambridge), le docteur A. Cox de la British medical Association, les professeurs Dante de Blasi (de Naples), Alessandri (de Rome), Kukuda (de Tokio), le docteur Forman (du Luxembourg), le docteur Gaud (du Maroc), les professeurs J. J. Izquierdo (de Mexico), Heimbeck (d'Oslo), Noyons (d'Utrecht), Snapper (d'Amsterdam), de Azevedo Neves (de Lisbonne), Jean Cantacuzène et Danielopolu (de Bucarest), Robert d'Ernst (de Genève), Markl (de Prague).

La presse belge et étrangère était représentée par M. Delcourt, président de l'Association de la presse belge, M. Loeper, président de l'Association de la presse latine, MM. F. Le Sourd, Gardette, Desfosses et Duchesne, de l'Association de la presse médicale française; Renato de Blasio et T. de Sanctis Monaldi (Italie).

Dès que LL. MM. le Roi et la Reine des Belges eurent fait leur entrée, salués par la Brabançonne, et acclamés par la salle entière, M. le ministre de l'Intérieur prononça un discours de très belle tenue sur l'hygiène sociale et déclara les Journées médicales ouvertes.

Puis M. Achard, au nom des délégués étrangers, salua les souverains en une harangue d'une très jolie forme et admirablement dite.

Pour la dixième fois, depuis dix ans, notre ami le docteur René Beckers, secrétaire général des Journées vint, à son tour, exposer le but des Journées médicales, il sut une fois de plus se renouveler et fut acclamé par l'auditoire.

L'illustre savant belge, à qui l'on doit tant de beaux travaux, en particulier la méthode qui porte son nom et celui de Gengou, le professeur Jules Bordet, lui succéda et marqua sa présidence par un fort beau discours très applaudi.

Au professeur J.-L. Faure incombait la charge de faire la conférence d'usage, charge redoutable pour tout autre que lui. M. J.-L. Faure avait pris comme sujet « Science et conscience en chirurgie. » Il le traita avec son habituelle clarté, avec le robuste bon sens que nous lui connaissons, ce qui lui permit de dire quelques vérités qui furent hautement appréciées. Entraîné par son sujet il eut de belles envolées qui soulevèrent l'enthousiasme de l'assemblée. Il fit, en un mot, la belle et bonne conférence que tous attendaient de lui.

Dès le lendemain les travaux, dont nous rendrons compte, commencèrent au Palais du Cinquantenaire, cependant que dans Bruxelles en fête se succédaient les réceptions. Soirée au Palais de la Nation, où M. le Président et Mme Magnette reçurent inlassablement les invités; Représentation de gala au théâtre royal de la Monnaie; Raout offert par le Collège des Bourgmestre et des Echevins dans le cadre féerique de l'hôtel de ville, illuminé; Réceptions particulières innombrables, comme seuls nos amis belges savent les faire.

En signalant le nouveau et très grand succès des Xes Journées belges, qu'il nous soit permis de féliciter leurs organisateurs : Beckers, Bernard qui se sont multipliés comme d'habitude, Léopold Mayer surtout qui malgré un deuil cruel fut tout à ses amis.

F. L. S.

— Mardi matin, M. le professeur Achard, entouré de tous les délégués français, a déposé une palme sur le tombeau du soldat belge inconnu.

**

REVUE GÉNÉRALE

LES DIARRHÉES CHRONIQUES DE L'ADULTE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Par M. MONNEROT-DUMAINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

S'il est un syndrome qui a découragé malades et médecins, c'est bien la diarrhée chronique.

Car s'il est un trouble qui s'établit souvent de façon insidieuse, à bas bruit, et qui va persister sans être accompagné d'un cortège symptomatique, c'est celui-là ! Le malade vient se plaindre « d'entérite » et c'est à peu près tout. Que de fois l'interrogatoire et l'examen clinique ne procurent ou semblent ne procurer aucun renseignement! Voilà qui n'est pas fait pour mener à un diagnostic étiologique. Et si la cause de la diarrhée n'est pas précisée, la thérapeutique en sera bien ingrate. Qui sait même si elle ne sera pas nuisible?

Ce syndrome est pourtant sorti du vague où il était longtemps resté, décoré de l'étiquette « entérite chronique ». Un grand chemin a été parcouru dans ces dernières années par son étude étiologique, coprologique et thérapeutique. Le temps est passé où la médecine prescrivait aux adultes affligés d'une diarrhée traînante des opaciés, du bismuth et un régime omnibus. Certes bien des obscurités persistent encore, bien des hésitations sont permises, bien des tâtonnements thérapeutiques sont parfois inévitables et même certains syndromes diarrhéiques sont encore incurables. Mais l'écheveau se débrouille peu à peu. Voyons où il en est actuellement.

*
* *

I. **Physiologie gastro-intestinale.** — Avant d'aborder l'étude des diarrhées, rappelons très brièvement les notions de physiologie du tube digestif qui sont indispensables pour bien interpréter les causes de ces troubles.

Inutile d'insister sur l'importance de la mastication qui divise les aliments, les humecte et les imprègne de ptyaline. Si importante est la loi des synergies digestives qu'elle s'applique déjà au stade buccal de la digestion : la bouche, en effet, prépare le travail des autres segments du tube digestif.

Dans l'estomac les albuminoïdes sont transformées par la pepsine, en présence d'acide chlorhydrique, en peptones et albumoses. Les fibres conjonctives et élastiques commencent à être attaquées.

La physiologie du pylore repose essentiellement sur le réflexe Δ-régulateur (de Carnot et Chassevent) et sur le réflexe acido-régulateur (de Pawloff). Le premier est sous la dépendance de la concentration et du point cryoscopique du contenu gastrique : les solutions isotoniques franchissent le pylore sans arrêt, les solutions hypertoniques passent d'autant moins vite qu'elles sont plus concentrées; il semble que le duodénum recevant un liquide hypertonique soit le point de départ de ce réflexe régulateur qui ferme le pylore.

De la même façon se produit le réflexe acido-régulateur. Il ne joue plus, et le pylore s'ouvre à nouveau lorsque le contenu duodénal est neutralisé par les sécrétions biliaire et pancréatique.

Comment se produisent ces dernières? Il ne s'agit pas ici, semble-t-il, d'un réflexe, mais bien d'une action humorale. L'acide chlorhydrique agissant sur une substance contenue dans la paroi duodénale créerait une sécrétine qui, par voie sanguine, irait exciter la sécrétion pancréatique ainsi que celle du foie et de la paroi intestinale.

Dans le duodénum la digestion des albuminoïdes se poursuit grâce à la trypsine, laquelle demande à être activée par l'entérokinase duodénale. Les noyaux, la fibrine sont digérés. La lipase pancréatique émulsionne les graisses, aidée en cela par la bile; puis elle les dédouble. L'amylase transforme l'amidon en sucres, d'autant mieux que les aliments ont été imprégnés de ptyaline. Remarquons que dans l'estomac graisses et hydrates de carbone n'étaient pas modifiés.

Maintenant le travail est bien avancé lorsque le chyme progresse dans le grêle. L'érepsine s'attaque aux peptides et à la caséine du lait; l'invertine au saccharose; la lactase au lactose qu'elle invertit aussi; une lipase intestinale agit sur les dernières molécules de graisses non saponifiées.

Lorsque les matières quittent l'iléon, elles ne renferment plus de graisses, car elles ont été digérées et absorbées dans le grêle ; mais pour les substances azotées et les hydrates de carbone l'absorption n'a pas été totale. La digestion de ces derniers va se poursuivre encore. Les féculents sont en effet attaqués par des ferments qui constituent dans le cæcum une flore acidophile abondante. Celle-ci détruit la cellulose qui jusqu'alors a pu protéger les grains d'amidon. Le contenu du cæcum est liquide, acide au tournesol, et clair, d'un jaune verdâtre dû à la bilirubine. Puis au cours de la traversée colique la selle perd une partie de son eau et devient ferme, en même temps que le pigment biliaire, réduit par une nouvelle flore microbienne en stercobiline, brunit progressivement.

Cette flore qui envahit les matières dans la seconde partie de la traversée du côlon est différente de la flore qui fait fermenter les féculents et acidifie le contenu cæcal; ce sont des germes protéolytiques qui font subir aux substances azotées un début de putréfaction alcaline.

Les selles sont évacuées normalement vingt-huit à trente-six heures après l'ingestion des aliments.

Ce schéma physiologique laisse prévoir les troubles variés et les modifications des selles que peuvent entraîner les déficiences fonctionnelles de l'une ou de l'autre glande digestive, ou bien le séjour trop abrégé du chyme dans l'un ou l'autre des segments du tube digestif. Si l'on songe d'autre part aux importantes *synergies des ferments*, on comprend que « la digestion insuffisante d'un aliment donné peut être due à l'insuffisance d'un ferment qui n'est pas celui de cet aliment » (Et. Brissaud). Nous pouvons étendre cette observation aux *synergies d'organes*. Qu'un trouble de la motricité (dû à un réflexe venant d'un organe malade) accélère le passage des

aliments dans un autre segment digestif et on pourrait, en examinant l'état de la digestion dans les selles, se tromper sur la cause du déficit fonctionnel.

Ce rappel de notions de physiologie doit toujours être présent à l'esprit quand on veut interpréter des signes cliniques ou coprologiques.

*
* *

II. Interrogatoire et examen du malade. — Il est intéressant de connaître chez les « entéritiques » le détail des *antécédents*. On doit retenir la notion d'accidents syphilitiques, d'épisodes tuberculeux, de poussées dysentériques anciennes. On ne saurait trop insister sur le séjour dans une région tropicale qui à lui seul peut faire suggérer l'hypothèse d'une amibiase, d'une sprue, d'une protozoose rare.

Le début de la maladie devra être soigneusement précisé. La diarrhée peut remonter au jeune âge; le sujet a toujours présenté des manifestations intestinales ; quand il était enfant on le nourrissait déjà de féculents avec abus et on lui faisait porter une ceinture de flanelle. Parfois c'est au cours du service militaire que les troubles intestinaux se sont établis et ils ont tantôt débuté par quelques embarras gastriques imputables à l'alimentation régimentaire nocive pour des prédisposés, tantôt par un épisode aigu dysentériforme. C'est de cette façon qu'ont souvent commencé pendant la guerre un grand nombre d'affections chroniques du côlon. On peut voir aussi une colite succéder à une fièvre typhoïde.

Bien des états colitiques débuteraient par des poussées aiguës de typhlo-colite succédant à une infection : grippe, angine, etc. (Faroy et Baumann).

L'*interrogatoire* portera sur les *modalités de la diarrhée* : son abondance, sa fréquence, son horaire, son caractère continu et irrémédiable ou bien intermittent, capricieux. Le froid, les repas, le lever (réflexe ortho-colique), le repos influencent-ils la diarrhée? Le sujet a-t-il noté quels étaient les aliments nuisibles et les aliments bien tolérés? Souffre-t-il à droite ou à gauche? A-t-il eu du ténesme, des faux besoins, des glaires, du sang, du pus, ne serait-ce qu'à un moment donné? Ou bien a-t-il des sensations de liquide chaud courant dans le ventre et brûlant l'anus? A-t-il beaucoup de gaz? Certains malades répondent négativement à la plupart de ces questions, ils n'éprouvent aucune manifestation fonctionnelle. Il faut aussi interroger le sujet sur ses autres fonctions digestives : a-t-il de l'appétit? ses digestions sont-elles faciles ou lentes, s'accompagnant de pesanteurs? a-t-il eu des vomissements? a-t-il eu de l'ictère?

L'*état général* est très diversement atteint. A côté des patients porteurs d'un cancer du rectum ou d'une colite ulcéreuse grave et qui s'émacient rapidement, que de petits amibiens, que de dyspeptiques légers ont un état presque floride! Dans les cas de diarrhée abondante il faut se méfier de la déshydratation. On ne l'observe pas seulement dans les diarrhées aiguës ; Godlewski en a signalé au cours d'états chroniques. Le trépied, chute du poids, oligurie, langue sèche, poseraient des indications thérapeutiques particulières.

L'*examen* de l'abdomen permet parfois de noter du météorisme, de la douleur dans une fosse iliaque, parfois un gros côlon spasmé, un estomac atonique et clapotant longtemps après les repas. On examine le foie, la vésicule. Ces diverses recherches peuvent être négatives. L'examen général est très important puisqu'il peut faire découvrir une tuberculose pulmonaire ou une insuffisance rénale. Il faut donner un coup d'œil à la bouche pour voir si la denture est suffisante, si la langue est saburrale, s'il y a des aphtes. On doit regarder aussi le pharynx qui est souvent enflammé, rouge, granuleux, dans les affections intestinales. Le *syndrome entéro-naso-pharyngien* est connu des oto-rhino-laryngologistes et des médecins des stations sulfureuses. A Cauterets, Armengaud a vu ainsi un certain nombre d'entéritiques qui présentaient un catarrhe chronique muco-purulent du rhino-pharynx. Chez un tel malade nous avons observé le synchronisme des poussées diarrhéiques et naso-pharyngiennes. Certains auteurs ont tendance à rapprocher le syndrome entéro-naso-pharyngien du syndrome entéro-rénal et à en faire une infection colibacillaire. Une telle conclusion semble prématurée, et il est difficile d'affirmer quel est l'organe qui est le premier malade et retentit sur l'autre.

On voit que l'examen du patient doit être complet; les affections coliques peuvent retentir sur l'estomac ou sur le cœur (palpitations, douleurs précordiales) ou même sur les reins (oligurie). Il y a donc toute une série de *réactions coliques à distance* qu'il ne faut pas méconnaître, car mal interprétées elles détournent l'attention du clinicien vers des organes qui sont sains.

Il n'est pas jusqu'au *psychisme* qui peut être influencé par les affections intestinales. Beaucoup d'entéro-colitiques s'obnubilent sur leur état, s'étudient et constituent une idée fixe qui peut être la porte d'entrée de la neurasthénie. Certains malades sont tristes, mélancoliques, d'autres sont des anxieux en proie à des craintes exagérées, à des angoisses, à des réveils subits au milieu de la nuit. On a cherché à analyser ces différents troubles psychiques. Pour Savignac et Sarles les malades atteints de colites fermentatives sont souvent de grands émotifs très instables, sujets aux angoisses, tandis que les diarrhées avec putréfactions, s'accompagnent plutôt d'asthénie, de dépression qui constituent parfois un véritable syndrome neuropsychasthénique. C'est chez des malades porteurs également de colites alcalines que Mathieu de Fossey et Béhague ont décrit un curieux syndrome neuro-psychique avec anxiété nocturne, insomnie, tremblement fin et rapide de la main, spasmes marqués surtout aux petits muscles de la face (blépharospasme), de la main (éminence thénar), syndrome qu'ils ont appelé la *paramyoclonie anxieuse*.

L'*examen local* des portions terminales de l'intestin donne de précieux renseignements dans un grand nombre de cas. L'inspection peut montrer des hémorroïdes (elles suffisent à provoquer de la diarrhée), de l'irritation anale, des écoulements purulents ou sanglants. Le toucher peut faire déceler une masse tumorale. La *rectoscopie* donne infiniment

plus d'indications. C'est un lieu commun de répéter qu'elle peut faire découvrir un néoplasme méconnu, mais on n'y songera jamais trop, surtout après quarante-cinq ans. La rectoscopie facilite aussi le diagnostic des recto-colites ulcéreuses, et nous verrons plus loin, à propos de cette affection, quelles sont les principales images que le rectoscope permet d'observer. Il n'est pas jusqu'aux amibiens qui ne sont justiciables souvent d'une exploration endoscopique. Evidemment chez beaucoup de sujets on ne décèle que des lésions de recto-sigmoïdite banale, mais bien souvent aussi l'aspect du rectum signe l'étiologie de la maladie ; c'est ainsi que dans certains cas où l'examen des selles avait été négatif on incriminait un parasite autre que l'amibe, l'image seule de la muqueuse recto-sigmoïdienne a fait poser à Bensaude le diagnostic d'amibiase, vérifié d'ailleurs par des examens complémentaires de laboratoire. L'examen endoscopique devient absolument indispensable lorsque l'amibiase et le cancer sont associés. Nous y reviendrons à propos de l'étude des néoplasmes rectosigmoïdiens.

Enfin il faut savoir faire appel à la radiologie; elle décèle un néoplasme du cæcum ou du sigmoïde, une bacillose iléo-cæcale, des spasmes du côlon gauche imputables à une colite ulcéreuse. Mais il ne faut pas trop lui demander. Dans nombre de diarrhées chroniques la radio ne fournit que des renseignements nuls ou confus (Bisson).

***

III. **Examen des fèces.** — Pour élucider le diagnostic des diarrhées il est un examen capital, c'est celui des *fèces*. C'est là une méthode bien moderne puisqu'elle n'existait pratiquement pas il y a une trentaine d'années lorsque Nothnagel (de Vienne) en formula les premiers principes. Depuis, Combes (de Lausanne), Metchnikoff et ses élèves ont donné à la coprologie des assises plus fermes. Enfin les travaux récents de Strasburger, de Gaultier, J.-Ch. Roux, Goiffon donnent à la méthode une sûreté, une rigueur qui nous est d'un grand secours dans le diagnostic des diarrhées.

Avant tout examen des selles, à moins qu'on ne se contente d'une recherche parasitologique, il importe de connaître le régime auquel est soumis le malade. Que signifierait la constatation dans les fèces d'abondants débris musculaires mal digérés si le malade avait une alimentation abusivement carnée? Ou inversement comment pourrait-on apprécier la digestion des albumines chez un sujet qui spontanément a supprimé toute viande de son régime?

Il convient donc de soumettre le malade à un *régime d'épreuve*. Dans l'institution de celui-ci il suffit de se rappeler que la viande crue est utile pour apprécier la digestion gastrique et pancréatique, que les pommes de terre servent à l'épreuve de la digestion de la cellulose et de l'amidon; que les graisses témoignent des digestions biliaire et pancréatique.

Schmidt et Strasburger ont cherché à établir un régime d'épreuve qui mesure la limite de la capacité digestive normale, c'est-à-dire que si les quantités d'aliments fixées dans ce régime ne sont pas totalement digérées il y a une insuffisance digestive.

Voici comment il faudrait formuler ce régime. Pendant trois jours faire les repas suivants :

1. Premier déjeuner : lait 300 à 500 grammes, seul ou arrangé, pain grillé ou biscuit : 30 à 50 grammes.

2. Deuxième déjeuner (au cours de la matinée).

 Soupe d'avoine ou de blé avec :
 — farine : deux cuillerées à soupe,
 — lait : 200 grammes,
 — eau : 100 grammes,
 — beurre : 10 grammes,
 — sel : q. s.,
 — œuf n° 1.

3. A midi : viande de veau 125 grammes, frite superficiellement.

 Purée de pomme de terre avec :
 — pommes de terre : 190 grammes,
 — lait : 50 grammes,
 — beurre et sel : 10 grammes,
 Pain : 20 grammes.

4. Goûter : comme le petit déjeuner.

5. Dîner : soupe au lait,
 un ou deux œufs,
 pain : 25 grammes.

On examinera la première selle émise au quatrième jour, c'est-à-dire le lendemain du troisième jour de régime.

Tel est le modus faciendi de J. M. Rosell dont la *Coprologie clinique* reflète les idées allemandes.

On donne en même temps que ce régime des cachets de carmin, ou plutôt de charbon, moins irritant, pour être sûr d'examiner les selles qui conviennent, et d'autre part pour obtenir un important renseignement : la durée du transit digestif.

Lorsqu'il est difficile d'appliquer le régime de Schmidt, à l'hôpital par exemple, ou bien lorsqu'on ne demande pas une grande rigueur dans l'appréciation des fonctions digestives, on peut simplifier le régime d'épreuve et le réduire à la formule : viande grillée, beurre, pommes de terre en quantité modérée, trois éléments nécessaires et suffisants pour apprécier les fonctions gastro-intestinales, et auxquels il faut ajouter du lait pour compléter la ration normale. C'est le régime que nous prescrivons habituellement; il manque de précision, mais il est rarement besoin d'apprécier de minimes troubles dyspeptiques; lorsqu'une diarrhée chronique est causée par un déficit fonctionnel gastrique ou intestinal, ce n'est pas un trouble insignifiant qu'il faut apprécier avec une rigueur scientifique, c'est un trouble net, facile à mettre en évidence. Quant aux petits écarts dans la capacité digestive, nous ne pensons pas qu'ils soient à retenir dans le diagnostic étiologique des diarrhées.

1° **Examen macroscopique.** — On doit tout d'abord tenir compte de l'*aspect macroscopique* des selles et en noter le nombre, la consistance, la couleur, l'odeur. Les selles sanglantes et muqueuses éveil-

lent l'idée d'une recto-colite, qu'elle soit due aux amibes ou à d'autres agents.

D'autres fois ce qui frappe, c'est l'*aspect gras*, presque huilé de la selle.

On doit noter l'odeur des garde-robes, très variable depuis l'odeur fade des selles évacuées très rapidement jusqu'à l'odeur nauséabonde des diarrhées avec putréfactions.

Il faut se méfier des matières à consistance inégale, et penser à la *fausse diarrhée* constituée par des scybales diluées dans une sécrétion colique.

Il est plus rare d'examiner des selles recouvertes de *pus*.

Mais bien souvent le premier examen macroscopique d'un échantillon de selles ne donne pas beaucoup d'indications; en particulier il ne faut guère compter apercevoir au premier abord des débris alimentaires, ce qui constituerait la lientérie.

Pour reconnaître les débris l'examen doit être fait après *dilution* et trituration dans une cuvette de porcelaine. Il peut être possible alors de voir de petits paquets filamenteux qui ne sont autres que du tissu conjonctif provenant de viandes insuffisamment attaquées par le suc gastrique. Parfois même ce ne sont pas seulement des filaments conjonctifs mais des débris de viande qui sont témoins d'une insuffisance gastrique et pancréatique. L'insuffisance gastrique explique également la présence de restes de pommes de terre qui se présentent sous l'aspect de grains réfringents.

2° Examen microscopique. — Il ne faut pas se contenter de l'examen macroscopique des selles. Chez tous les malades atteints de diarrhée chronique, il faut faire pratiquer un examen microscopique et un examen chimique.

En ce qui concerne l'examen microscopique, on doit bien savoir que *la technique en est très simple*. On met une gouttelette de matières diluées entre lame et lamelle et on la porte sous l'objectif sans aucune manipulation; c'est tout. Quand la préparation est examinée insinuer une goutte de solution iodo-iodurée qui colore instantanément en violet-noir les substances amylacées ainsi qu'une certaine flore dont nous reparlerons.

Que voit-on tout d'abord? des *résidus alimentaires*. Mais il faut bien distinguer les résidus anormaux des résidus normaux. C'est ainsi qu'on notera l'aspect des fibres musculaires qu'il faut considérer comme mal digérées si elles n'ont perdu ni leurs angles ni leurs stries, et à plus forte raison leurs noyaux; tout le monde connaît l'épreuve des noyaux de Schmidt qui permet de savoir l'état de la fonction pancréatique. On doit tenir compte aussi de l'abondance des fibres conjonctives. Quant aux graisses leur seule présence est déjà anormale. Les graisses neutres se présentent sous l'aspect de gouttelettes très réfringentes; les acides gras formant des aiguilles. Quand on trouve des gouttelettes de graisses dans les selles, on s'assure que le malade n'a pris ni huile de paraffine, ni lavement huileux.

Les résidus d'origine végétale sont avant tout l'amidon et la cellulose. La présence de l'amidon qui se colore en violet-noir par l'iode témoigne soit d'une insuffisance digestive, soit d'un transit intestinal rapide. Normalement les selles ne doivent pas contenir d'amidon (cela n'est vrai que pour l'adulte que seul nous étudions dans ce travail). Quant à la cellulose ses débris sont plus difficiles à interpréter puisque normalement les selles en contiennent en grand nombre; nous absorbons quotidiennement de la cellulose absolument indigestible et de la cellulose digestible telle que les cellules à amidon des féculents.

A côté des résidus alimentaires, nous pouvons trouver des *cristaux*, les uns en double fer de lance, ce sont les cristaux de Charcot-Leyden qui sont un indice de parasitisme, les autres des cristaux en forme de tombeaux : ce sont les cristaux ammoniaco-magnésiens qui accompagnent les putréfactions.

Quant aux *globules rouges* ou aux globules blancs il n'est pas habituel d'en rencontrer. Une abondante leucocytose est toujours le témoin d'un processus inflammatoire ulcératif. Il faut faire exception pour l'éosinophilie que l'on observerait au cours de certains équivalents digestifs de l'asthme, mais aussi dans certaines colites ulcéreuses.

Il n'y a que peu de choses à dire de l'*étude bactériologique* des selles; dans l'état actuel de nos connaissances cette étude n'éclaire pas beaucoup le diagnostic des diarrhées chroniques. La constatation d'une abondante flore iodophile est facile à faire, il suffit de mélanger à une goutte de matières une gouttelette de solution iodo-iodurée et la flore iodophile est colorée en bleu comme l'amidon; elle est l'indice d'une évacuation accélérée avec généralement des phénomènes anormaux de fermentation.

Par la méthode de Gram on colore la flore saccharolytique en rouge, tandis que la flore protéolytique, putride prend le Gram et se colore en violet; on peut ainsi apprécier l'importance relative de l'une ou l'autre flore, c'est la méthode de Weigert-Escherich; Rosell doute de sa valeur diagnostique.

Quant à la recherche de germes spécifiques, à l'exception du bacille de Koch, et peut-être du diplocoque de Bargen, nous verrons, à propos des colites ulcéreuses, combien elle est stérile.

L'*étude parasitologique* est bien autrement importante, surtout en ce qui concerne les parasites inférieurs.

L'amibe dysentérique peut être rencontrée chez des sujets qui n'ont absolument aucun antécédent dysentérique aigu et qui n'ont pas quitté la France. Mais pour la trouver il faut prendre certaines précautions et examiner un échantillon chaud. Celui-ci doit parfois être prélevé directement sur les lésions avec le secours du rectoscope. Si l'*amibe* dans sa forme *histolytica* est facile à reconnaître, il n'en est pas de même de la forme *tetragena* plus difficile à distnguer d'*Entamoeba coli* non pathogène. Les kystes eux-mêmes peuvent manquer par périodes d'où la nécessité parfois de donner un lavement irritant pour enrichir les selles; l'inoculation au rectum du jeune chat reste l'exception mais serait le seul moyen de ne pas faire la confusion avec *Entamoeba Dispar* (Brumpt 1925) qui vient compliquer cette identification.

Il n'est pas non plus besoin d'insister sur l'importance de la constatation de *Giardia intestinalis* qui est certainement pathogène. Quant au *Trichomonas*, au *Chilomastix* et au *Trichocéphale* il est difficile de savoir dans quelle mesure ils exercent un rôle morbide.

C'est qu'en effet on peut rencontrer ces parasites même les plus pathogènes comme l'amibe dysentérique, dans les selles de porteurs absolument sains. La proportion des porteurs de parasites intestinaux est d'ailleurs relativement élevée. Le Noir et Deschiens examinant les selles de 1.000 adultes gastriques ou entérocolitiques ont trouvé plus de 59 p. 100 de porteurs de parasites pathogènes ou non pathogènes. Poublan, chez des sujets bien portants, trouve aussi un grand nombre de porteurs de parasites très divers.

3° Examen chimique. — L'*examen chimique* enfin doit compléter l'examen macroscopique et microscopique des selles. Il est à la portée de tous d'apprécier la *réaction* à la teinture de tournesol. Normalement la réaction est neutre ou légèrement alcaline; toute réaction très acide ou très alcaline est un indice à retenir. La réaction des selles est suffisamment utile au diagnostic pour qu'on cherche à la préciser. C'est ainsi que J.-Ch. Roux et Goiffon ont montré l'importance du dosage des acides organiques de fermentation qui oscillent de 14 à 16 centimètres cubes pour 100, dans les selles normales, pour un régime moyen. L'augmentation du chiffre est le témoin d'une excessive fermentation; sa diminution s'observe dans les putréfactions précoces, s'il y a évacuation prématurée ou s'il y a hypersécrétion colique.

La recherche de l'albumine soluble permet de savoir si la paroi intestinale est malade, lésée, ulcérée. Elle se fait par la réaction du collage au sublimé. Cette réaction du sublimé (Triboulet) permet en même temps de savoir si les matières renferment de la stercobiline ou de la bilirubine; ce dernier cas indiquerait qu'elles ont été rapidement évacuées depuis le cæcum. (Nous avons vu que dans le côlon le bol fécal ne renferme plus normalement que de la stercobiline.) Voici cette réaction : on met dans un tube gros comme une noisette de matières et on remplit d'eau distillée jusqu'aux deux tiers. Après avoir bouché et agité on ajoute x gouttes de sublimé acétique et il suffit de laisser reposer quelques heures. Si le liquide qui surnage est rouge il renferme de la stercobiline; la bilirubine est indiquée par une coloration verte. D'autre part si ce liquide a coagulé et colle plus ou moins au tube les selles contiennent de l'albumine soluble.

La lésion de la muqueuse peut être décelée aussi par la présence en excès de mucine (réaction au moyen de l'acide acétique). La présence de sang, reconnue par un des procédés qui sont si connus, est un signe de lésion, mais pour prouver qu'il ne vient pas de l'estomac ou du duodénum il faudrait s'assurer de son absence dans les liquides recueillis par le tube d'Einhorm.

Moins souvent on demandera au coprologiste la recherche des graisses, en particulier des graisses neutres dont la présence en grande quantité est un signe important d'insuffisance pancréatique surtout quand elle est associée à la diminution ou même à l'absence de l'amylase fécale.

On demande un dosage de l'ammoniaque lorsqu'on veut savoir s'il y a des phénomènes notables de putréfaction. Dans ce cas le chiffre d'ammoniaque est de 7 à 10 centimètres cubes en moyenne au lieu de 4, chiffre normal.

*
* *

IV. **Classification**. — Eclairés par les notions principales de physiologie intestinale et de coprologie, nous allons pouvoir étudier les différentes formes étiologiques des diarrhées chroniques de l'adulte. Leur classement est assez délicat. Tout d'abord il faut éliminer les fausses diarrhées qui forment un groupe bien distinct. Quant aux diarrhées chroniques vraies, nous croyons, sans nous faire trop d'illusions sur ce que ce schéma a de conventionnel et fragile, qu'on peut les répartir :

1° *En diarrhées dues à une lésion de la muqueuse intestinale, à une maladie quelconque de la paroi intestinale, ce sont les* DIARRHÉES LÉSIONNELLES.

2° *Et en diarrhées qui sont dues non à une lésion mais à un vice de fonctionnement du tube digestif, à un trouble fonctionnel quelconque, ce sont les* DIARRHÉES FONCTIONNELLES.

Va-t-on pouvoir faire à cette classification la même objection que celle qu'on peut si facilement faire à la classification en diarrhées digestives et extra-digestives, c'est-à-dire que rien ne permet de faire rapidement cette distinction chez un malade? Non. Car les diarrhées lésionnelles ont des caractères coprologiques certains. Les selles ont-elles été mélangées de sang? Sont-elles recouvertes de glaires, de mucus? C'est dans le cadre des diarrhées lésionnelles qu'il va falloir s'orienter. Si ces caractères macroscopiques manquent, il suffit de rechercher l'albumine soluble, les amas mucoïdes, au besoin la mucine.

En l'absence de ces substances, on peut presque affirmer: pas de lésion de la muqueuse actuellement. Et il faut s'orienter vers les troubles fonctionnels.

Il est cependant des cas mixtes, car à la longue *une diarrhée fonctionnelle irrite et lèse la muqueuse*; d'autre part, un segment intestinal lésé, a parfois une fonction troublée. Mais dans l'ensemble, cette grande division qui est celle de notre maître M. Bensaude, est assez commode tant pour l'exposé théoriqus que pour la clinique.

Nous étudierons donc successivement :

1° Les fausses diarrhées;

2° Les diarrhées lésionnelles ou inflammatoires :
- *A.* parasitaires;
- *B.* infectieuses;
- *C.* toxiques;
- *D.* dues à des lésions spéciales.

3° Les diarrhées fonctionnelles, d'origine :
- *A.* buccale;
- *B.* gastrique (avec putréfactions);

C. iléale (fermentative);
D. pancréatique;
E. Les diarrhées nerveuses;
F. Les diarrhées fonctionnelles difficiles à classer :
— La sprue et la diarrhée chronique des pays chauds;
— Les diarrhées mécaniques;
— Les diarrhées des aortiques, etc...

Cette classification n'est d'ailleurs pas arbitraire, car on en retrouve les grandes lignes dans plusieurs classifications proposées ailleurs. En Allemagne, on adopte généralement le cadre de Nothnagel modifié légèrement par Strasburger; on distingue les diarrhées dues à une excitation provenant :

1° De la paroi intestinale;
2° Du contenu;
3° Du système nerveux
Et 4° les diarrhées de causes complexes (anaphylactiques, endocriniennes, etc...).

La première catégorie n'est autre que le groupe des diarrhées lésionnelles; la seconde concerne les diarrhées fonctionnelles, on voit qu'en somme, on arrive de part et d'autre à un classement analogue. C'est peut-être la bonne voie.

* * *

V. **Diagnostic étiologique.** — 1° **Fausses diarrhées.** — Avant d'étudier les diarrhées vraies, il convient d'éliminer les fausses diarrhées. Il faut en distinguer deux types très différents.

a. Les selles dysentériques quand elles ne renferment que des glaires ne sont pas de la diarrhée; les malades sont, en effet, des constipés, leurs garde-robes ne contiennent pas de matières.

b. La fausse diarrhée proprement dite, diarrhée stercorale de Nothnagel, a été bien étudiée par Mathieu. Ce sont des selles de constipation qui dans le segment terminal du gros intestin sont diluées dans l'eau sécrétée par la muqueuse irritée. Il s'agit d'anciens constipés atteints ou non de colite muco-membraneuse. Souvent les selles se produisent le matin, parfois à de brefs intervalles. Elles sont « en bouse de vache ». Leur aspect n'est pas homogène; des particules encore solides subsistent dans la masse; généralement la fin de la selle est plus solide que le début.

L'examen microscopique montre la surdigestion caractéristique de la constipation. On n'y trouve plus de cellulose intacte. La réaction est plutôt alcaline, il y a orientation vers la putréfaction,

Une épreuve très simple suffit d'ailleurs à affirmer qu'il s'agit de fausses diarrhées, l'absorption de carmin ou de charbon permet de se rendre compte que le transit intestinal n'est nullement accéléré, mais très ralenti.

La fausse diarrée éliminée, nous allons passer en revue les diverses diarrhées vraies que nous classons en deux rubriques :
— Les diarrhées inflammatoires (ou lésionnelles).
— Les diarrhées fonctionnelles ou essentielles.

* * *

2° **Diarrhées inflammatoires.** — Les *diarrhées inflammatoires* sont celles qui sont dues à des lésions de la paroi intestinale, qu'elles soient infectieuses, parasitaires, toxiques ou autres.

Nous avons vu qu'il y a des modifications des selles qui permettent de classer immédiatement une diarrhée dans le cadre des diarrhées inflammatoires. S'il y a du mucus, des amas mucoïdes, de l'albumine dissoute et à plus forte raison du pus, on peut dire que la paroi intestinale est altérée; cependant, dans le cas contraire, on ne peut pas conclure absolument qu'il n'y a pas inflammation.

A. Diarrhées parasitaires chroniques. — Les diarrhées parasitaires sont à l'ordre du jour depuis la guerre. Non seulement, l'amibiase est mieux connue depuis que les cas importés et les cas autochtones se sont multipliés en France, mais encore les examens parasitologiques faits plus systématiquement font souvent dépister des entérocolites dues à des parasites qui étaient autrefois considérés comme tout à fait exceptionnels.

a. *Amibiase.* — L'*amibiase* est une des causes les plus importantes des diarrhées chroniques. Il ne nous appartient pas d'en retracer ici toute l'histoire clinique. D'innombrables travaux ont montré que cette affection si fréquente aux colonies, s'observe également dans les pays tempérés, étant donné le grand nombre de sujets qui ont fait des séjours sous les tropiques. Bien des cas aussi ont été indubitablement reconnus chez des malades n'ayant jamais quitté la métropole. On sait aussi combien l'amibiase peut être insidieuse (Ravaut, etc.). On s'efforcera évidemment de retrouver l'histoire de poussées aiguës avec des besoins douloureux n'aboutissant qu'à l'émission de quelques glaires, mais on n'oubliera jamais que des diarrhées chroniques très torpides peuvent être amibiennes. C'est pourquoi le médecin doit tout mettre en œuvre pour élucider l'étiologie des colites qui ne font pas leurs preuves. De même que pour la syphilis il ne faut pas faire de traitement avant d'avoir posé un diagnostic ferme; l'épreuve du traitement est certes une bonne épreuve mais elle doit venir après d'autres investigations.

On enverra un malade à un laboratoire qui, dans les glaires fraîchement émises, recherchera les amibes au moyen d'un microscope à platine chauffante. On sait qu'un lavement irritant ou qu'une injection intraveineuse de cyanure peuvent faciliter les recherches. L'identification des kystes est le plus souvent la base du diagnostic parasitologique. Si celui-ci reste négatif et que l'on conserve des présomptions cliniques, la rectoscopie est d'un secours précieux. Elle est parfois utile même quand on a trouvé des kystes dans les selles, car des associations pathologiques sont possibles, en particulier amibiase et cancer.

Dans les cas d'amibiase, le rectoscope permet de déceler deux catégories de lésions (Bensaude), tantôt des images banales de recto-sigmoïdite, tantôt des aspects qui évoquent aussitôt l'idée d'amibiase; ce sont des ulcérations petites et nombreuses recou-

vertes ou non de pellicules blanchâtres, assez profondes, aux bords nettement découpés ; le reste de la muqueuse est congestionné, parfois avec des aspects hémorragiques.

Dans les cas douteux, l'épreuve du traitement réserve souvent d'agréables surprises. Cet essai a permis à Bensaude de guérir rapidement une diarrhée qui résistait depuis quinze ans aux moyens thérapeutiques habituels.

Si l'amibiase est de beaucoup la colite parasitaire la plus importante à connaître, il ne faut pas ignorer cependant l'existence d'autres protozooses qui sont assez souvent associées à l'amibiase, mais que l'on trouve parfois isolées chez des malades qui consultent pour une entérocolite chronique.

b. *Lambliase.* — C'est surtout la *Lamblia ou Giarda intestinalis* qui détermine des entérocolites aiguës ou chroniques et alors très rebelles. Les Lamblias pouvant infester le duodénum et la vésicule biliaire, on ne s'étonnera pas de leur rôle possible vis-à-vis de certaines affections hépato-biliaires. M. Labbé, Nepveux et Justin-Besançon ont vu des hépatites chroniques survenir au cours de lambliases. Toullec a attribué à la giardiase vésiculaire certaines crises douloureuses accompagnées d'ictère ou de congestion hépatique.

La lambliase semble donc bien souvent une parasitose de l'intestin, du duodénum et des voies biliaires. Aussi certains cas sont-ils très rebelles. Marcel Labbé a récemment rapporté l'observation d'une lambliase grave, avec présence de parasites dans les trois biles retirées par tubage duodénal, ayant entraîné l'issue fatale après une longue succession de troubles divers et même un abcès de la fosse iliaque droite.

D'après une observation de notre maître M. André Cain, les lamblies semblent avoir le duodénum comme foyer de pullulation et leur colonisation dans la vésicule peut être passagère.

c. *Parasitoses intestinales diverses.* — Le *Balantidium coli* peut être la cause de colites qui, cliniquement et anatomiquement, rappellent l'amibiase. La diarrhée balantidienne pourrait s'accompagner parfois d'hémorragies intestinales (Cort). Le *Trichocéphale* peut également donner une diarrhée fréquente et tenace. Labbé et Justin-Besançon ont vu une diarrhée à trichocéphales s'accompagner d'ictère catarrhal. Le traitement calomel-thymol a fait disparaître l'ictère et la parasitose. Le *Trichomonas intestinalis* s'observe isolé ou associé aux amibes et aux giardias. Le *Tetramitus Mesnili* a été retrouvé dans les selles de fausses diarrhées. Songeons enfin que la *bilharziose* intestinale peut se manifester soit par une diarrhée chronique, soit par des crises dysentériques espacées; il faut rechercher dans les selles les œufs de *Schistosoma mansoni*; on y pensera chez les Antillais. Quant au *Blastocystis*, on le rencontre souvent dans les selles : jusqu'à 50 p. 100 des sujets sains. Ce parasite peut devenir très abondant après une purgation. Il n'est généralement pas considéré comme pathogène par les auteurs français. En Argentine, on lui attribue certaines diarrhées dysentériformes (Mazza, Castex et Greenway). Mme Panayotatou a rapporté récemment trois cas d'entérite à blastocystis. Il ne faut pas cependant oublier que les blastocystis peuvent pulluler dans les selles de diarrhées très diverses. Chez un entéritique porteur de nombreux blastocystis, nous avons par le Stovarsol fait disparaître les parasites et la diarrhée persista. Il s'agissait, en réalité, d'un dyspeptique dont les troubles intestinaux étaient fonctionnels.

d. *Spirochétose intestinale.* — Le rôle pathogène des *spirochètes* dans les rectocolites aiguës et chroniques a été discuté. Il existe à coup sûr des faits où des spirochètes sont responsables à eux seuls d'accidents intestinaux; c'est Le Dantec qui les a décrits le premier (1903). Mais différents auteurs viennois avaient déjà trouvé des spirochètes dans les fèces normales ainsi que dans les déjections de cholériques. Mieux identifié plus tard par Werner, le *Spirochaeta enrygyrata* a été retrouvé bien des fois, et Luger, Porter, W. Bigot, Mary Jane Hogue, Pecker ont étudié les troubles morbides que sa pullulation peut entraîner. La *spirillose* intestinale entraîne une diarrhée tenace avec des crises dysentériformes et retentit sur l'état général. Quelquefois, il y a des hémorragies intestinales, qui par leur répétition peuvent constituer une forme particulière : la spirochétose intestinale hémorragique (Luger, Saenz, M. Labbé).

Il faut se garder cependant d'attribuer toujours au spirochaeta enrygyrata les diarrhées dans lesquelles on l'observe, Comme le blastocystis, il n'est souvent qu'un commensal d'occasion. Quand on le trouve associé à d'autres parasites, les amibes en particulier, son rôle pathogène est difficile à préciser.

B. Diarrhées infectieuses. — En dehors des parasitoses, les diarrhées dues à l'action d'un germe microbien sur la paroi intestinale peuvent se répartir en deux catégories assez distinctes actuellement mais qui ne constituent qu'un cadre d'attente :

a. Les diarrhées dues à un germe spécifique (tuberculose par exemple, accessoirement syphilis, paludisme...);

b. Les diarrhées dues à un germe indéterminé ou mal déterminé.

Il est probable que peu à peu le deuxième groupe va, sinon se désagréger totalement, du moins diminuer au profit du premier. Actuellement, il est difficile d'interpréter le rôle pathogène des germes nombreux qui vivent normalement dans les selles et qui se multiplient et s'exaltent dans certaines circonstances. Ce problème se posera à propos des colites ulcéreuses.

a. Diarrhées dues a un germe spécifique. — *α. Les diarrhées tuberculeuses.* — Elles sont connues depuis l'antiquité, mais c'est dans les dernières années que la difficulté de leur diagnostic a été bien mise en évidence. Les lésions tuberculeuses de l'abdomen sont de siège et de nature très divers. *Et la diarrhée des tuberculeux peut ne pas être tuberculeuse.*

Eliminons d'abord ces diverses diarrhées non spécifiques. Elles entrent surtout dans le cadre des

diarrhées fonctionnelles qui sont étudiées plus loin. Disons seulement que la dyspepsie qui est la cause de ces troubles n'est pas univoque. Certes, chez certains phtisiques, il y a achylie gastrique et des putréfactions intestinales en sont la conséquence. Cette insuffisance gastrique serait d'ailleurs favorisée par la gastrite médicamenteuse. On a beaucoup incriminé la créosote et ses dérivés; mais maintenant qu'on en use infiniment moins, on voit toujours des dyspepsies chez les tuberculeux. On accuse aussi les abus de la suralimentation et ce n'est là qu'une cause adjuvante. L'insuffisance sécrétoire de l'estomac semble plutôt en rapport avec l'imprégnation toxinique de l'organisme.

D'autre fois, il s'agit d'une diarrhée fermentative; les selles sont mousseuses et acides. Courcoux et Godel ont insisté sur la fréquence de ce type de diarrhée. D'autres auteurs estiment, par contre, que l'insuffisance hépatique est le plus souvent en cause dans les diarrhées non spécifiques des bacillaires. Le caractère postprandial de la diarrhée serait pour Villaret un argument en faveur de cette origine hépatique, mais il peut être aussi en faveur de l'origine gastrogène.

En réalité, le déficit des fonctions digestives semble le plus souvent mixte, sinon multiple. Bien souvent l'examen coprologique de selles d'apparence fermentative, en dehors de l'insuffisante digestion des hydrates de carbone, dénote aussi un déficit dans la digestion des graisses et des albuminoïdes. Quelquefois même il y a une lientérie appréciable.

Ce n'est pas seulement au cours d'une bacillose avérée que surviennent ces diverses diarrhées fonctionnelles; elles peuvent marquer le début ou le réveil d'une évolution tuberculeuse; dans ces cas, lorsque les manifestations gastro-intestinales, au premier plan, masquent le syndrome pulmonaire, on pourrait, faute d'un examen complet, traiter le tuberculeux comme un entérocolitique.

Il faut distinguer ces bacilloses masquées des cas où une entérocolite ancienne, en affaiblissant le terrain, a préparé les voies d'une tuberculose pulmonaire ou autre. C'est pourquoi Sergent et Mignot admettent l'existence *d'entéro-colites prétuberculeuses*. De même, J.-Ch. Roux a vu se développer une bacillose à marche rapide chez des malades atteints d'une ancienne colite acide.

Toutes les diarrhées non tuberculeuses des tuberculeux ne sont pas fonctionnelles. Les *parasitoses* seraient relativement fréquentes : 40 p. 100 environ des bacillaires. On a souvent trouvé des amibes, des lamblias et même des trichocéphales, des anguillules. Citons la diarrhée de l'amylose qui sera envisagée plus loin.

On voit donc qu'avant d'affirmer la nature tuberculeuse d'une diarrhée chronique survenant chez un tuberculeux, il faut éviter différentes causes d'erreurs. Aussi doit-on se faire aider de la recherche dans les selles du bacille tuberculeux; celui-ci doit se présenter en amas pour qu'on soit en droit de suspecter son origine intestinale. D'autre part, le diagnostic de lésion intestinale n'est certain que s'il y a dans les selles de l'albumine.

On pense alors à la *tuberculose du grêle*, qui entraîne ce syndrome classique de diarrhée profuse, épuisante, rebelle à tous les médicaments. Les selles sont liquides ou demi-liquides, grumeleuses, brunes ou noirâtres; elles se produisent dix, quinze fois dans les vingt-quatre heures, la nuit comme le jour; elles sont provoquées par l'ingestion d'aliments froids; cette diarrhée est tantôt indolore, tantôt accompagnée de coliques vives et pressantes.

Cependant, il ne faut pas méconnaître la possibilité de *localisation colique*. En dehors des *tuberculomes cæcaux* ou coliques qui peuvent entraîner des intermittences de diarrhée et de constipation avec parfois du melæna et dont le diagnostic repose, entre autres signes, sur les caractères bien connus de la tumeur, il existe une *tuberculose colique ulcéreuse*. Quelques observations en ont été données par Spillmann, par Girode, par Cade et Roubier. Nous avons repris récemment avec M. Cain l'étude anatomique et clinique de cette localisation. Elle peut être secondaire à une tuberculose pulmonaire, mais elle peut aussi survenir de façon primitive. On peut observer un véritable syndrome dysentérique (correspondant souvent à des lésions gauches) à évolution rapidement fatale ou bien un syndrome de diarrhée profuse et très rapidement cachectisante. Il existe des formes avec tumeurs et sténose, des formes perforantes, des formes latentes. Le diagnostic repose essentiellement sur la constatation d'un syndrome clinique et coprologique de colite grave et sur la trouvaille de bacilles de Kock dans les selles. La rectoscopie pourra être d'un grand secours.

Rapprochons de la tuberculose intestinale, la *tuberculose péritonéale*. Celle-ci entraîne fréquemment de la diarrhée, même quand la muqueuse entéro-colique n'est pas lésée. Ces troubles devraient en réalité prendre place parmi les diarrées fonctionnelles car ils sont réflexes. La diarrhée est généralement accompagnée d'ascite ou de gâteaux pénitonéaux, mais il est des cas où elle reste, pendant un certain temps, un symptôme isolé et prémonitoire et son diagnostic réel n'est pas fait.

β. *La diarrhée syphilitique* a semblé jusqu'ici extrêmement rare. Elle peut survenir au cours de la période secondaire et s'accompagner de douleurs et de glaires sanguinolentes (forme entéralgique) ou d'un syndrome abdominal et général rappelant la typhoïde (forme typhoïde) ou bien elle survient à titre de symptôme isolé.

La syphilis tertiaire est plus fréquente; elle atteint les derniers segments du côlon et le rectum; le syndrome recto-colique est habituellement mixte comprenant des signes de sténose et des signes de rectite.

Pour certains auteurs, la syphilis serait assez souvent en cause dans certaines colites ulcéreuses à étiologie indéterminée (Bonorino Udaondo).

Quant aux crises entéritiques du tabes, leur évolution aiguë ne permet pas de les comprendre dans cette étude. La diarrhée chronique tabétique sera classée dans le chapitre des diarrhées nerveuses.

b. Diarrhées dues a des germes indéterminés ou mal déterminés. Colites ulcéreuses. — Les colites

que nous allons étudier ici et que l'on pourrait appeler *colites lésionnelles* par opposition aux *colites fonctionnelles* forment un groupe vaste dont nous distrayons les colites parasitaires déjà étudiées et les colites toxiques qui constitueront un paragraphe distinct.

Ces affections sont étudiées sous les noms de colite chronique suppurative (Schmidt), de colite grave (Rosenheim), de recto-colite hémorragico-purulente (Bensaude et Antoine), et surtout de colite ulcéreuse. Bonorino Udaondo vient d'en faire une étude très complète.

Elles sont le plus souvent infectieuses, mais la plus grande confusion règne en ce qui concerne leur étiologie précise. Plusieurs écoles tendent à résoudre ce problème de façons différentes.

En France, on nie généralement la spécificité des colites ulcéreuses; elles dépendraient de l'exaltation de germes banaux associés : colibacille, proteus vulgaris, entérocoque, etc... Ces hôtes habituels de l'intestin deviendraient pathogènes à l'occasion de certaines circonstances qui accroissent leur virulence et diminuent la résistance du terrain.

En Amérique, les travaux de Bargen incriminent un diplocoque non encapsulé Gram positif qui reproduit la maladie chez le lapin.

Enfin, certains auteurs (Bonorino-Udaondo et d'autres) croient au démembrement des colites ulcéreuses. Ce groupe renfermerait des colites dues à des germes banaux et des colites à germe spécifique : streptocoque, entérocoque, colibacille (Knorr), diplocoque de Bargen, bacille dysentérique, tréponème de la syphilis, bacille de Koch (Cain et Monnerot-Dumaine).

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur ces recto-colites infectieuses chroniques. Rappelons seulement leurs grandes caractéristiques.

Signes fonctionnels. — Après une phase aiguë dysentériforme ou bien après un début insidieux, le syndrome de colite ulcéreuse se caractérise par l'émission de *glaires*, de *pus*, de *sang*. Parfois ces émissions sont presque pures, le malade étant constipé; d'autres fois, elles sont mélangées avec des matières boueuses et fétides. Le malade peut émettre des glaires ou du sang dans l'intervalle des garde-robes, il est alors obligé de se garnir. La fréquence des besoins est très variable. Au minimum il y a 3 selles diarrhéiques par jour, dans d'autres cas, il y en a 5, 10 et même davantage : 20, 25 (Bensaude).

Les douleurs abdominales sont fréquentes, mais non constantes; ce sont des coliques, des sensations de brûlures, des phénomènes recto-sigmoïdiens (ténesme).

Examen. — L'examen physique décèle surtout une sensibilité douloureuse à gauche et le côlon est parfois perceptible sous l'aspect d'un boudin résistant (corde colique). Le ventre est souvent déprimé (abdomen scaphoïde).

Quelquefois on observe des aphtes buccales et même de véritables ulcérations diphtéroïdes.

Signes généraux. — L'état général peut rester satisfaisant pendant longtemps, même avec des évacuations de pus. Mais il est fréquent de le voir s'altérer, tantôt il s'agit d'une anémie sérieuse due aux pertes de sang, plus souvent existent des phénomènes toxi-infectieux : fièvre, amaigrissement, inappétence.

Evolution. — Les colites ulcéreuses sont toujours des affections très tenaces, difficiles à faire rétrocéder et qui sont susceptibles de rechutes désespérantes. On a même pu soutenir que c'était une maladie incurable et mortelle à une échéance plus ou moins longue. On pourrait distinguer une phase où l'affection est restée localisée, et ne retentit pas sur l'état général, et une phase caractérisée par les complications, l'amaigrissement, la fièvre et à la longue la cachexie.

Bien que d'innombrables recherches pour trouver la thérapeutique spécifique de cette désespérante maladie aient échoué jusqu'ici, il faut savoir que différentes méthodes palliatives sont susceptibles, surtout quand elles sont associées, d'amener des améliorations très satisfaisantes et, selon B. Crohn, des guérisons.

Formes cliniques. — Certaines formes sont particulièrement légères, ce qui ne préjuge en rien de la durée de la maladie. Même lorsque le syndrome est réduit au minimum : selles « bouse de vache » mélangées de mucus, quelques douleurs coliques, il n'implique pas forcément une guérison facile. Il y a une forme purulente (Bensaude), une forme hémorragique pure (Strauss, Mathieu, Albu, Bensaude, Friedel). On peut se demander si cette forme bien particulière relève de la même étiologie que les formes banales.

Certaines formes graves avec altération marquée de l'état général, gros côlon facilement palpable ont été groupées sous le nom de *recto-colites profondes*.

On décrit aussi des formes segmentaires : côlon ascendant, transverse; la localisation recto-sigmoïdienne est la forme habituelle des colites ulcéreuses. Parfois la stricte localisation des symptômes et des lésions sur le sigmoïde permet d'isoler une *sigmoïdite chronique*. Celle-ci évolue longtemps avec de la constipation avant de s'accompagner de poussées diarrhéiques. Les selles sont glaireuses, mélangées ou non de sang; il y a des douleurs dans la fosse iliaque gauche; la palpation de celle-ci réveille la sensibilité intestinale et permet de percevoir un boudin spasmé. L'état général s'altère. Des poussées aiguës peuvent survenir et il peut se constituer une périsigmoïdite suppurée.

On sait la fréquence de la diverticulite dans ces inflammations du sigmoïde (Bensaude, Cain et Hillemand).

Complications. — Parmi les complications locales signalons les hémorragies abondantes pouvant entraîner la mort, les péritonites par perforation ou par propagation, la péricolite et la périrectite suppurées, les rétrécissements rectaux. A distance on observe des arthrites mono ou polyarticulaires, assez fréquentes, parfois réduites à de simples arthralgies; des accidents septicémiques. Pour Udaondo les complications oculaires seraient des avitaminoses imputables à des régimes trop réduits.

Rectoscopie. — En permettant de connaître pendant la vie l'aspect du rectum et du sigmoïde, la

rectoscopie a aidé la clinique à débrouiller un peu la question des colites (Bensaude, Antoine, Friedel, Zweig, Crohn, Rosemberg). La gamme des altérations de la muqueuse est très variée : lésions aiguës très congestives, ecchymotiques, œdémateuses, phase des petits abcès miliaires suivie de la phase des ulcérations miliaires; dans des cas invétérés vastes ulcérations recouvertes de fausses membranes. Il y a des aspects hémorragiques purs sans érosion et des lésions purulentes pures, ainsi que des formes mixtes. Dans certains cas toute la muqueuse sigmoïdienne prend le type polypoïde.

Coprologie. — On voit combien cette maladie comporte un vaste ensemble symptomatique; la coprologie microscopique pourrait rester au second plan; il n'en est rien. En dehors des signes évidents de lésion de la muqueuse (présence de sang, de leucocytes, d'albumine, de mucine) elle permet par l'examen microbiologique d'éviter la confusion avec une parasitose ou une colite tuberculeuse. Ce sont évidemment des recherches capitales à pratiquer chez ces malades.

Signalons l'existence possible de cellules éosinophiles dans les selles. Les raisons de ce phénomène sont encore discutées.

Radiologie. — Les résultats de la radiologie sont difficiles à interpréter. Le transit colique est généralement accéléré (moins de vingt-quatre heures). Quelquefois on constate un aspect lacunaire : la zone malade n'est représentée que par un filet opaque entre deux zones normales. Cette image peut manquer; mais il est fréquent d'observer des spasmes persistants dans les zônes affectées. Stierling attire l'attention sur les dépôts laissés sur la paroi malade par la masse opaque; la région prend un aspect marmoréen. Il a montré que le cæcum et l'ascendant malades ne conservaient pas le contact d'une bouillie ingérée (signe de Stierling). Le séjour du bol est donc abrégé dans ce segment.

C. DIARRHÉES TOXIQUES. — Les diarrhées toxiques offrent un intérêt commun : elles doivent être respectées et même exagérées. Rappelons l'existence de troubles intestinaux chez les vidangeurs, les égoutiers, les médecins qui pratiquent des autopsies. Les diarrhées mercurielles chroniques sont rares. C'est parfois le cas du chirurgien qui se lave les mains au cyanure, ou le cas des malades qui suivent un traitement antisyphilitique.

Les intoxications endogènes peuvent être en cause également : diabète, oxalémie, goutte (diarrhées paroxystiques) mais avant tout l'*insuffisance rénale.* Il s'agit tantôt de chlorurémiques, tantôt d'azotémiques. Chez ces derniers malades la diarrhée est généralement un phénomène de fâcheux pronostic : « Le malade diarrhéique de l'entrée meurt en urémique » (Mattéi).

C'est un flux séreux, fétide, de fréquence moyenne, mais de grande abondance et riche en urée (1 gramme en moyenne par litre). Dans certains cas il existe une véritable colite ulcéreuse avec syndrome dysentérique, melæna, mauvais état général. Ces troubles sont conditionnés par des lésions hémorragiques et ulcéreuses.

D. DIARRHÉES DUES A DES LÉSIONS SPÉCIALES. — Diverses lésions intestinales peuvent encore causer de la diarrhée. C'est l'*amylose* qui entraîne un flux séreux abondant accompagné de polyurie, d'albuminurie massive, d'un gros foie, d'une grosse rate. Ce sont les *cancers intestinaux.* Toute diarrhée chronique apparaissant après la cinquantaine devrait faire penser à la possibilité d'un *cancer du rectum.* On n'insistera jamais trop sur ce fait qu'il n'est nul besoin de douleur à la défécation, de glaires, de saignement, d'altération de l'état général, pour soupçonner ce cancer qui est trop souvent latent et peut ne se traduire pendant des semaines et même des mois que par des signes de recto-colite. Dans certains cas le cancer recto-sigmoïdien simule une dysenterie. L'erreur inverse existe aussi. Il est même possible, comme il est arrivé à Bensaude, Cain, Moutier et Brousse, de rencontrer un cancer chez un amibien. On voit donc combien on peut faire un diagnostic incomplet quand l'examen parasitologique et la rectoscopie n'ont pas été pratiqués tous les deux dans ces cas difficiles qui ne sont peut-être pas très rares (Cain).

Le *cancer du cæcum* s'accompagne aussi de diarrhée mais ne donne pas de manifestations dysentériformes. Le melæna évident ou occulte est fréquent. On sait qu'il s'agit de sujets de plus de cinquante ans et chez lesquels on peut trouver une masse dure, bosselée, bien limitée en dehors, siégeant dans la fosse iliaque droite. Cette masse est plus mobile et mieux limitée que le tuberculome. Le défaut de remplissage du segment malade est un excellent signe radiologique.

Ce n'est pas seulement avec le tuberculome que le néoplasme pourrait être confondu, mais aussi avec l'actinomycose iléo-cæcale, plus rare, qui donne aussi une tumeur dure. La *diarrhée de l'actinomycose intestinale* est interminable, elle s'accompagne de signes péritonéaux rappelant l'appendicite à répétition; elle apparaît dès le début de la maladie. Avant la fistulisation on peut soupçonner l'actinomycose en se basant sur l'infiltration diffuse et dure comme « une injection de suif » et sur la fixité de la masse. Certains auteurs ont trouvé le champignon dans les selles.

De diagnostic également difficile sont les troubles dus à l'*artério-sclérose intestinale.* Il s'agit de vieux scléreux souvent anciens syphilitiques qui ont une diarrhée abondante, aqueuse, accompagnée souvent de douleurs et parfois d'hémorragies intestinales.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JUIN 1930)

Action de l'aldéhyde formique sur l'excitabilité neuro-musculaire. — MM. BENNATI et E. HERZFELD.

Sur l'emploi de la toxine diphtérique floculée dans la préparation du sérum antidiphtérique. — M. P. SÉDALLIAN et Mme CLAVEL.

Sur la calcification du poumon chez le lapin sain ou tuberculeux par de hautes doses d'ergostérol irradié. — MM. H. SIMONNET et G. TANRET.

Sur le pouvoir phagocytaire des cellules épithéliales de la glande mammaire. — MM. S. BRATIANU et C. GUERRIERO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1930)

Notice nécrologique. — M. MORAX donne lecture d'une notice consacrée à M. Lanelongue (de Bordeaux), décédé.

A la mémoire de Capitan. — M. MÉNÉTRIER, président lit le discours qu'il a prononcé à la cérémonie de l'inauguration du buste de Capitan, aux arènes de Lutèce.

Rapport sur les champignons vénéneux. — M. RADAIS. La Commission consultée sur l'opportunité de l'interdiction par voie d'arrêtés préfectoraux, de la vente des champignons secs dans le commerce de l'alimentation :

Considérant que les cas jusqu'à présent connus d'empoisonnements par les champignons desséchés ne semblent pas l'emporter en nombre sur ceux qui ont pu être occasionnés par l'usage d'autres conserves alimentaires qu'il serait abusif de proscrire ;

Considérant d'autre part que dans certaines régions de France où les espèces fongiques apportant à la population des ressources alimentaires estimées, la mesure proposée même limitée à certaines catégories de champignons atteindrait une industrie qu'on ne pourrait interdire, en tout état de cause, que par un texte législatif dont l'urgence n'apparaît pas ;

Emet l'avis qu'il n'y a pas lieu d'envisager l'interdiction de mise en vente des champignons desséchés dans le commerce de l'alimentation.

L'Académie adopte ces conclusions.

De la résistance générale conférée par les sels halogénés de magnésium. — MM. DELBET et PALÉOS apportent une nouvelle contribution à l'étude des sels halogénés de magnésium dans la prophylaxie du cancer.

Parmi les résultats qu'ils ont réuni il faut signaler particulièrement une statistique comparative entre les cobayes inoculés. Il résulte de l'examen de cette statistique que les cobayes « magnésiés » résistent deux fois plus au cancer que les témoins « non magnésiés ».

La présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides cutanées. — MM. P. RAVAUT, VALTIS et F. van DEINSE. Déjà en 1929, les auteurs avaient montré la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans des lésions de tuberculides papulo-nécrotiques et dans un cas de sarcoïdes sous-cutanées. Poursuivant leurs recherches dans ce même sens, ils montrent aujourd'hui que le sang d'une malade atteinte de tuberculides papulo-nécrotiques, inoculé au cobaye à deux reprises différentes espacées de huit mois, a provoqué des lésions analogues à celles que produit l'inoculation de l'ultra-virus tuberculeux, quatre réinoculations successives d'animal à animal ont chaque fois montré la présence du bacille de Koch dans les ganglions.

Les tuberculides papulo-nécrotiques sont le résultat d'une septicémie déterminée par l'ultra-virus tuberculeux.

S'appuyant d'une part sur la faible virulence de la tuberculose chez les malades atteints de tuberculides et, d'autre part sur quelques propriétés immunisantes attribuées récemment à l'ultra-virus, les auteurs pensent que ces faits rendent compte de l'évolution si différente des diverses formes de tuberculose cutanée : les tuberculides étant dues à l'ultra-virus tuberculeux et le lupus à la forme bacillaire du bacille de Koch.

Le cycle évolutif du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques « in vitro » et « in vivo ». — M. Paul HAUDUROY. L'auteur a exposé à l'Académie les résultats de recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années et qui n'avaient été jusqu'alors que l'objet de publications fragmentaires. Il a découvert que, sous l'influence du bactériophage, certains microbes normalement visibles au microscope, ne traversant pas les filtres de porcelaine, pouvaient prendre une forme invisible et filtrante. Le bacille typhique et les bacilles paratyphiques sont, en particulier, parmi ces germes. C'est sur eux que l'auteur a poursuivi ses recherches. Fait extrêmement important : il est possible de revenir de la forme invisible et filtrante à la forme visible et non filtrante ; de telle sorte que le cycle complet se trouve fermé.

L'auteur donne dans sa communication les techniques qui permettent d'obtenir à volonté, au laboratoire, ces formes et il a étudié leur évolution microscopique et macroscopique. L'auteur a cherché si les formes invisibles du bacille d'Eberth existaient chez les malades et dans la nature ; il les a découvertes dans le sang, dans les selles des typhiques, il les a trouvées aussi dans les eaux polluées.

L'ensemble des faits rapportés par l'auteur lui permet — en se basant sur des constatations expérimentales — de construire une nouvelle conception étiologique de la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 JUIN 1930)

Un cas d'anaphylaxie alimentaire chez l'homme (réponse à la communication de M. Ch. Flandin). — M. PASTEUR VALLERY-RADOT fait remarquer qu'il n'a jamais mis en doute l'existence de l'anaphylaxie clinique. Il a seulement insisté sur le fait qu'on emploie beaucoup trop en pathologie humaine le mot « anaphylaxie ».

L'auteur fait remarquer que les lapins peuvent être sensibilisés d'une façon constante au sérum de cheval. Dans les expériences de séro-anaphylaxie qu'il a faites sur soixante-dix lapins avec M. Georges Mauric, Mme Andrée Hugo et M. François Claude, l'injection déchaînante pratiquée à partir du vingt et unième jour, chez les lapins sensibilisés, a toujours provoqué un choc.

A propos des causes de la paralysie faciale. — M. MONIER-VINARD rapporte un cas avec autopsie d'une paralysie faciale due à une hémorragie du canal pétreux.

Essais de traitement de l'anémie pernicieuse par des préparations d'estomac desséché. — MM. P. LAMBIN et J. STEENHONDT (de Louvain).

Déviation trachéale et dextrocardie par sclérose pulmonaire chez l'enfant. — M. ARMAND-DELILLE et Mlle DEVELAY.

Séro-atténuation et immunisation antimorbilleuse. — MM. Robert DEBRÉ, Henri BONNET, Robert BROCA, FLORAND et GROS-DECAM. On sait que l'enfant protégé contre la rougeole par l'injection préventive de sérum de convalescent n'est immunisé que pendant un temps très court (trois à quatre semaines) lorsque la séro-prévention est absolue.

Certaines observations montrent qu'il est nécessaire que l'enfant ait une température élevée durant un ou deux jours, quelques catarrhes et une éruption cutanée minime et fugace sans doute, mais nette pour que l'immunité soit bien acquise.

Dans les cas où les signes cliniques sont plus faibles, l'enfant n'a qu'une immunité insuffisante, lui permettant d'être atteint plus tard de rougeole, mais modifiant cependant cette rougeole ultérieure.

Histopathologie de deux poumons tuberculeux collabés par pneumothorax artificiel. Contribution à l'étude de certaines réactions épithéliales péribronchiques. — MM.

G. CAUSSADE et Pierre ISIDOR. Un poumon tuberculeux réduit par une compression énergique à l'état de moignon pendant plus de dix mois, est encore susceptible de processus actifs. Quant à la tuberculose, elle est réduite aux formes suivantes : 1° nodules entièrement caséeux, sans cellules géantes, cerclés par des fibrilles conjonctives; pas de bacilles de Koch ni aucun saprophyte; 2° nodules avec cellules géantes au milieu d'un tissu conjonctif jeune et de cellules géantes rares et très distinctes des précédentes; 3° zones de lymphocytes et de quelques cellules épithéliales ni cerclées, ni envahies par la sclérose (zones étendues et rares). La sclérose, quoique importante, n'exclut pas la possibilité d'un processus actif, et elle est elle-même très vascularisée à tel point qu'elle a parfois l'aspect angiomateux.

Hypertension artérielle avec paroxysmes hypertensifs. — MM. MONIER-VINARD et DESMARET. Il s'agit d'un cas d'hypertension pure de la ménopause présentant cette particularité que sur le fond hypertensif permanent se greffaient par périodes, d'abord espacées de plusieurs mois, puis seulement de deux ou trois semaines, des paroxysmes d'hypertension au cours desquels la tension maxima cessait d'être mesurable par les manomètres cliniques.

Malgré les chiffres considérables de la tension, et malgré les variations excessives de celle-ci, il ne s'est produit ni rupture capillaire, ni insuffisance ventriculaire gauche, l'aorte ascendante seule a subi une dilatation circonférentielle.

La radiothérapie de la région cervico-dorsale de la moelle n'a pas eu d'influence considérable sur la tension.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1930)

Les variations tardives du glycogène hépatique et musculaire chez le chien normal sous l'influence d'injections répétées d'insuline. — MM. F. RATHERY et Mlles S. GIBERT et Y. LAURENT, utilisant la technique qu'ils ont précédemment indiquée, recherchent les variations du glycogène hépatique et musculaire à la suite d'injections répétées d'insuline pendant plusieurs jours chez le chien normal.

Ils constatent un abaissement très marqué du glycogène hépatique et musculaire.

Le phénomène est identique à celui qu'ils ont noté en étudiant les variations précoces du glycogène à la suite d'une seule injection d'insuline, mais il est beaucoup plus accusé. Chez le chien normal l'insuline ne recharge donc pas le foie en glycogène, tout au contraire, il le vide de ce corps.

Il n'existe aucun parallélisme entre le taux du glycogène et celui de la glycémie.

Transmission héréditaire du débab marocain. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER. Le débab marocain, inoculé à la femelle pleine du cobaye, peut donner des infections aiguës qui s'accompagnent du passage des trypanosomes de la mère au fœtus. On ne sait pas encore actuellement si les infections chroniques peuvent, elles aussi, déterminer l'hérédité de la tripanosomiase. Le tripanosome des dromadaires du Maroc est donc avec Schizotrypanum cruzi le seul tripanosome qui traverse d'une façon habituelle le placenta du cobaye.

Détermination du type des bacilles tuberculeux par inoculation intradermique au lapin. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINCE reprenant les expériences de Tadao Toda ont montré qu'il est possible de distinguer par l'inoculation intradermique chez le lapin les bacilles du type bovin de ceux du type humain.

Pour obtenir des résultats constants, il convient d'employer des dilutions au millième de milligramme des souches à identifier car les dilutions plus étendues des bacilles bovins plus ou moins virulents se montrent parfois irrégulières dans leurs effets pathogènes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le procès de Madame Lafarge. Dossier officiel publié par M. Jacques HÉRISSEY. Préface de M. LAIGNEL-LAVASTINE. Un vol. in-8. — Paris 1929, Editions Emile Paul.

La statue en délire, par le docteur Albert NAST. Préface du professeur GOUGEROT. — Paris 1929, Les Œuvres universitaires.

D'après les auteurs, ce procédé ne fournit pas une réponse plus rapide que l'inoculation intra-veineuse, mais il permet d'économiser des animaux d'expériences.

Séroprophylaxie de la rougeole par voie conjonctivo-nasale. — MM. C. ANDERSON et P. GÉRARD (de Tunis) (présenté par M. Ch. Richet fils) publient une nouvelle technique applicable à la séroprophylaxie de la rougeole. Considérant que la voie conjonctivo-nasale est logiquement la porte d'entrée du virus, ils utilisent cette voie pour l'emploi du sérum de convalescent. Ils procèdent par instillations quotidiennes à la dose de quelques gouttes pendant huit à dix jours. Leurs premiers essais portant sur une petite épidémie scolaire semblent encourageants.

— Société de biologie de Lyon (séance du 16 juin 1930) :

Le coefficient de Maillard chez les syphilitiques soumis à la thérapeutique novarsénobenzolique. — MM. LEULIER, J. GATÉ et P. LINARD ont recherché chez 30 syphilitiques soumis au traitement novarsénobenzolique, à l'état de jeûne, le coefficient de Maillard avant et après les injections de novarsénobenzol. Les sujets ne présentaient ni glycosurie, ni albuminurie; leur urée sanguine était normale. Dans ces conditions, les auteurs ont trouvé dans 60 p. des cas une augmentation notable du coefficient de Maillard.

Cette augmentation s'inscrit en faveur de l'action toxique possible du 914 sur la cellule hépatique.

De l'action des différentes radiations sur les anneaux de Liesegang. — MM. J. CLUZET et T. KOFMAN. Le rayonnement du radium et les rayons X n'influencent nullement le phénomène de Liesegang, par contre, les rayons ultraviolets de courte longueur d'onde, inférieure à 3.600 ampères, apportent au développement de ce phénomène périodique une perturbation très importante, en arrêtant même la formation des anneaux, si l'irradiation est suffisante. Les rayons mitogénétiques qui seraient produits par les bulbes d'oignons n'ont eu que des effets très inconstants.

LIVRES NOUVEAUX

Pour bien se porter (1), par le docteur Henri BOUQUET.

Le docteur Henri Bouquet vient d'ajouter un nouvel ouvrage à la série si intéressante dont la librairie Hachette a entrepris la publication.

La Médecine du temps présent, *L'Initiation à la médecine*, *La Chirurgie*, *L'Ecole de la santé* sont déjà dans toutes les mains. Il en sera de même du dernier né : *Pour se bien porter*.

En écrivant ce livre de vulgarisation, M. Bouquet montre une fois de plus sa grande érudition et le tact remarquable avec lequel il sait présenter au grand public les questions les plus délicates. Tous les confrères apprécieront la façon magistrale avec laquelle l'auteur redresse les erreurs courantes. En instruisant le public il le met mieux à même d'écarter les idées préconçues, de venir trouver son médecin en temps utile et de lui faire confiance. Ce n'est pas là le moindre mérite de l'ouvrage que nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs.

F. L. S.

(1) In-16 broché. — Prix : 12 fr. — Paris, librairie Hachette.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 8 juillet. — Jury : MM. Cunéo, président; Duval, J. Faure et Terrien. — M. CRISTO DADA. Technique de l'orchidopexie transscrotale. Procédé Ombrédanne. — M. LAURENT. Extraction d'urgence en période d'infection aiguë. — M. BOQUEL. La colpo-hystérectomie élargie par la voie combinée vagino-abdominale pour cancer de l'utérus. — M. BRUNET. Etude des cloisons congénitales du vagin par diaphragme transversal et leur traitement chirurgical. — M. LAIGNIER. Sclérotiques bleues dans la maladie de van der Hoeve.

Jury : MM. Balthazard, président; Carnot, Claude et Tanon. — M. DAUCHEZ. Etude de l'insuffisance mitrale traumatique. — M. JOURNIAC. Considérations sur la survie. — M. LE GUILLANT. La toxicomanie barbiturique. — M. M. ROUYER. Rapports de la tuberculose avec les troubles mentaux. — M. CLIQUET. Etude comparée des réactions tuberculiniques des vieillards. — M. LAFAGE. Interprétation des néphroses lipoïdiques. — M. LAPIERRE. Dengue et fièvre jaune. Rapports et dissemblances. — M. LECONTE. Du bruit et de ses effets dans la vie urbaine.

Mercredi 9 juillet. — Jury : MM. Sebileau, président; Gosset, Portes et Hovelacque. — M. KIAKIDIS. L'avortement chez les fibromateuses. Gravité et dangers. — M. J. ELBAZ. Considérations sur la trachéotomie. — M. GEORGES. Etude des laryngocèles, pathogénie. Traitement chirurgical.

Jury : MM. M. Labbé, président; Lemierre, Loeper et Sézary. — M. RIBAROFF. Artérites sténosantes de la sous-clavière et des autres troncs de la crosse aortique. — M. FRANCK DE PORTES. Traitement de la tuberculose et récupération des tuberculeux. — M. ARDOLINO. Les injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémophilie familiale et du purpura.

Jeudi 10 juillet. — Jury : MM. Achard, président; Lereboullet, Nobécourt et Rathery. — M. LONGUET. Le tympan artificiel et la prothèse tympanique. — M. GALPERIN. Les événements de juillet 1830 au point de vue chirurgical dans les hôpitaux de Paris. — M. LAFOND. Les septicémies veineuses subaiguës. — M. BONNIN. Les formes gastralgiques de l'appendicite chronique. — M. JUCHET. La médication salycilo-soufrée. — M. MASSELIN. Les névralgies ano-rectales secondaires aux affections génitales. — M. FLEURY. Etude sur la chlorémie et choix des sérums artificiels dans les déshydratations de la première enfance. — M. CRISTESCO. Les résultats des cures insuliniques dans le traitement du diabète.

Jury : MM. Bernard, président; Gougerot, Roussy et Heitz-Boyer. — M. BOUESSEC. Les poussées évolutives tuberculeuses dans le moignon pulmonaire collabé par le pneumothorax thérapeutique. — Mlle HEINON. Lutte antituberculeuse dans le Finistère. Résultats. Enseignements. — M. CHAPUT. Le bistouri électrique. Haute fréquence en stomatologie. — M. KYRIACO-ROQUES. Etude sur les narcolepsies.

Vendredi 11 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Couvelaire, Strohl et Lévy-Valensi. — M. CROZIEUX DE LAGUÉRENNE. Guy Crescent Fagon, archiâtre de Louis XIV. — Mlle ROTENBERG. Emploi du froid pour la conservation du lait. — M. TRIANTOFILLOPOULO. Mortalité fœtale d'après les documents de la Maternité (Boucicaut). — M. GOURNY. Acuité visuelle aux basses lumières à l'état normal et pathologique.

Samedi 12 juillet. — Jury : MM. Bezançon, président; Brindeau, Lejars et Brumpt. — M. HERRARTE. Etude des accidents cardio-vasculaires dans les anévrismes. — M. FRÉMONT. Etude clinique et nosologique de la chondrodystrophie d'Ollier. — M. CROCHET. Où nous conduit une étude sur les laits industriels. — M. GAVRILOFF. Lutte antipaludéenne en Bulgarie et son organisation. — M. DESMOULIN. Du traitement par l'ambrine Dakin des évidements pétro-mastoïdiens.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — MERCREDI 9 JUILLET 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 9 JUILLET 1930. — N° 55.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Composition écrite.* — Séance du 1er juillet. — Questions données : « Anatomie du golfe de la jugulaire. — Cancer intralaryngé. »

MM. Aubry, 30; Huet, 29; Lemariey, Lévy et Maduro, 27.

Consultation écrite. — Séance du 3 juillet. — MM. Huet, Aubry, Lemariey, Maduro et Lévy, 19.

Candidats admissibles : MM. Aubry et Huet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient d'élire doyen M. le professeur Balthazard par 34 voix contre 33 à M. le professeur Roussy, et 1 bulletin blanc.

— M. Hartmann, ancien professeur de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

— BORDEAUX. — La chaire de chimie biologique et médicale est déclarée vacante.

— MONTPELLIER. — Le diplôme d'hygiène a été attribué à M. Derrien, Mlle Enjalric, M. Fragnaud, Mlle Gautschi (mention assez bien); MM. Atger, Bassaget, Bruguière, Fabrègue, Guillier, Mlle Lafourcade, MM. Leclaire, Mourad-Saheb, Oriol, Pain, Ratié et Stéphan.

— NANCY. — Il est créé à l'Université de Nancy une attestation d'études médicales, mention « Obstétrique ».

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Active.) — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins généraux Vidal et Roussel.

(Troupes coloniales.) M. le médecin général Lamy.

Au grade d'officier. — MM. Martin, Baur, Rousseau, Armeilla, Vuillemot, Fadeuilhe, Coudeyras, Cenet (G.-H.), Chanaud, Pourcines, Guericolas, Gensollen, Berges, Nain, Balme et Berton.

(Troupes coloniales.) MM. Tardieu, Millous, Espinasse et Trividic.

Au grade de chevalier. — MM. Brelet, Arnaud, Berbo, Lazerges, Marvier, Bodet, Boulay, Meersseman, Pintart, Brion, Cieutat, Testas, Gaillard, Layet, Vachet, Fellmann, Bergeaud, Souchay, Jame, Jonquères, Placidi, Dirat, Poirier, Fricker, Siraudin et Ginestet.

(Troupes coloniales.) MM. Edard, Gonzalez, Hasle, Calbairac et Mollandin de Boissy.

(Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin colonel Péchin.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu fin juillet pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires dans le département du Cher (Bourges excepté).

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type du Comité national.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Arras.

Le traitement alloué est de 6.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique, 127, rue de Grenelle, leurs demandes accom-

pagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 3 juillet 1930.)

— Le poste de médecin chef de l'asile d'aliénés de Lorquin (Moselle) est vacant par suite du départde Mlle le docteur Cullerre.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE LIÉGE 1930. — EXPOSITION DE PHYSIOTHÉRAPIE (septembre 1930). — Le Comité du Ve Congrès international de physiothérapie (Liége 1930) informe les intéressés qu'une exposition d'appareils se tiendra dans les locaux mêmes du Congrès, à l'Université de Liége, du 14 au 20 septembre prochain.

MM. les exposants sont priés de s'adresser, dès maintenant, pour tout ce qui concerne cette exposition à M. J. Maujoint, délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE DES ACCIDENTS ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL. (GENÈVE, août 1931.) — Président du Comité d'organisation : professeur Julliard, 2, rue du Rhône, Genève; secrétaire général : docteur Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genève; Comité national français : MM. Balthazard, président d'honneur; Crouzon, président; Duvoir, secrétaire général. — Questions à l'ordre du jour :

I. *Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les lésions traumatiques du rachis.* — Rapporteurs : MM. le professeur Magnus, Bochum (Allemagne); le professeur Michel, professeur de clinique chirurgicale, Nancy (France); le professeur Ackermann, 12, Riddargatan, Stockholm; le docteur Fauquez, rue de Madrid, 7, Paris; co-rapporteur : professeur Crouzon, 170 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

II. *Les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérites et thrombo-phlébites).* — Rapporteurs : MM. le professeur Imbert, 370, rue du Paradis, Marseille; le professeur Diez, via Velletri, 49, Rome; Danis, 80, rue de la Source, Bruxelles.

III. *Les affections cutanées en relation avec le travail (accidents et maladies).* — Rapporteurs : MM. le professeur Prosser White, 6, Cliton Street, Whigan (Lanc.), Angleterre; le professeur Koelsch, Briennerstrasse 50/11, Munich, Bavière; le professeur Oppenheim, Wilhelminenspital, Vienne.

IV. *Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents du travail.* — Rapporteurs : MM. le docteur Pometta, Lucerne (Suisse); le professeur Tovo, Corso Stupinigi, 5, Turin; le professeur Liniger, Giolittistrasse, Francfort-sur-le-Mein (Allemagne).

Outre ces sujets on discutera d'autres questions intéressant plus spécialement la section de « Médecine du travail », et on entendra des communications particulières.

Dernier délai pour l'inscription : fin 1930.

Une exposition de radiographies, photographies et moulages est prévue. Pour les renseignements sur cette exposition, s'adresser à M. le docteur Jentzer, 8, rue de l'Université, Genève.

UN VOYAGE MÉDICAL A TRAVERS L'ALLEMAGNE. — Au cours de ce voyage seront effectuées les visites détaillées des villes suivantes : Francfort, Wiesbaden, Darmstadt, Mayence, la descente du Rhin en bateau, Cologne, Hambourg, Berlin, Leipzig, Dresde, Nuremberg, Munich.

Départ de Paris le 20 août au matin, rentrée à Paris le 4 septembre à minuit.

Prix du voyage : 5.100 fr., 1re classe en chemins de fer et 1re classe en bateau; 3.825 fr., 2e classe en chemins de fer et 1re classe en bateau.

Le prix forfaitaire comprend les services suivants :

1° Le voyage en chemin de fer et en bateau selon le programme dans la classe respective; 2° les places réservées dans tous les trains; 3° transport avec bagages des gares à l'hôtel et vice versa; 4° logement et pension complète dans les différentes villes selon le programme, dans de bons hôtels confortables; 5° taxes de séjour, pourboires, frais d'entrée dans les musées, les visites en autocar selon le programme (les excursions facultatives ne sont pas comprises dans le prix forfaitaire); 6° les services d'un guide compétent parlant français.

Les prix ci-dessus ne comprennent pas la boisson ni les repas pris en wagon-restaurant (ceux-ci sont d'ailleurs peu nombreux. Il est à noter que les secondes classes en chemins de fer sur les réseaux allemands équivalent comme confort aux premières classes des réseaux français. Une excursion facultative de trois jours, du 6 au 9 septembre, pourra avoir lieu de Munich à Oberammergau à l'occasion des jeux de la Passion. — Prix supplémentaire pour cette excursion : 1.350 fr. en 1re classe; 1.140 fr. en 2e classe.

Inscriptions. — Les inscriptions sont reçues moyennant le paiement de 10 p. 100 du prix global. Le reste peut être versé en fractions, mais le dernier versement doit être effectué quinze jours avant le départ. On s'inscrit, dès à présent, au « Central européen express », 12, boulevard de la Madeleine, Paris. Les paiements sont reçus en mandats-poste ou chèques sur Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Th. Séguin, médecin colonel des troupes coloniales en retraite, ancien professeur à l'Ecole d'application de Marseille; G. Salen, chef de clinique à l'Ecole de Marseille; Paul Rondani (de Grans, Bouches-du-Rhône); Berger (de la Côte-Saint-André); Almire Breteau, sénateur de la Sarthe, décédé au Mans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de clinique et de médecine des enfants*, sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Jean Hutinel, agrégé. — Cours de vacances (juillet 1930) du 16 juillet au 2 août.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Un certificat est délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au secrétariat de la Faculté.

AVIS. — Depuis le 1er juillet 1930, M. Pluchon, pharmacien, prenant sa retraite, les produits des laboratoires de biochimie médicale, sulfarsenol, zinc-sulfarsénol, arsenosolvant, ced-roc, tetrasthenol, seront fabriqués sous le contrôle de M. Charles Desgrez, docteur en pharmacie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine (hôpital Saint-Louis, maladies cutanées et syphilitiques).

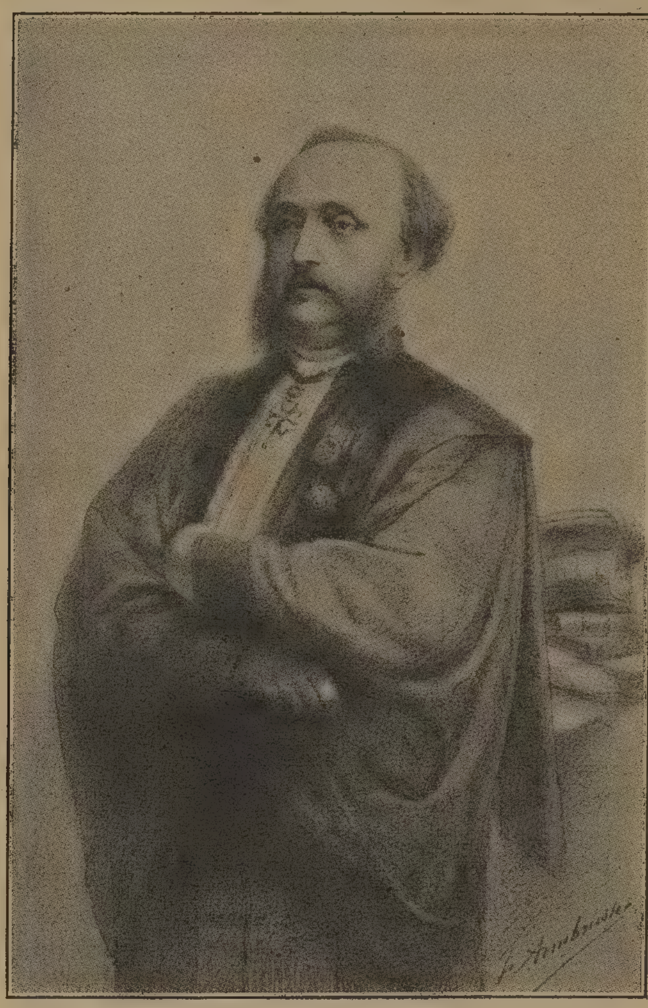
LA JOURNÉE OLLIER

Ollier, le grand chirurgien lyonnais, le véritable créateur de la chirurgie opératoire des os et des articulations est né aux Vans (Ardèche) en 1830.

La Société de chirurgie de Lyon, dont il fut le premier président, a organisé la célébration de ce centenaire. Les cérémonies se sont déroulées le samedi 28 juin avec tout l'éclat que mérite la mémoire de l'illustre chirurgien,

Bien qu'il soit mort depuis trente ans, l'éclat de sa réputation ne s'est pas affaiblie, elle reste mondiale : le nombre des chirurgiens venus à Lyon le démontre brillamment. Nos amis belges ont délégué MM. Maffei, Lambotte, Delchef, Moreau, Parisel. Nos frères italiens étaient représentés par quelques-uns de leurs plus notoires chirurgiens, les professeurs Donati, Putti, Chiarolanza. La Suisse a délégué les docteurs Oltramare, Kummer, Martin du Pan.

L'Académie de médecine était représentée par le docteur



LE PROFESSEUR LÉOPOLD OLLIER

Né aux Vans (Ardèche) le 2 décembre 1830. — Mort à Lyon le 25 novembre 1900.

Auvray. La Société de chirurgie de Paris avait délégué dix de ses membres, MM. les docteurs Cunéo, Lenormant, Mouchet, Fredet, Dujarier. Picot, Récamier, Basset, P. Mathieu, Leveuf, R. Monod, Sorrel, Proust. De Marseille, venaient le professeur Imbert, doyen de la Faculté de médecine, et le docteur Masini, président de la Société de chirurgie. De Bordeaux, venait le professeur Rocher; de Montpellier, le professeur Forgue; de Toulouse, les professeurs Miginiac et Ducuing; de Grenoble, le professeur Porte, directeur de l'Ecole de médecine. Plusieurs étrangers : Anglais : Fairbank, Roberts-Jones; Américain : Royal Whitmann; Espagnol : Loyano; Belges : Mayer, Lorthioir; Suisse : Perret, ont exprimé tous leurs regrets de ne pouvoir assister à la « Journée Ollier ».

Les organisateurs de ce centenaire ont tenu à lui donner un caractère purement scientifique et chirurgical, mais ils ont été heureux de voir se joindre à eux les représentants officiels de la ville et de la région : M. le préfet Vallette, M. le maire Herriot, M. le général Serrigny, gouverneur militaire; M. le

premier président Carrier, M. le recteur Gheuzi, M. le médecin général Lévy, directeur de l'Ecole de santé militaire, le médecin général de la marine Oudard.

Samedi matin, les chirurgiens lyonnais reçurent dans leurs services les chirurgiens venus aux fêtes.

A deux heures, visite de la nouvelle Faculté et de l'hôpital de Grange-Blanche, sous la conduite de M. Herriot, maire de Lyon. Dans la Faculté, on admira le « musée Ollier » constitué par les pièces provenant des expériences de laboratoire et des opérations pratiquées par le maître. Cette magnifique collection, que nous décrivons plus loin, a été organisée par le regretté docteur Mondan, secrétaire de la clinique d'Ollier, et le docteur Viennois, ami intime et secrétaire particulier d'Ollier. M. le docteur Paul Bonnet guida les chirurgiens étrangers dans la visite de cette collection.

A 5 heures, la Société de chirurgie tenait à l'Hôtel-Dieu, dans l'admirable salle Pasteur, lieu ordinaire de ses réunions une séance solennelle. Elle eut un caractère très particulier : elle consista en présentations d'un nombre important d'anciens opérés d'Ollier. Celui-ci estimait surtout la valeur des résultats éloignés : ceux qui furent montrés dataient de plus de trente ans; leur ancienneté souligne ainsi leur perfection.

[Nous adressons nos vifs remerciements à M. le professeur Nové-Josserand, à MM. les professeurs agrégés Bonnet (de Lyon) et P. Mathieu (de Paris) pour l'amabilité avec laquelle ils ont bien voulu nous faciliter le compte rendu de cette cérémonie. — *N. D. L. R.*]

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Cette séance a été une manifestation scientifique très émouvante, celle qui pouvait le mieux glorifier le premier président de cette Société.

Après une allocution émue de M. Villard, président actuel de la Société, dont la première séance eut lieu le 17 juin 1897, la présentation d'anciens réséqués d'Ollier pour tuberculose articulaire commença (1) :

M. le professeur Tixier s'était chargé de présenter les cas de *résection de l'épaule* et du *coude*.

Epaule. — Ollier a pratiqué 73 résections de l'épaule, dont 37 résultats éloignés ont été suivis. M. Tixier insiste sur ce fait qu'aucun opéré n'a succombé à des manifestations viscérales tuberculeuses. Au point de vue fonctionnel, tous les opérés ont répondu qu'ils avaient un membre utile, pouvant soulever des poids appréciables. Jamais la ballance de l'épaule n'a été observée, et, fait très net, avec les années l'étendue des mouvements diminue, l'épaule tendant à s'ankyloser.

Trois opérés sont présents, un quatrième a été revu à Paris, trois autres ont donné de leurs nouvelles. Le plus ancien des opérés présentés a été opéré en 1884, les deux autres en 1890 et 1896.

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que tous ces malades ont été opérés par la méthode de *résection sous-périostée* d'Ollier, méthode nouvelle à l'époque. Elle consiste dans la conservation aussi complète que possible de la *capsule* articulaire et du périoste détaché à la rugine *coupante*, par conséquent souvent avec la troisième zone sous-périostée de l'os au niveau de la portion des os à réséquer. Il reste donc après la résection osseuse un manchon formé par la capsule et le périoste, ce qui explique les reconstitutions osseuses partielles — que montraient les radiographies présentées à Lyon — et le bon résultat fonctionnel éloigné. (*N. D. L. R.*)

Coude. — Ollier a fait 27 résections du coude; 5 opérés se sont présentés à la Clinique chirurgicale le matin de la Journée Ollier; il a pu être constaté chez eux la solidité de la néarthrose, la constitution chez la plupart d'entre eux d'une saillie olécranienne et la formation de sortes de saillies malléolaires du côté huméral. La force du membre était remarquable, ainsi que la mobilité. Ces anciens opérés d'Ollier ont pu exercer des métiers de force (un d'eux a été forgeron!).

M. le professeur Bérard a présenté les résultats des résections du *poignet* : 14 réséqués anciens d'Ollier ont donné de leurs nouvelles; 10 ont été examinés, un seul résultat est médiocre, les autres sont bons; le poignet étant suffisamment mobile ainsi que le pouce.

M. le professeur Patel a présenté les cas de 4 réséqués de la *hanche* retrouvés; nous avons pu en examiner deux dont l'un avait une articulation solide peu mobile et l'autre une ankylose complète.

M. le professeur Bérard a présenté les résections du *genou* faites par Ollier. Dans les cas où la résection avait donné comme résultat un genou ballant, Ollier intervenait à nouveau, et cette résection itérative lui donnait une ankylose solide.

M. le professeur Patel a présenté 5 opérés de résection du *tarse* postérieur, avec résultats remarquables.

M. le professeur Cunéo a pris la parole pour associer la Société nationale de chirurgie de Paris à la glorification de l'œuvre admirable du grand chirurgien lyonnais.

LE MUSÉE OLLIER

Dans le musée de l'histoire de la médecine une salle est consacrée à la collection réunie par le docteur Mondan sur l'œuvre d'Ollier.

Derrière le buste d'Ollier se dresse la bibliothèque où sont classées les observations de toutes les résections exécutées par Ollier. Chacune de ces observations, minutieusement tenue à jour, comporte des photographies figurant le résultat fonctionnel à différentes périodes, des annotations de la main même d'Ollier. Quelques-unes sont illustrées par les premières radiographies qu'exécuta Destot.

On nous montre les vitrines où sont rangées les nombreuses pièces expérimentales qui représentent la documentation relative à la régénération osseuse, à l'accroissement des os, et leur aboutissant : les résections expérimentales, puis les résections chirurgicales.

Les propriétés des différentes parties du squelette dans l'ossification y sont étudiées en des expériences qui datent de 1858.

Il y a quelque émotion à retrouver ces pièces que nous connaissons déjà par l'illustration du *Traité de la régénération des os* et celle du *Traité des résections*.

Voici la virole osseuse qu'a réalisée le périoste détaché et enroulé autour des muscles de la jambe; voici cette virole transformée en un chapelet godronné par enroulement du périoste sur lui-même. Nous nous arrêtons devant l'os réalisé sous la peau

du front d'un lapin, et dans la crête du coq par transplantation du périoste.

L'étude de l'ossification médullaire nous montre des pièces curieuses : la diaphyse du tibia, dénudée de son périoste, a été engainée de calicot ou de lames d'argent. Nous y reconnaissons les altérations osseuses que nous avons l'habitude de voir sous les lames métalliques de prothèse; nécrose partielle en épaisseur de la diaphyse; renforcement central de la diaphyse par ossification médullaire; jetées périostiques périphériques exubérantes débordant la lame d'argent et en recouvrant les bords.

Plus loin, est étudiée *la formation du cal.* On y voit le rôle prédominant de la gaine périostique dans la reconstitution de l'os sur des pièces où se trouvent réalisées des fractures à grand délabrement et écartement des fragments, sur des pièces expérimentales de décollements épiphysaires où la diaphyse s'est échappée de la gaine périostique et fait saillie au dehors.

Sur d'autres pièces se trouve expérimentée l'*influence de l'irritation artificielle du périoste et des différents éléments de l'os.*

Voici maintenant les pièces relatives à la *régénération des os dans ses rapports avec les résections.*

Des pièces comparatives montrent à l'évidence la différence de régénération osseuse suivant que la résection a conservé ou non le périoste. Sur le même pigeon, la diaphyse du cubitus a été réséquée des deux côtés. Du côté où le périoste a été enlevé avec l'os, aucune reproduction osseuse ne s'est faite; du côté où le périoste a été conservé, le cubitus est reproduit en entier sous une forme exubérante.

Les pièces sont nombreuses qui, sur différents animaux et sur différentes parties du squelette, reproduisent cette expérience sous des modalités variées. Elles ont permis à Ollier d'affirmer : « L'os enlevé se reproduit quand le périoste a été conservé. Il n'y a pas la moindre régénération lorsque le périoste a été enlevé avec l'os. »

Nous passons devant un grand nombre de pièces du plus haut intérêt qui montrent différents os reproduits dans leur forme après désossement total sous-périosté ou reproduits partiellement après désarticulation sous-périostée.

Puis nous arrivons aux vitrines consacrées aux pièces expérimentales relatives aux *résections articulaires.* Toutes les résections sous-scapulo-périostées, avant d'être entreprises sur l'homme, ont été étudiées expérimentalement sur le chien, le chat, le lapin, le pigeon.

De véritables articulations sont reconstituées sous le même type physiologique que les articulations enlevées.

Nous nous arrêtons avec curiosité devant les pièces qui ont servi à l'étude de l'*accroissement des os* au point de vue des résections.

Voici les tibias où deux clous de plomb sont implantés dans la diaphyse pour démontrer l'absence d'accroissement interstitiel.

Voici, à l'opposé, les pièces qui prouvent l'inégalité d'accroissement des deux extrémités d'un os long et qui ont abouti à l'énoncé de la loi d'accroissement : « Au membre supérieur, pour les os du bras ou de l'avant-bras, c'est l'extrémité concourant à former le coude qui s'accroît le moins; au membre inférieur, pour les os de la cuisse et de la jambe, c'est l'extrémité concourant à former le genou qui s'accroît le plus. »

Les *altérations apportées à l'accroissement des os* par les lésions du cartilage de conjugaison sont minutieusement étudiées : l'influence de l'ablation du cartilage de conjugaison; celle de l'excision partielle du cartilage; celle des décollements épiphysaires sur l'inégalité d'accroissement des os, y sont démontrées par des pièces nombreuses.

Nous comprenons mieux maintenant ce qu'est l'allongement atrophique des os. Sur une pièce où les deux os de l'avant-bras ont subi une résection, sur d'autres où il y a eu disjonction épiphysaire de ces os, nous voyons que l'humérus a subi, par contre-coup, un allongement qu'Ollier appelait l'allongement atrophique.

Nous nous trouvons, enfin, en présence des *greffes osseuses.* Les expériences sur ce point sont nombreuses. Elles ne sont pas sans intérêt, rétrospectif sinon actuel. A l'époque où elles ont été réalisées, elles ne se sont pas toujours trouvées à l'abri de l'infection.

La contribution à l'*étude clinique des résections* est représentée par de nombreuses pièces anatomiques prélevées sur des sujets autrefois réséqués. Les processus réparateurs; la régénération osseuse, la reconstitution des articulations après résection s'y trouvent richement illustrés.

Parmi l'instrumentation d'Ollier notre attention a été retenue par la scie à volant et à transmission élastique que remplace maintenant notre outillage électrique sous une forme à peine différente.

Des moulages de membres réséqués, d'innombrables aquarelles ou photographies complètent la documentation inestimable de cette collection.

*
* *

Un dîner réunit, le soir, les invités et les membres de la Société de chirurgie, autour de la famille d'Ollier, enfants, petits-enfants, cousins et amis, justement fiers d'assister à la glorification de leur ancêtre ou parent.

Des discours furent prononcés par MM. les docteurs Villard, président de la Société de chirurgie; Nové-Josserand, représentant les élèves directs d'Ollier; M. le Préfet, M. le Gouverneur militaire, M. le président Carrier, M. le docteur Garin, au nom du maire de Lyon, empêché; M. le Recteur, M. le professeur Donati, au nom des chirurgiens italiens; M. Maffei, au nom des chirurgiens belges, M. le professeur Lenormant, au nom de la Société de chirurgie de Paris, M. le professeur Bérard, au nom de l'Académie de médecine; M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté; M. le professeur Forgue, au nom des Facultés de province; M. le docteur Gouilloud, au nom de l'Académie de Lyon; M. Gabriel Bonvalot, au nom de la famille Ollier. (On sait que M. Bonvalot, le célèbre explorateur du Pamir et de l'Abyssinie est le mari de la fille aînée d'Ollier.)

Cette « Journée d'Ollier » a gardé, comme on le voit, un caractère franchement chirurgical, elle s'est passée, en quelque sorte au sein de la famille du grand chirurgien parmi ses enfants, ses élèves et ses intimes. D'autres fêtes suivront; il est question d'une cérémonie aux Vans, son pays natal; le Corps de l'Internat des hôpitaux de Lyon édifie d'intéressants

projets : une gloire aussi brillante et aussi pure ne saurait être assez célébrée.

Le dimanche, une très agréable excursion à Aix-les-Bains, fut organisée par la Société des médecins et la municipalité de cette belle ville d'eaux; excellent déjeuner, ascension du Revard en funiculaire, visite de l'établissement thermal et des sources d'eau chaude, conférence par M. le docteur Françon, président de la Société médicale sur les indications et les heureux résultats des eaux d'Aix dans les affections chirurgicales. Nombreux furent les chirurgiens étrangers, français et lyonnais qui participèrent à cette excursion.

Discours de M. le professeur NOVÉ-JOSSERAND *prononcé au banquet au nom des élèves d'Ollier.*

Mesdames, Messieurs,

En lisant les nombreuses lettres que j'ai reçues de ceux de nos collègues qui n'ont pu se rendre à notre invitation, j'ai éprouvé une véritable émotion de voir combien le nom d'Ollier est resté connu et honoré dans les pays les plus divers. Ce sentiment est encore plus vif ce soir où je trouve, dans cette brillante assemblée, des chirurgiens éminents dont plusieurs ont dû faire un long voyage pour assister à cette journée. Aussi, ma première parole sera-t-elle pour dire, au nom des amis et des élèves d'Ollier, un grand merci à tous ceux qui se sont unis à nous dans une commune pensée d'affection et de reconnaissance pour le Maître que nous fêtons.

Cet hommage unanime est pour moi un éloge beaucoup plus éloquent que tous les discours. Cependant cette cérémonie ne serait pas complète, si l'on n'y rappelait pas l'œuvre d'Ollier et le caractère de cet homme qui, ayant incarné les plus belles qualités du chirurgien, a exercé une influence indiscutable sur toute une génération médicale.

Voyons l'œuvre d'abord. Elle nous apparaît déjà lointaine; le temps l'a dépouillée de ses accessoires, mais, réduite à ses grandes lignes, elle nous semble peut-être encore plus imposante. Cependant elle n'a pas beaucoup vieilli, et, malgré les progrès de la technique chirurgicale, sur bien des points elle est encore tout à fait moderne.

Pour la postérité, Ollier est le Père des Résections. C'est là en effet son œuvre principale; s'il ne les a pas inventées, il les a du moins perfectionnées avec une telle maîtrise qu'il en a fait sa chose et que son nom restera toujours lié à leur histoire.

On peut s'imaginer comment il fut amené à s'occuper de ce sujet. Lorsqu'il commença sa carrière en 1858, Bonnet venait de mourir après avoir enseigné le traitement orthopédique des arthrites, qui constituait déjà un grand progrès. Mais ce moyen guérit seulement les formes légères, aussi les formes graves aboutissaient-elles presque toujours à l'amputation ou à la mort, car les résections, dont les résultats étaient alors fort défectueux, étaient rarement pratiquées. Ollier pensa qu'en utilisant la régénération osseuse déjà connue par les travaux de Duhamel et de Flourens, on pourrait améliorer le résultat de ces résections, et son premier mémoire, daté de 1858 a pour titre : *Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os après les résections.*

D'autres en seraient peut-être restés à cet essai d'un jeune chirurgien. Mais Ollier n'était pas de ceux qui s'arrêtent à la surface des choses, et ce premier travail ne fut pour lui qu'une façon de poser le problème auquel il allait consacrer sa vie.

Il fallait d'abord étudier cette régénération osseuse sur laquelle on comptait pour avoir de bonnes néarthroses, et comme Ollier pensait, avec Claude Bernard, que la médecine scientifique ne peut se constituer que par la méthode expérimentale, il entreprit les expériences qui sont aujourd'hui classiques. Pendant dix ans, il les répéta avec une patience infinie, pour écarter les causes d'erreur et répondre aux objections. Il arriva ainsi à déterminer la capacité de reproduction de chacun des éléments de l'os, et à montrer le rôle prépondérant des cellules qui tapissent la face interne du périoste et forment ce qu'il a appelé la couche ostéogène. On a depuis discuté sur la nature de ces cellules qu'Ollier rattachait au périoste et qui semblent bien appartenir plutôt à l'os. C'est là une question fort intéressante au point de vue dogmatique, mais pratiquement d'importance secondaire. La grande vérité que nous lui devons est d'avoir montré que ces cellules font de l'os et que cette propriété peut être utilisée en chirurgie.

Appliquant alors cette donnée aux résections, il montra, toujours par des expériences, qu'en opérant par la voie sous capsulo-périostée, on peut obtenir des régénérations osseuses importantes, et une véritable reconstitution des articulations, avec tous leurs éléments. La première application de cette méthode sur l'homme fut faite à Paris, à l'hôpital Beaujon, dans le service de Verneuil, sur une articulation du coude.

La méthode était créée, mais l'œuvre n'était cependant qu'ébauchée. Il fallut encore, en face des nécessités cliniques, étudier pour chaque articulation, la meilleure voie d'accès, la technique la plus appropriée, régler les soins postopératoires, discuter les indications. Travail immense, qui fut poursuivi avec une persévérance et un sens chirurgical admirables; il se trouve exposé dans le *Traité des Résections* publié de 1885 à 1891 avec les résultats qui apportent une éclatante démonstration de la valeur de la méthode.

Ainsi, le but proposé était atteint : de nombreux malades avaient pu échapper à la mort et conserver des membres utiles, et par là, Ollier se classait au premier rang parmi les initiateurs de cette chirurgie conservatrice qui a pris depuis un si merveilleux développement.

C'est là son plus beau fleuron, celui du moins qui attire le plus les regards. Mais Ollier n'était pas homme à s'enfermer dans une question de médecine opératoire si importante qu'elle fût; il voyait beaucoup plus large. Tout en suivant sa voie principale, il ne négligeait pas les chemins de traverse, mais au contraire, il les explorait à fond, bien persuadé que toute recherche peut être fructueuse. C'est ainsi qu'il a été amené à étudier le tissu osseux dans son ensemble, ses conditions de vie, de croissance, ses réactions contre les irritations extérieures et les infections. De plus, la discussion des indications des résections l'a obligé à envisager toutes les opé-

rations portant sur l'appareil locomoteur, les ostéotomies, les trépanations, les opérations orthopédiques. Les greffes osseuses l'ont préoccupé pendant toute sa vie. Il les étudiait déjà dans un mémoire de 1858, il leur a consacré une importante communication au Congrès de Berlin en 1890, et dans ses dernières années, c'était son principal sujet de réflexions. On peut penser qu'il les aurait réalisées complètement s'il avait disposé des moyens techniques actuels.

Ainsi son horizon s'est peu à peu étendu à l'ensemble de la pathologie osseuse et articulaire. Il en représente une époque, et il l'a perfectionnée sur un grand nombre de points. Un de nos Maîtres les plus estimés m'a écrit que le *Traité des résections* avait été pour lui un bréviaire consulté chaque jour. Il en a été de même pour un grand nombre de chirurgiens de notre génération. Beaucoup des idées qu'il a émises sont maintenant tombées dans le domaine public. Chacun les utilise, sans savoir toujours à qui il les doit. C'est le but suprême pour un Maître d'arriver ainsi à diffuser sa pensée au point qu'elle devienne celle de tout le monde.

Il me reste à dire quelques mots pour vous faire apprécier l'homme qu'était Ollier. Vous connaissez déjà par ce que je viens de dire son esprit scientifique : cette large envergure qui lui faisait envisager les questions avec autant d'étendue que de profondeur, ce souci de ne négliger aucun détail, de les étudier tous, complètement, qui donne à son œuvre un caractère de fini, de défini qui ne se retrouve peut-être dans aucun autre au même degré. Sa probité scientifique était scrupuleuse; il recommençait sans cesse ses expériences pour en écarter toute cause d'erreur et il exposait ses résultats avec la plus entière vérité. Il avait aussi peur des hypothèses hasardeuses, et il cherchait toujours à rester sur le terrain solide des faits en revenant à tout propos à ses expériences fondamentales qui étaient pour lui le guide le plus sûr.

Il a toujours travaillé en vue d'un but lointain. Dans cette chirurgie osseuse et articulaire qui demande souvent tant de temps et de patience, il ne s'attachait qu'aux résultats éloignés. L'acte opératoire était pour lui un accessoire et le malade guéri ne devenait intéressant que lorsqu'il avait fait la preuve de son aptitude au travail et montré comment il supporte les fatigues de l'âge mûr et les déchéances de la vieillesse. Aussi s'est-il toujours appliqué à suivre ses malades. Doué d'une mémoire prodigieuse, il savait leur nom, leur profession, leur village, il les revoyait souvent et en avait fait un peu sa famille. C'est pourquoi nous avons voulu que ses anciens opérés forment la partie principale de cette journée commémorative. Ils sont un témoignage vivant qu'avec toutes les autres qualités du chirurgien, Ollier avait à un haut degré la plus belle et la plus nécessaire, la bonté.

Cette bonté ne s'adressait pas seulement aux malades. Tous ceux qui l'ont approché ont éprouvé que, sous une apparence solennelle et imposante, il cachait une grande bienveillance et une grande sensibilité, et c'est peut-être bien là le trait dominant de cette belle figure.

Messieurs je m'arrête, heureux si j'ai pu vous faire partager une partie de l'émotion que je ressens en évoquant ce Maître. Il est maintenant entré dans l'histoire, mais son Œuvre lui survit. On a pu la comparer à ces monuments antiques dont elle a, en effet, la pureté des lignes, l'harmonieuse ordonnance, la structure forte et puissante. De même que ces derniers marquent la voie que suivirent les peuples, l'Œuvre d'Ollier restera pour nous un jalon sur la route longue et difficile par laquelle la science marche vers le progrès.

NOTES BIOGRAPHIQUES SUR OLLIER

Léopold Ollier est né le 2 décembre 1930 aux Vans (Ardèche). Après avoir fait ses études au collège de Privas, il commence ses études médicales à la Faculté de Montpellier en 1847. Il est nommé en 1849 préparateur de Botanique.

En 1851, il est reçu premier au concours de l'internat des hôpitaux de Lyon, et passe sa thèse en 1856 devant la Faculté de Montpellier. Dans cette thèse intitulée : *Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement*, Ollier combat l'opinion de Lebert sur la spécificité de la cellule cancéreuse. Il montre qu'il n'y a pas *une* cellule cancéreuse, mais autant de genres de cancer que d'espèces de tissus.

Rentré à Lyon, Ollier entreprend en 1857 la longue série de ses travaux sur la chirurgie osseuse et articulaire. En 1860 il devient chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; en 1877, professeur de clinique chirurgicale.

Ollier était associé national à l'Académie de médecine depuis 1883, membre correspondant de l'Institut depuis 1877, membre associé en 1885.

Membre de la Société nationale de chirurgie de Paris, il était encore fondateur de la Société des sciences médicales de Lyon, de la Société de chirurgie de Lyon, dont il fut le premier président. Membre de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, il en fut à deux reprises, en 1896 et 1899, le président.

Il présida également le IIe Congrès français de chirurgie, tenu à Paris en 1886.

A l'étranger, le nom d'Ollier était connu et respecté à l'égal de celui de Lister; aussi de nombreuses sociétés et universités étrangères tinrent à honneur de le compter parmi leurs membres : citons la Société de chirurgie de Saint-Pétersbourg, la Société impériale et royale des médecins de Vienne, la Société des chirurgiens allemands de Berlin qui plaça son portrait à côté de ceux de Bilroth et de Lister.

Ollier était, en outre, professeur à l'Université d'Edimbourg et membre du Collège royal de chirurgie de Londres.

Il reçut la croix de commandeur de la Légion d'honneur le 24 juin 1894, des mains du Président Carnot auquel il devait prodiguer, le soir même, avec Poncet, des soins demeurés impuissants. (*N. D. L. R.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1930)

Vaccinothérapie pré-opératoire dans les interventions gastriques. — M. BAZY fait un rapport sur ce travail de M. Murard (du Creusot). Sur 42 cas de malades vaccinés pré-opératoirement, M. Murard a eu 19 p. 100 de complications pulmonaires; 11 des 15 malades ayant présenté ces

complications avaient été opérés à la locale. La vaccination pré-opératoire, pour M. Bazy, doit être appuyée et guidée par un contrôle biologique.

M. LAPOINTE a l'impression que la vaccination pré-opératoire a amélioré ses résultats dans les interventions gastriques, et apporte des chiffres statistiques à l'appui de cette opinion.

M. SAUVÉ pense que la vaccination ne peut rien contre les embolies post-opératoires, causes de complications pulmonaires.

M. HEITZ-BOYER partage l'opinion de M. Sauvé.

M. SCHWARTZ pense que l'infection est souvent d'origine intestinale, et a observé que ses malades vaccinés ne présentaient pas de phlébites.

Volvulus du côlon droit. Appendicostomie. Guérison. — M. CADENAT rapporte cette observation de M. Ferey. Intervenant pour occlusion, on découvre un volvulus de la moitié droite du cadre colique. Appendicostomie dans le double but de vidange intestinale et de fixation du cæcum. Injections de sérum physiologique par une sonde intra-appendiculaire. Guérison.

Infection puerpérale post-partum. — M. GOSSET rapporte cette observation de M. Loewy qui a obtenu un succès par hystérectomie totale. Les ligaments utéro-ovariens étaient énormes.

Luxation récidivante de l'épaule. — M. LENORMANT rapporte une observation de M. Wilmoth qui a pratiqué une butée preglénoïdienne par greffon tibial placé dans la coracoïde dédoublée chez un sujet de vingt et un ans qui présentait sept ou huit luxations par an. Le résultat fut bon fonctionnellement et anatomiquement, bien qu'on n'ait ni ouvert l'articulation, ni touché au sous-scapulaire. Ces butées ne paraissent pas gêner les mouvements de l'articulation.

M. GERNEZ a employé un procédé analogue et obtenu un bon résultat.

M. DESPLAS a constaté cinq fois des luxations récidivantes chez des sujets ayant repris immédiatement leur travail après réduction d'une luxation traumatique.

M. MAUCLAIRE a obtenu de bons résultats de la greffe ostéopériostique preglénoïdienne.

M. Louis BAZY observe que ce n'est jamais dans les mouvements de force mais dans le relâchement musculaire que se produit la luxation.

MM. MOUCHET et GOSSET ont obtenu d'excellents résultats de l'opération de Oudard.

Anesthésie locale et bactériophagie. — M. SAUVÉ rapporte ce travail de M. Jacquemaire qui pratique à la fois l'anesthésie locale et l'injection de bactériophage, ce qui supprime l'effet douloureux de la première injection, à condition que la solution soit récente.

Extirpation des rectites sténosantes. — M. HARTMANN rapporte les résultats de 66 extirpations du rectum. L'abdomino-périnéale pratiquée 6 fois a donné 90 p. 100 de mortalité. L'extirpation transanale pratiquée 3 fois a donné des récidives. L'extirpation périnéale (57 cas) a donné de bons résultats et reste la méthode de choix, surtout lorsqu'on fait cette opération intrasphinctérienne, M. Hartmann donne la technique de cette opération et insiste sur la nécessité de faire porter la section supérieure en muqueuse saine, ce qui peut nécessiter l'ouverture du rectum. Vingt malades ne sont légèrement incontinents qu'en cas de diarrhée. Les résultats éloignés peuvent être prévus d'après les lésions constatées lors de l'intervention.

M. HEITZ-BOYER a observé des résultats variables du traitement diathermique.

M. HARTMANN ne croiera à la diathermie que lorsqu'on publiera tous les résultats obtenus au bout de deux, trois ans.

M. GERNEZ précise qu'il est différentes méthodes de diathermie, et a observé des résultats de la diathermie sur bougie.

Chirurgie du ganglion étoilé et de ses branches. — MM. LERICHE et FONTAINE pensent que cette chirurgie peut trouver des indications pour les affections des membres supérieurs, des ostéoporoses, des arthrites déformantes juvéniles. Elle trouve également ses indications dans la chirurgie cardiaque, et en particulier dans les tachycardies paroxystiques. M. Leriche avait tendance à enlever le ganglion étoilé. Il estime que les expériences de Danielopolu sont trop schockantes pour que l'animal survive. Si l'on produit chez le chien une maladie cardiaque par ligature d'une coronaire on peut obtenir sa survie en enlevant le ganglion dans une séance ultérieure.

Les trente-trois ablations du ganglion étoilé pratiquées par Leriche ont donné trente-trois guérisons opératoires.

Mais il faut opérer avec toutes les précautions de la neurochirurgie.

M. CUNÉO a pratiqué deux ramisections pour angine de poitrine et obtenu une cessation des douleurs. Une des malades est morte longtemps après d'une affection intercurrente, l'autre de son angine de poitrine, mais ayant bénéficié de la cessation des phénomènes douloureux.

M. GERNEZ a obtenu des résultats intéressants par section des rami communicantes.

M. GOSSET a enlevé deux fois le ganglion étoilé pour angine de poitrine. Ces deux malades ont guéri opératoirement mais ont continué à avoir des crises.

M. LERICHE estime que certains malades mourront avec cessation des douleurs si leurs lésions anatomiques trop graves persistent. D'autres malades guérissent. D'autres récidivent. La question doit encore être étudiée et précisée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1930)

Cycle évolutif du Treponema pallidum, du Spirochaeta pertenuis et du Spirochaeta cuniculi. — MM. LEVADITI et LI YUAN PO. Tous ces spirochètes comportent un cycle évolutif dont l'une des phases est représentée par des parasites disposés en boucles et en pelotes plus ou moins serrées. Ce stade précède celui de la transformation en granules presque ultramicroscopiques. Différentes phases de ce cycle évolutif peuvent être retrouvées non seulement dans des lésions cutanées et muqueuses, mais encore dans le cerveau des paralytiques généraux. De tels cerveaux, colorés par la méthode de l'imprégnation argentique de Dieterle, montrent, par places, des spirochètes au stade évolutif en boucles ou en pelotes, et aussi à l'état de transformation en granules ultramicroscopiques.

Encéphalite épizootique du renard. Localisation des lésions dans la substance blanche. — MM. LEVADITI, LÉPINE, BAZIN et SCHOEN relatent l'observation d'un renard argenté d'origine canadienne, mort à la suite d'une attaque aiguë d'encéphalomyélite. L'encéphalite est caractérisée, chez cet animal, par des lésions localisées presque exclusivement à la substance blanche du névraxe, lésions se rapprochant sensiblement de celles qui caractérisent les encéphalopathies post-infectieuses, et, en particulier, l'encéphalite post-vaccinale.

Action de la cataphorèse sur le virus encéphalitique. Récupération du virus par la cataphorèse. — M. P. LÉPINE a soumis à la cataphorèse les cerveaux glycérinés de lapins ayant succombé à la forme chronique de l'encéphalite (virus C), et dont l'encéphale, quoique présentant des lésions caractéristiques, s'était montré dépourvu de virulence lors d'essais répétés d'inoculation intracérébrale. Le virus encé-

phalitique est donc sensible à la cataphorèse, et, sous l'action de celle-ci, émigre à l'anode, ce qui permet d'attribuer au virus ou aux constituants protéiques qui lui servent de support, une charge électrique négative pour un pH de 7,2. Il est possible, en soumettant à la cataphorèse des cerveaux de lapins qui se montrent dépourvus de virulence par tous les procédés, même ceux destinés à mettre en évidence des quantités très faibles de virus, de récupérer le virus encéphalitique qui y persiste à l'état latent.

Influence de l'hypotension sur une surrénale greffée au cou. — MM. D. Bennati, J. Gautrelet et N. Halpern se sont demandé si à l'hypotension produite par l'arrêt du cœur, la glande surrénale pouvait réagir par une sécrétion d'adrénaline en dehors de tout mécanisme central. A l'aide de la greffe d'une surrénale au cou, ils ont pu observer l'augmentation de l'amplitude cardiaque et de la pression, la splénocontraction et l'hyperglycémie réactionnelles à l'arrêt du cœur : la suppression de l'apport sanguin surrénal supprimait ces phénomènes.

Le dosage du calcium dans le sérum sanguin. — MM. A. Grigaut et Y. Ornstein attirent l'attention sur les causes d'erreur encourues dans l'application au sérum sanguin du procédé classique de précipitation par l'oxalate d'ammoniaque suivi du titrage manganimétrique de l'acide oxalique. Ils proposent une méthode par calcination qui offre l'avantage d'opérer en l'absence de colloïdes organiques capables de perturber la précipitation. Ils évitent l'emploi d'indicateurs colorés pour ajuster le pH afin de n'avoir point à compter avec l'adsorbtion de ceux-ci par le précipité d'oxalate de chaux. Enfin ils tiennent compte de la solubilité de l'oxalate de chaux dans l'eau. Le taux de la calcémie exprimée en Ca déterminé par cette technique est compris chez l'individu normal entre les chiffres de 0,095 et 0,110 p. 1000.

Calcémie dans les maladies aiguës. — MM. Achard et Ornstein ont trouvé le calcium généralement diminué dans le sérum sanguin pendant la période d'état des maladies aiguës : dans 14 cas sur 16, son taux était compris entre 81 et 92 milligrammes p. 1000, le taux normal variant de 95 à 110.

Ils ont noté un rapport assez constant entre les variations du calcium et celles de la réserve alcaline.

Il n'y avait pas de relation régulière avec les protéines totales, mais le taux du sodium lié aux protéines variait assez bien comme le calcium.

Action de la bile sur la perméabilité placentaire. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Richard et B. Noyer. La pénétration de la bile dans la circulation de la femelle pleine ne modifie la perméabilité du placenta ni pour le sérum de cheval ni pour les émulsions du *B. coli*, faites en eau physiologique.

CHRONIQUE

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER AUX STATIONS HYDRO-MINÉRALES ET CLIMATIQUES DU SUD-OUEST.

Le voyage d'étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier s'est déroulé cette année dans le Sud-Ouest, du 7 au 11 juin, sous la direction du professeur Gaston Giraud, assisté de M. Castagné, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le voyage comprenait parmi ses membres MM. les professeurs agrégés Boulet et Puech; le docteur Chaptal, chef de clinique à la Faculté de Montpellier; Mlle le docteur Jean, médecin du Sanatorium de San Salvadour; MM. les docteurs Lautié (de Bédarieux) et Vitry (de Sète); de nombreux internes et externes des hôpitaux; des internes des Asiles et des Sanatoria et des étudiants en médecine en fin d'études; en tout 43 voyageurs.

Partie de Montpellier en chemin de fer, la caravane débarque le 7 juin à Pau et se rend directement en cars à Saint-Christau. Elle visite, sous la direction du docteur Bacri et du directeur de la Société des eaux, l'Etablissement thermal, les sources et captages, ainsi que les hôtels. Les voyageurs ont pu constater sur place quels efforts avaient été faits et se poursuivaient encore pour donner à Saint-Christau des moyens de cure modernes et augmenter l'attrait de son site.

Après Saint-Christau, les Eaux-Chaudes, autre station en pleine transformation, moins avancée que la précédente, mais qui a entrepris déjà d'intéressants travaux.

Aux Eaux-Bonnes, les Montpelliérains étaient attendus par le corps médical et par M. le Maire des Eaux-Bonnes. A l'Etablissement thermal, exposé scientifique, fait par le professeur Giraud, de l'hydro-géologie et des indications thérapeutiques des Eaux-Bonnes et visite des installations hydrothérapiques sous la conduite des médecins de la station.

A 18 h., les auto-cars étaient de retour à Pau et aussitôt commençait la visite détaillée du château. Cette visite prit fin dans une des salles de la tour de Gaston Phoebus où M. le docteur Goudard exposa, avec une grande clarté, les caractéristiques du climat palois, ses indications et les mesures d'hygiène édictées à Pau. Pour illustrer cette leçon, deux visites : la première au sanatorium de Trespoey, la seconde à la Maison de repos du Hameau, pour nerveux. Enfin avant le dîner, réception par les médecins de Pau à l'hôtel Continental, au cours de laquelle le docteur Goudard leva son verre en l'honneur de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le dimanche 8 juin, les cars partaient pour Salies-de-Béarn. Après la réception par le Maire, le corps médical et la direction de la Compagnie des eaux, on entendit une Conférence du professeur Giraud, dont la première partie a été consacrée à l'hydrogéologie pyrénéenne et à une vue d'ensemble des stations hydrominérales et climatiques du Sud-Ouest, mise au point indispensable à la compréhension générale du voyage, et dont la deuxième partie a étudié les eaux et la cure de Salies. Les belles installations de l'Etablissement thermal sont parcourues par petits groupes et examinées en détail sous la conduite des médecins de la station; puis la ville elle-même, si curieuse par la persistance des coutumes liées à l'exploitation du sel et à l'organisation des Part-Prenants.

Après la visite de l'usine de préparation des eaux mères et d'extraction du sel, les cars se dirigent vers Cambo par Saint-Jean-Pied-de-Port, où un arrêt est prévu aux abords du château. A Cambo les voyageurs sont attendus par MM. les docteurs Ancibure, adjoint au Maire, et Dieudonné, qui leur font visiter immédiatement le nouvel établissement thermal, merveille de luxe et de confort, le sanatorium du docteur Dieudonné, et la fondation Grancher. Après le dîner, allocution à la fois didactique et aimable du docteur Ancibure, puis, une partie de pelote basque à main nue ayant été préparée dans le « trinquet », grâce à une attention du docteur Dieudonné, qui fut très appréciée, les visiteurs eurent en fin de journée le spectacle du jeu régional, qui est en train de conquérir les milieux sportifs de toute la France.

Le 9 juin, départ de Cambo en auto-cars. Visite de la villa Arnaga, ancienne maison d'Edmond Rostand, dont il fut permis aux voyageurs d'admirer les salons et le parc. Arrivée à Hendaye, M. le docteur Suertégarey conduisant la colonne, la mena au sanatorium de l'Assistance publique de Paris où les visiteurs eurent la bonne fortune de rencontrer, avec le directeur de l'Etablissement, le docteur Jean Hallé, médecin des hôpitaux de Paris, qui indiqua d'une manière précise les raisons qui président à la répartition des enfants de l'Assistance de Paris entre les divers sanatoria que possède en France cette administration.

M. Reboul, président du Syndicat d'initiative de Saint-Jean-de-Luz, attendait devant le Casino de la Pergola, les Montpelliérains, qu'accueillirent aussi M. le maire de Saint-Jean-de-Luz et les membres de la presse régionale.

A la fin du déjeuner, servi dans le cadre si récemment composé par l'architecte Robert Mallet-Stevens, M. Reboul, languedocien d'origine et basque d'adoption, exposa les caractéristiques climatiques de Saint-Jean-de-Luz et les indications de sa cure thalassothérapique; puis le maire porta la santé de ses hôtes Montpelliérains après avoir rappelé, avec la précision de l'ingénieur, combien dans une ville dont l'extension est aussi rapide que celle de Saint-Jean-de-Luz, les problèmes d'hygiène urbaine et en particulier de l'alimentation en eau potable, prenaient d'importance.

On alla voir ensuite le vieux Saint-Jean-de-Luz, la maison où Louis XIV rencontra la future reine de France, l'église où il l'épousa et la caravane partit pour Bidart, d'où, après un court arrêt qui permit de se rendre compte des installations de cure du sanatorium du docteur Peyret, elle se dirigea vers Biarritz,

Là, réception par le Syndicat d'initiative à la Maison des touristes. De là, les autocars gagnent les Thermes salins où de très intéressantes conférences sont faites par le docteur Claisse et le professeur Giraud.

La matinée du 10 juin, après le départ de Biarritz est consacrée d'abord à Capbreton et à Hossegor. Là, apparaît tout l'intelligent effort des Sociétés qui transforment en séjonr d'agréable repos, un beau pays, mais jusqu'ici non organisé.

A Tercis, MM. les trois docteurs Massie, père et fils, reçoivent les voyageurs et M. Massie, dans une conférence très documentée, précise les qualités crénothérapiques de la station. Le professeur Giraud, à son tour, situe Tercis dans l'ensemble du voyage et, après un apéritif très apprécié et la visite des thermes de Tercis, on part pour Gamarde, où un remarquable déjeuner landais est servi dans un cadre agréablement rustique.

Arrêt aux sources de Gamarde et départ pour Préchacq.

Réception à Préchacq par le professeur agrégé Delmas-Marsalet et M. Degos. Intéressante conférence du professeur Delmas sur la formation des boues à Préchacq.

Arrivée à Dax, où la visite de la fontaine d'Eaux-Chaudes, des splendides Etablissements thermaux, tout neufs, des hôtels est immédiatement dirigée par M. le médecin général Saltet, directeur de la station et M. Dufourcet, président du Syndicat d'initiative. La visite se termine par une conférence de M. Pouey, suivies de remarques générales du professeur Giraud. Tous les voyageurs étant logés, par les soins de la Société des eaux de Dax, à l'hôtel des Baignots, c'est la visite de l'établissement de cet hôtel et de son laboratoire qui clôt la série des démonstrations pratiques à Dax. L'effort de rénovation de Dax est vraiment impressionnant. Le dîner offert par la station, servi à l'hôtel même, est l'occasion d'allocutions de M. le médecin général Saltet, de MM. Dufau, Dufourcey, Vitry (de Sète), de Mlle Boullé, externe des hôpitaux de Montpellier, du professeur Giraud enfin.

Le lendemain 11 juin, dernier jour du voyage, est consacré tout entier à Arcachon où les voyageurs arrivent à 9 heures du matin, sont reçu par le professeur agrégé Sigalas, adjoint au maire d'Arcachon, par M. Valleau, président du Syndicat d'initiative et par les médecins de la ville. Dans une des salles du Casino, conférence de M. Michel et, sous la conduite de MM. Michel, Chauveau, Pissavy, Lalesque, etc., visites successives de la ville d'été, de la ville d'hiver, du Moulleau et de ses deux sanatoriums du Pyla. La matinée s'achève à la source des Abatilles, dont M. Chauveau précise les principales indications et où M. de Saint-Sauveur, administrateur

délégué de la Société des Abatilles, porte la santé des voyageurs. Le déjeuner est présidé par le professeur agrégé Sigalas, adjoint au maire d'Arcachon et M. Mathieu; au dessert, toasts du professeur Sigalas, de M. Duponnois, interne des hôpitaux de Montpellier, du professeur agrégé Puech et du professeur Giraud.

Dans l'après-midi, avant le départ, promenade en bateau sur le bassin.

Le soir même, après un court arrêt à Bordeaux, les membres de la caravane sont rentrés à Montpellier, enchantés de ce beau voyage si instructif et si remarquablement organisé.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CALCUL DU CHOLÉDOQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

3° **Cirrhose calculeuse.** — A côté des accidents aigus que nous venons de décrire, la lithiase du cholédoque entraîne des modifications inflammatoires chroniques des parenchymes hépatique et pancréatique.

La cirrhose calculeuse est essentiellement latente, mais se démasque après l'opération si l'on n'a pas pris soin de la rechercher auparavant. C'est elle qui cause, par insuffisance hépatique, les grandes hémorragies postopératoires dues aux troubles de la crase sanguine, les accidents d'ictère grave chloroformique (ce mode d'anesthésie ne devant jamais être employé chez ces malades). L'on devra donc toujours essayer de la dépister en étudiant avant toute intervention le fonctionnement hépato-rénal par un dosage d'urée, l'épreuve des éliminations colorées, l'étude du temps de saignement, de la vitesse et des caractères de la coagulation sanguine.

4° **Pancréatite chronique.** — Elle peut entraîner le caractère progressif et non intermittent de l'ictère, l'amaigrissement intense, bref le tableau d'un cancer du pancréas.

Dépistée à l'intervention, elle assombrit gravement le pronostic.

FORMES CLINIQUES

Il est fort important d'insister sur l'existence de formes *indolores*, *apyrétiques* ou *peu ictérigènes*. Celles-ci sont très voisines des formes anictériques qui ont fait l'objet de travaux récents.

Formes anictériques. — Elles peuvent être *uniquement douloureuses*, caractérisées par une douleur atroce, survenant pendant la période digestive (chasse biliaire) et se reproduisant à intervalles très variables. Elles peuvent être *uniquement fébriles*, simulant le paludisme, ou être les *deux à la fois*.

En tout cas, la présence de pigments dans les urines, vers la sixième heure qui suit le début de la douleur (épreuve des trois verres), serait pour Delbet un bon signe de cette obstruction fruste.

Parfois, l'existence de calculs cholédociens est une *découverte opératoire* au cours d'une intervention faite pour cholécystite.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est en général assez facile, basé sur les antécédents lithiasiques, la variabilité de l'ictère qui est en même temps douloureux et fébrile, la radiographie. Il faut cependant éliminer :

1° **Ictère catarrhal prolongé.** — Diagnostic assez facile à cause de son début aigu avec signes gastro-intestinaux et signes infectieux.

2° **Cancer de la tête du pancréas.** — Schématiquement, cette affection qui donne également un ictère par rétention s'oppose au calcul du cholédoque par les caractères suivants :

Homme ayant dépassé la quarantaine, ictère progressif atteignant les tons les plus foncés possible (ictère vert olive), évoluant sans poussées thermiques; grosse vésicule; signes de déficit glandulaire pancréatique (stéarrhée avec hypostéatolyse, absence de lipase dans le suc duodénal, d'amylase dans les fèces).

Pratiquement, ce n'est pas toujours si facile. Nous avons vu que certains calculs du cholédoque s'accompagnent de pancréatite avec grosse vésicule, amaigrissement intense et ictère progressif. D'autre part, le cancer du pancréas peut entraîner des douleurs cœliaques, être fébrile et les épreuves du fonctionnement glandulaire être peu concluantes. Il n'est pas jusqu'à l'opération où l'hésitation ne soit permise, en face d'un pancréas induré dont seul l'examen histologique révèlera la véritable nature.

3° **Cancer des voies biliaires.** — Le diagnostic est ici très difficile, et l'on se basera surtout sur le caractère plus chronique de l'ictère, son évolution moins fébrile, et surtout l'existence de *melæna* plus ou moins continu.

4° **Le cancer secondaire du foie** ne pourrait être discuté que lorsqu'on n'en perçoit pas les nodules à la palpation. L'existence du cancer primitif et le développement final d'un foie marronné permet le diagnostic.

5° **Cholécystite calculeuse.** — Enfin, il est une erreur fréquente, le diagnostic de lithiase cholédocienne étant posé : on trouve à l'intervention une *cholécystite calculeuse*, et les calculs présumés cholédociens sont en réalité vésiculaires.

Dans les formes anictériques, le diagnostic se pose avec les syndromes douloureux du carrefour supérieur, les suppurations profondes. Il faut penser à rechercher les petits signes de rétention biliaire fruste et paroxystique et pratiquer des radiographies après tétraiode.

TRAITEMENT

Il est *essentiellement chirurgical et dès que le diagnostic est posé, il faut intervenir* pour éviter l'infection et l'insuffisance hépatique qui ne pourraient que se produire d'une façon plus grave si l'on temporise trop.

a. **Médical.** — Le traitement médical sous forme de drainage des voies biliaires par les cholagogues pourra être tenté au début. Mais les calculs sont généralement immobilisables et il ne faut pas s'y attarder. Suivant Chauffard, le traitement médical pourrait être essayé, « pas moins d'un mois, pas plus de trois ». On n'attendra pas aussi longtemps si l'état général s'altère ou si les accès fébriles se répètent.

b. **Chirurgical.** — Après exploration de la coagulation sanguine et du fonctionnement hépato-rénal, désinfection des voies biliaires par l'uroformine, on opérera le malade en évitant à tout prix le chloroforme. Faire de petites transfusions pré-opératoires si c'est nécessaire.

Pratiquer une *cholédocotomie*, avec cathétérisme des voies biliaires pour être sûr de n'y pas laisser d'autres calculs. On fera une cholécystostomie en cas d'angiocholite, ou une cholécystectomie si l'absence d'infection importante permet de supprimer cette voie de drainage qu'est, en cas de besoin, la vésicule.

Drainer jusqu'à ce que la bile s'écoule claire.

Après l'opération : chlorure de calcium, goutte à goutte, et, s'il le faut, petites *transfusions*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 53, p. 970.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Rapide de nuit Paris-Vintimille (places de luxe, 1re classe). — Les rapides de nuit 5 et 6 sont désormais réservés aux voyageurs à destination ou en provenance des gares comprises entre Toulon et Vintimille. Ces trains comportent des places de 1re et 2e classes, de lits-salons, de couchettes et de 1re classe ainsi qu'un wagon-restaurant.

Départ de Paris 19 h. 30, de Dijon 23 h. 52.

Arrivée à Toulon 9 h. 20, à Cannes 11 h. 24, à Nice 12 h. 05, à Menton 13 h. 04, à Vintimille 13 h. 19.

Au retour :

Départ de Vintimille 13 h. 15, de Menton 13 h. 37, de Nice 14 h. 45, de Cannes 15 h. 28, de Toulon 17 h. 43.

Arrivée à Lyon-Perrache 0 h. 42, à Paris 8 h. 22.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Question donnée : « Ligature de la carotide externe. »
MM. Aubry, 19; Huet, 18.

Epreuve théorique. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'angine diphtérique. »
M. Aubry, 20.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil, réuni en une séance plénière, a donné son assentiment à un projet qui prévoit par le jeu d'une disposition transitoire et exceptionnelle la possibilité de nommer professeur sans chaire, à la nouvelle Faculté de médecine de Marseille, des professeurs titulaires de l'ancienne Ecole de médecine de cette ville.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués et nommés agrégés, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1930 près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités ci-après désignées :

Anatomie. — MM. Thomas (L.-J.-E.-H.), Lille; Laux (G.-J.-L.), Montpellier; Dufour (A.-G.-R.), Bordeaux.

Histoire naturelle médicale et parasitologie. — M. Morenas (E.-F.-L.), Lyon.

Physiologie. — M. Kaiser (Ch.-A.), Strasbourg.

Chimie médicale. — MM. Roche (J.-C.-H.-H.), Lyon; Cristol (M.-J.-E.-J.-P.), Montpellier); Chambon (M.-A.-P.-M.), Lyon; Giberton (A.-L.), Lille.

Physique médicale. — MM. Reiss (P.), Strasbourg; Bugnard (L.-C.), Toulouse.

Médecine générale. — MM. Delmas-Marsalet (V.-A.-P.), Bordeaux; Abel (E.), Nancy; Sendrail (M.-S.), Toulouse; Drouet (P.-H.-L.), Nancy; Sorel (R.-E.-M.-J.), Toulouse Janbon (M.-M.-J.), Montpellier.

Anatomie pathologique. — MM. Huguenin (R.-M.), Paris; Grandclaude (C.-J.-J.-B.-J.), Lille.

Médecine légale. — M. Simonin (C.-L.), Strasbourg.

Chirurgie générale. — MM. Guilleminet (M.-E.-G.), Lyon; Piquet (J.-C.), Lille; Guillemin (A.-H.-F.-V.), Nancy.

Urologie. — M. Cibert (J.-E.-M.), Lyon.

Obstétrique. — MM. Eparvier (H.-J.-M.-L.), Lyon; Kreiss (P.-J.), Strasbourg.

Histoire naturelle pharmaceutique. — M. Martin (E.-L.), Toulouse.

Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — MM. Brustier (V.-L.), Toulouse; Vitte (G.-M.-A.-S.), Bordeaux. (*J. O.*, 8 juillet 1930.)

PRIX OSIRIS. — L'Institut de France, réuni en séance trimestrielle, a entendu les rapports des délégués des cinq académies sur l'attribution des deux prix Osiris de 100.000 fr. chacun. On sait que ces prix sont destinés à récompenser la découverte ou l'œuvre la plus remarquable dans les sciences, dans les lettres, dans les arts, dans l'industrie et généralement dans tout ce qui touche à l'intérêt public.

Les deux prix sont attribués à M. Paul Bourget, de l'Académie française, et à M. Emile Gley, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France.

COLLÈGE DE FRANCE. — Le docteur Magnan est nommé professeur titulaire de la chaire magistrale de mécanique animale appliquée à l'aviation (création nouvelle).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général de 2e classe Aurégan.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bertin (de Nantes).

GUERRE. — M. le médecin général Roussel, directeur du Service de santé de la 7e région, a été placé, à compter du

7 juillet 1930, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

— Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Jules Oui, directeur du Service de santé du 1er corps, à Lille.

— M. le médecin colonel Rubenthaler est nommé directeur du Service de santé de la 7e région.

LABORATOIRE D'HYGIÈNE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRÉPARATION AU CONCOURS DE MÉDECIN-INSPECTEUR DES ÉCOLES. — Un concours pour le recrutement de médecins-inspecteurs des écoles du département de la Seine devant avoir lieu à la Préfecture de la Seine, à la fin de l'année, un enseignement spécial, en vue de préparer les candidats, sera donné au Laboratoire d'hygiène dans les semaines précédentes.

La date de ce cours sera fixée ultérieurement.

AVIS DE VACANCE. — Un certain nombre d'emplois de chimistes et d'aides chimistes au laboratoire d'essais du Conservatoire national des arts et métiers sont actuellement vacants.

Les candidats à cet emploi sont priés de s'adresser au laboratoire d'essais, 292, rue Saint-Martin, à Paris, où tous renseignements leur seront fournis.

Traitement annuel de début des chimistes : 16.240 à 32.240 fr., suivant services antérieurs dans l'industrie (non comprises les indemnités pour charges de famille).

Traitement de début des aides chimistes temporaires : environ 1.000 fr. par mois (non comprises les indemnités pour charges de famille). (*J. O.*, 8 juillet 1930.)

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES DE LA FACULTÉ DE NANCY. — Sous la conduite de M. le professeur Santenoise, chargé de l'enseignement de l'hydrologie, et du docteur Louis Merklen, une trentaine de médecins et d'étudiants de la Faculté de médecine de Nancy sont allés visiter les stations hydro-minérales des Vosges et du Jura.

Après être passés à Bains-les-Bains, où ils visitèrent les piscines et le nouvel établissement thermal, les voyageurs se dirigèrent sur Plombières où le docteur Jacquot leur fit un intéressant exposé sur les indications thérapeutiques des eaux hyperthermales de la station. Le soir, les médecins et étudiants nancéens furent reçus à Bussang par M. Emile Hinzelin.

Le lendemain, la caravane thermale passa le Ballon d'Alsace, Belfort, Saint-Hippolyte, visita le saut du Doubs et coucha à Malbuisson, près du lac de Saint-Point.

Continuant leur chemin sur Morey, le col de la Faucille, Gex, la caravane de la Faculté de Nancy débarqua à Divonne le troisième jour de son voyage. L'accueil y fut particulièrement aimable, les docteurs Vieux, Ernst, Girod firent à leurs hôtes les honneurs de l'établissement et commentèrent les soins hydrothérapiques et psychothérapiques qui sont donnés dans cette station sédative, se recommandant de toutes les affections nerveuses, sans lésions organiques.

Le lundi de la Pentecôte, les voyageurs visitèrent Saint-Claude, admirèrent toute la série des lacs du Jura, passèrent à Lons-le-Saunier et arrivèrent le soir à Salins-du-Jura, la station chlorurée sodique, dont la teneur de ses eaux a pu faire dire de la cure : « C'est la mer à la montagne. »

Le lendemain, visite rapide de Besançon-la-Mouillère, puis arrivée à Luxeuil, la grande station gynécologique française, où le docteur de Langenhagen exposa aux visiteurs les propriétés des eaux et les indications de la cure.

Enfin, le dernier jour était réservé à la visite des deux grandes stations vosgiennes.

A Contrexéville, conférence très documentée du docteur Bricout, et réception par M. le docteur Boursier.

A Vittel, réception également des plus cordiales, avec un bel exposé scientifique du docteur Violle. Les nancéens visitèrent, sous la conduite du docteur Boigey, la cure d'exercices de Vittel, et, guidés par le colonel Herbillon, firent le tour des parcs, du golf, du jardin d'enfants, des nouveaux grands hôtels et du superbe casino qui vient d'être inauguré.

Après ces six jours de voyage particulièrement bien remplis, la caravane regagna son port d'attache, chacun gardant de cette randonnée le souvenir le plus durable, tant au point de vue des connaissances acquises qu'au plaisir d'avoir parcouru une des plus belles régions de la France.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL D'UROLOGIE. — A la suite du IVe Congrès de la Société internationale d'urologie, il a été décidé que le Ve Congrès se tiendrait à Londres sous la présidence de sir Thompson Walkes en 1933.

Questions à l'ordre du jour :

1° *La maladie du col vésical* (*hypertrophie prostatique exceptée*).

2° *Les tumeurs du bassinet et de l'uretère.*

3° *La pyélographie par voie descendante.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Callamaud (de Saint-Mandé), Camille Mabilde (de Selzaete, Belgique), Mme le docteur Desneux-Weill (de Bruxelles), Conan Doyle, le célèbre romancier anglais, ancien médecin de la marine marchande, puis ophtalmologiste à Edimbourg, et à Londres; Aristide Boutin (de Paris).

HÔPITAL TROUSSEAU. (Pavillon Lannelongue.) — COURS DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE INFANTILE, du 16 au 26 juillet 1930, par le docteur André Richard, chirurgien des hôpitaux, avec le concours de MM. les docteurs E. Gasne, ancien chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Paris; G. Huc, ancien chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Paris et chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris; M. Fèvre, chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Paris.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/4 : visite des salles, démonstrations de gymnastique orthopédique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. : opérations par le chef de service.

Vendredi, à 10 h. : Consultation commentée des malades externes.

Les questions concernant la tuberculose osseuse et ganglionnaire seront traitées au cours du docteur E. Sorrel, à l'Hôpital maritime de Berck, en août.

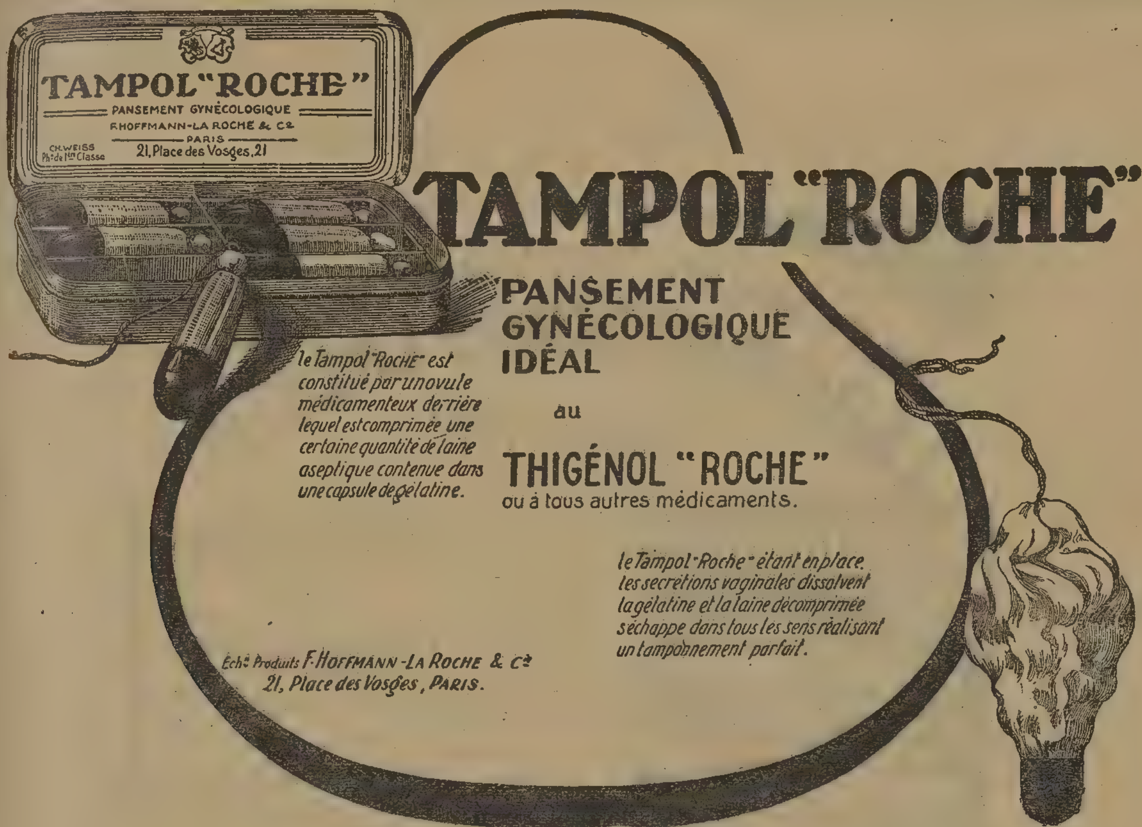
Le droit à verser est de 300 fr. — Le cours est gratuit pour MM. les internes des hôpitaux de Paris.

S'inscrire auprès de la surveillante du service jusqu'au 14 juillet.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A VENDRE APRÈS DÉCÈS : 1 appareil à rayons ultraviolets, transportable, caisse acajou marque Gallois; 1 table à massage, pieds pliants; 1 appareil à courant continu; 1 appareil faradique de Gaiffé. — Téléphoner : Danton 61-10.


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F.HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT
GYNÉCOLOGIQUE
IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place les sécrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Échns Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

REVUE GÉNÉRALE

LES DIARRHÉES CHRONIQUES DE L'ADULTE
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Par M. MONNEROT-DUMAINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

*
* *

3° **Diarrhées fonctionnelles.** — Ce sont les diarrhées qui ne sont pas dues à une lésion de la paroi intestinale. Cela ne veut pas dire que celle-ci n'est pas irritée. Elle l'est et réagit mais sous l'influence du contenu intestinal. Le *contenu intestinal est anormal :* il est insuffisamment digéré et comme les aliments digestibles mais non digérés constituent un excellent milieu de culture, il est le siège d'une pullulation microbienne qui lui fait subir tantôt des fermentations, tantôt des putréfactions. Telle est du moins la théorie de Strasburger qui voit dans l'insuffisance de digestion alimentaire la cause des phénomènes. Cette théorie est habituellement adoptée, à l'encontre de celle de Von Noorden qui fait de la pullulation microbienne un phénomène primaire, le microbisme étant la cause principale de la dyspepsie.

Quoi qu'il en soit le contenu intestinal qui est le siège de fermentations ou de putréfactions est irritant pour l'intestin. Celui-ci réagit par l'exagération du péristaltisme et par une anormale sécrétion aqueuse.

Schmidt avait surtout distingué deux grands types : les diarrhées par fermentations et les diarrhées par putréfactions. En réalité il faut se garder d'opposer ces deux types qui peuvent parfois chez le même malade se succéder et même coexister. Ce sont deux syndromes, mais non deux affections; leurs causes sont variées. On doit cependant conserver une place nosologique à la diarrhée par fermentation, car elle semble le plus souvent due à une dyspepsie du grêle, et elle constitue au point de vue étiologique, clinique, coprologique, thérapeutique, une entité assez bien isolée. Quant aux phénomènes de putréfaction ils ne peuvent nullement constituer une affection distincte; ils surviennent quand des albumines parviennent dans le côlon, qu'il s'agisse d'albumines alimentaires (c'est le cas de l'insuffisance gastrique, car les substances albuminoïdes ne sont pas attaquées), ou bien qu'elles proviennent de la sécrétion de la paroi intestinale ulcérée, malade (nous l'avons vu pour les colites ulcéreuses).

Nous n'isolerons donc pas une « colite avec putréfaction », mais nous décrirons ces troubles de putréfaction à propos des diarrhées gastrogènes.

Il n'y a pas que l'estomac ou le grêle dont on puisse accuser la dyspepsie, à l'origine des diarrhées fonctionnelles. Nous envisagerons aussi les dyspepsies buccale, jéjunale, pancréatique.

On a vu enfin que c'est parmi le groupe des diarrhées fonctionnelles que nous rangeons les diarrhées nerveuses et les diarrhées de cause obscure.

A. Diarrhées d'origine buccale. — Ce peut être tout d'abord la bouche qui est coupable si la denture est mauvaise, si la mastication est insuffisante ou s'il y a une suppuration buccale comme dans les pyorrhées. La diarrhée des tachyphages, celle des gros mangeurs peuvent être rapprochées des diarrhées d'origine buccale. L'examen des selles dans ces diarrhées montre parfois de la lientérie.

B. Diarrhées d'origine gastrique. — Les diarrhées par *insuffisance de digestion stomacale* comprennent la plupart des cas de l'ancienne diarrhée par putréfaction. Cette diarrhée est due à ce que les aliments mal attaqués par le suc gastrique passent dans le duodénum insuffisamment préparés. Ils sont alors trop peu acides pour mettre en jeu le réflexe acido-régulateur de Pawloff, le pylore ne reste pas assez longtemps fermé et l'évacuation gastrique est accélérée. D'autre part, cette trop faible acidité n'excite pas assez la sécrétion pancréatique. Aussi le bol alimentaire mal digéré sera-t-il moins protégé contre les infections intestinales. Les mêmes troubles engendrés par une évacuation trop rapide expliquent la *diarrhée des malades porteurs d'une gastro-entérostomie.* Cette diarrhée peut se présenter sous diverses formes : la forme diarrhéique pure, la forme entéro-dyspeptique, la forme jéjuno-colique.

Il faut enfin tenir compte de l'action réflexe de l'estomac sur l'évacuation intestinale, action qui est exagérée dans le phénomène des selles postprandiales et même prandiales.

Les selles des diarrhées gastrogènes présentent les caractéristiques des selles de putréfaction : elles ont souvent une odeur très fétide; elles sont molles, brun jaune et deviennent plus foncées à l'air; elles sont fortement alcalines. La putréfaction provient non seulement des albumines alimentaires mais encore des sécrétions et transsudations séreuses abondantes de l'intestin. Les putréfactions peuvent manquer, car le transit intestinal est parfois si accéléré que celles-ci n'ont pas le temps de se produire. Ce qui caractérise donc bien plus les selles d'insuffisance gastrique, c'est la constatation au microscope de fibres musculaires incomplètement modifiées, de fibres conjonctives et élastiques intactes; parfois à l'œil nu on peut déjà distinguer des écheveaux de tissu conjonctif, car c'est celui-ci surtout qui reste inattaqué. On peut trouver dans ces selles des germes spéciaux à l'estomac : levures, sarcines, bacilles longs. En présence d'un tel syndrome il est intéressant de vérifier l'insuffisance de la sécrétion gastrique par le tubage gastrique après repas d'épreuve. On appréciera en même temps l'importance de ce déficit sécrétoire. Il peut, en effet, s'agir d'une simple hypochlorhydrie à laquelle on remédie relativement bien; ou bien d'anachlorhydrie avec apepsie (achylie) dont le pronostic est plus sérieux. Dans certains cas de diarrhée gastrogène on peut être étonné de ne pas trouver de déficit sécrétoire de l'estomac : il s'agit alors de

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 54, p. 977.

troubles de la motricité gastrique, lorsque le contenu est évacué trop rapidement, il est insuffisamment digéré comme si la sécrétion gastrique avait été déficiente. D'autre part, certaines diarrhées gastrogènes relèvent d'un réflexe partant d'une muqueuse gastrique irritée et déterminent une sécrétion et un péristaltisme coliques exagérés dès le repas. Mais ce sont là des diarrhées nerveuses plutôt que les vraies diarrhées gastriques par insuffisance peptique que nous avons surtout en vue maintenant.

Dans les états de putréfaction intestinale on trouve dans les urines de l'indican, du scatol et du phénol. On peut même trouver plusieurs milligrammes d'indican dans le sang. Les variations de ces corps accompagnent les progrès et les reculs de la maladie (Grigaut).

Les causes des diarrhées gastrogènes sont les causes de l'achylie elle-même. Il est exceptionnel d'observer l'achylie primitive (Eichorn Martius). Cependant nous en avons étudié un cas très net dans le service de notre maître le docteur Bensaude, qui avait été amélioré par une préparation de pepsine et l'acide chlorhydrique.

Le plus souvent l'achylie succède à une maladie générale reconnue comme la tuberculose. Rosnowski et Marczewski font remarquer que la gravité du syndrome est liée à l'existence ou non d'une insuffisance hépatique concomitante.

C. Diarrhées jéjunales et iléales, et diarrhées fermentatives. — Ecartons d'abord certains faits : ce sont les cas très rares où le contenu jéjunal a été expulsé très rapidement et est évacué tel quel. Cette selle jéjunale correspond à l'état du chyme dans les premières anses grêles, elle est verdâtre, inodore, acide, et renferme encore des fragments alimentaires reconnaissables. Cette selle motrice ne doit pas porter le nom de diarrhée jéjunale qui indique un trouble dû à l'insuffisance glandulaire du jéjunum.

De même la selle iléale (masse gélatineuse, jaune, d'odeur fade, riche en bilirubine, en cellules de pommes de terre) due également à un phénomène moteur (évacuation très accélérée) ne doit pas être appelée diarrhée iléale ; il y aurait là une confusion.

C'est qu'il y a des diarrhées dues à la dyspepsie du grêle et du cæcum, des diarrhées iléo-cæcales. La plupart de celles-ci ne sont autres que des *diarrhées avec fermentations.*

La pathogénie des diarrhées fermentatives n'est cependant pas très claire. Schmidt a mis en relief le rôle des cloisons cellulosiques inattaquées par des ferments insuffisants. Mais Biedermann a montré au moyen d'expériences sur la digestion des algues, que les diastases sont capables de traverser des parois cellulosiques minces. Von Noorden a invoqué l'abondance des substances fermentescibles introduites dans l'iléon et le cæcum. On peut, en effet, incriminer parfois une alimentation trop riche en hydrates de carbone, ce qui se produit lorsqu'à la suite d'une affection quelconque des malades se mettent spontanément ou sur le conseil d'un médecin à suivre un régime de féculents trop strict. C'est Strasburger qui fait actuellement des diarrhées fermentatives une dyspepsie jéjuno-iléale. Les hydrates de carbone, l'amidon surtout, sont la proie des bactéries du cæcum et fermentent avec un abondant dégagement de gaz. L'insuffisance de digestion des hydrates de carbone semble prouvée par leur proportion anormalement grande dans les selles des malades; l'amidon à lui seul est triplé.

On fait donc très grande la part de l'amidon dans les fermentations. Cependant Weiss (de Fribourg) donne à la cellulose le rôle principal : au moyen de repas d'épreuve et d'analyses coprologiques, il aurait constaté que la cellulose est le premier corps qui entre en fermentation et que la participation de l'amidon est légère. Mais on peut se demander si ses constatations expérimentales sont valables pour les intestins des malades.

Au point de vue clinique, le début est souvent lointain quand vient consulter le malade; parfois il remonte à une période de régime hydrocarboné exclusif, d'autres fois l'affection date de la première jeunesse et il est possible qu'une prédisposition constitutionnelle en soit la cause.

Les selles ne sont pas très nombreuses : trois ou quatre par jour; de plus, le malade présente une grande abondance de gaz, signe sur lequel les auteurs sont unanimes. Il y a souvent des coliques soit aiguës, soit sourdes avec une impression de tension intestinale. L'abdomen est, en effet, un peu météorisé, et sensible à la palpation.

La *selle de fermentation est jaune*, d'odeur aigrelette ou butyrique, mousseuse, aérée, véritablement spongieuse. Son acidité est considérable. Au microscope, l'addition de solution iodo-iodurée colore intensément des quantités de grains d'amidon très souvent enveloppés dans leur capsule, et toute une flore iodophile.

Nous avons vu que ce type de diarrhée s'observe souvent chez les tuberculeux; mais la colite acide peut précéder le développement de la bacillose, de plusieurs mois et même de plusieurs années. Nous avons rappelé aussi les observations assez démonstratives de Sergent et de J.-Ch. Roux où il semble que le terrain ait été influencé par les fermentations intestinales et que sa résistance ait fléchi à la longue vis-à-vis de la tuberculose.

D. Diarrhée d'origine pancréatique et autres diarrhées graisseuses. — La diarrhée d'origine pancréatique se manifeste elle aussi par un syndrome coprologique bien spécial. Les selles pâles, grisâtres sont fréquentes, énormes, jusqu'à un kilogramme par jour, putrides, alcalines, mais surtout très grasses, huilées, avec des flaques moirées qui se figent par le froid. L'examen chimique est presque superflu en ce qui concerne les graisses. 80 p. 100 des graisses ingérées sont évacuées dans les selles, au lieu de 5 p. 100 normalement. Les graisses retrouvées dans les selles sont surtout des graisses neutres puisqu'il n'y a pas eu de dédoublement. Par ailleurs l'absence d'amylase pancréatique n'a pas de valeur absolue. Au point de vue microscopique, l'intégrité des fibres musculaires est le fait capital; d'où lépreuve des noyaux de Schmidt que nous ne fai-

sons que rappeler. On peut faire une coloration par le Sudan III qui montre la grande abondance des gouttelettes (jaunes) des graisses neutres.

Au point de vue étiologique, il peut s'agir de simple obstruction du canal de Wirsung; c'est plus souvent une lésion du pancréas : cancer, kyste, pancréatite (qui est parfois syphilitique). Chez ces malades insuffisants pancréatiques, on conçoit que la glycosurie soit fréquente, c'est d'ailleurs souvent un diabète véritable et grave.

Il existe d'autres diarrhées graisseuses, celle de la dyspepsie duodénale est due au déficit de la sécrétion pancréatique. Signalons la diarrhée graisseuse des *rétentions biliaires* qui est une diarrhée décolorée et fétide; celle de la *dégénérescence graisseuse du foie* qui se rapproche de la précédente; celle de la sprue que nous allons étudier plus loin.

E. Diarrhées nerveuses. — Nous en arrivons au groupe vaste et peu homogène des « diarrhées nerveuses ». C'est un groupe dans lequel on range des diarrhées dues à des causes bien différentes les unes des autres : le tabes, les maladies mentales, le goitre exophtalmique, les émotions, les refroidissements, etc. Ces diarrhées sont rassemblées dans le même cadre parce qu'elles ont comme caractères communs de n'être pas dues à des lésions du tube digestif, ni aux troubles de la fonction d'aucune glande. Ce sont des phénomènes qui sont sous la dépendance soit de réflexes moteurs ou sécrétions anormaux, soit de maladies du système nerveux central : cérébro-spinal ou sympathique. Là s'arrêtent les traits communs des diarrhées nerveuses. Nous allons passer en revue les diarrhées réflexes et les diarrhées émotives, les diarrhées des maladies mentales ou nerveuses, celle de la maladie de Basedow. Mais il ne faut pas oublier que le système nerveux joue un rôle dans presque toutes les diarrhées, associant son action à celle des autres facteurs. Et si le système nerveux peut être à lui seul la cause de certaines diarrhées, dans beaucoup de « diarrhées nerveuses » il y a cependant une épine locale, une irritation, un trouble intestinal plus ou moins latent, qui a favorisé la production du phénomène nerveux.

C'est souvent le cas des *diarrhées réflexes*. Celles qui sont déterminées par le *refroidissement* (froid aux pieds, froid au ventre, déshabillage, absorption d'un liquide glacé) ou par le *lever*, par l'absorption de *thé* ou de *café* (Matignon, constatations radiologiques de Lebon) surviennent surtout chez des sujets au côlon particulièrement irritable ou ptosé (cas de la *diarrhée orthostatique*). Ces diarrhées réflexes sont brutales, immédiates. Le sujet ressent parfois une chaleur intestinale, ou au contraire une sensation de frisson abdominal. Le besoin se fait bientôt sentir; quelquefois il est si impérieux qu'il doit être satisfait séance tenante. La selle est abondante, boueuse, ou presque liquide, souvent elle brûle l'anus.

Dans les *diarrhées post-prandiales* intervient un facteur réflexe. Cette diarrhée peut se voir chez les *dyspeptiques hypo-acides* (Soupault, Urrutia) par évacuation trop rapide du contenu gastrique dans le duodénum, d'où flux biliaire possible. A l'opposé les *dyspeptiques hyper-acides* (Surmont, Lerat) peuvent présenter aussi cette forme de diarrhée due à l'exagération de leur motricité gastrique ou plutôt à l'insuffisance pylorique. Il faut aussi invoquer un phénomène réflexe dans l'action si rapide chez certains individus, des purgatifs. Hirtz a d'ailleurs constaté à la radio ces phénomènes réflexes coliques survenant alors que le purgatif n'est encore que dans l'estomac ou le duodénum.

La *diarrhée prandiale des biliaires* bien décrite par Linossier survient à la suite, ou même au cours du repas de midi surtout, avec une douleur de l'épigastre ou de l'hypochondre, de l'angoisse, des sueurs froides. Son mécanisme est bien réflexe étant donné la rapidité des phénomènes. Il est probable qu'il y a une brusque évacuation d'une vésicule particulièrement pleine, dans un intestin qui réagit de façon exagérée.

On peut se demander si la diarrhée de l'appendicite chronique et des affections du grêle n'est pas due à un réflexe sur la motricité du côlon. Une hernie épigastrique a pu entraîner une diarrhée chronique abondante (observation de Farrar Cobb).

La *diarrhée des affections pelviennes* non intestinales est réflexe aussi; on a vu des diarrhées guérir à la suite de la cure d'une salpingite. Rappelons que les *hémorroïdaires*, en dehors des glaires d'une rectite possible, sont parfois sujets à la diarrhée (Pougel).

Rappelons aussi parmi les diarrhées réflexes, les *diarrhées anaphylactiques* en attendant qu'elles soient mieux individualisées. Pour F. Aubert, certaines diarrhées semblent ressortir à une anaphylaxie alimentaire chronique. Il s'agit parfois de malades asthmatiques ou migraineux et on a pu chez eux retrouver les stigmates du choc hémoclasique. Il s'agirait probablement d'une anaphylaxie locale du tube digestif à rapprocher des œdèmes buccaux chez certains malades sensibles à un aliment ou un médicament déterminé. Le lait, les œufs sont le plus souvent en cause. Bensaude a connu un cas attribuable à la viande de veau. Il est possible d'observer une crise diarrhéique accompagnée d'une migraine ou lui succéder. Certains asthmatiques sont sujets à des poussées diarrhéiques (diarrhées vagotoniques).

Le cas des diarrhées anaphylactiques est encore mal délimité. Pour certains auteurs, on pourrait y faire rentrer non seulement des diarrhées passagères purement fonctionnelles, mais aussi de véritables colites; Hollander a rapporté 5 cas de colite anaphylactique avec une muqueuse sigmoïdienne rouge, recouverte de fausses membranes saignotantes. Les tests dermiques incriminèrent divers aliments (lait, jaune d'œuf, etc...) dont la suppression aurait amené la guérison des malades.

Signalons les *diarrhées tabagiques* que nous n'avons pas rangées parmi les diarrhées toxiques, car elles ne sont pas dues à des lésions intestinales mais s'expliqueraient par un trouble du sympathique abdominal. On les observe chez de gros fumeurs, ou chez les ouvrières des manufactures (Pla).

La *cocaïnomanie* entraîne parfois de la diarrhée.

Nous rapprochons des diarrhées réflexes les *diarrhées émotives* qui n'ont pas besoin d'être décrites.

Certains sujets nerveux y sont particulièrement prédisposés. On se souviendra de l'influence des réactions psychiques sur le fonctionnement intestinal quand on se rappelera que les émotions peuvent aussi bien arrêter un flux diarrhéique (J. Ch. Roux) que le provoquer.

Voisines des diarrhées émotives sont les *diarrhées des obsédés*. Certains sujets sont de véritables phobiques et la seule crainte d'une fâcheuse éventualité la provoque. C'est là un cercle vicieux; il se crée parfois une véritable diarrhée chronique qui est une *diarrhée d'éducation* (Déjerine et Gauckler).

Parmi les *maladies nerveuses* pouvant entraîner la diarrhée, il faut mettre le tabès au premier plan.

Les *diarrhées tabétiques* ne comprennent pas seulement des accidents paroxystiques rentrant dans le cadre des crises viscérales du tabes, crises que Loeper a classées en crises entéralgiques simples, crises cholériformes et crises entéralgiques. Il y a aussi une diarrhée tabétique chronique. C'est une manifestation pré-axatique (Charcot et Vulpian, Fournier, Vivier). Son diagnostic peut donc être très délicat. Elle n'a d'ailleurs que peu de caractères propres; si elle est indolore et survient sans cause occasionnelle, elle a, d'autre part, une longue durée; elle est rebelle à la thérapeutique habituelle. Certains cas évoluent de façon capricieuse et intermittente, et d'autres de façon continue.

Dans le groupe des diarrhées nerveuses il faut faire une place à la *diarrhée basedowienne*. C'est parfois un symptôme des plus importants du goître exophtalmique. C'est habituellement une diarrhée séreuse, continuelle, indolore, de deux ou trois selles par jour. Mais d'autres fois elle est beaucoup plus marquée, intense, épuisant la malade. On peut l'observer dans des cas assez frustes, en particulier au moment de la ménopause, et elle coexiste souvent avec les sueurs, les palpitations, les bouffées de chaleur. On sait qu'un pareil ensemble symptomatique doit faire rechercher les signes cardinaux de la maladie. Il ne faut pas confondre la diarrhée de la maladie de Basedow avec les crises entéralgiques qui peuvent aussi s'observer au cours de cette maladie.

Au point de vue coprologique les diarrhées nerveuses sont le plus souvent des diarrhées uniquement motrices par hyperkinésie c'est-à-dire que les selles sont trop rapidement évacuées à partir du côlon moyen, du cæco-ascendant (selle cæcale) ou même de la fin du grêle. Il suffit de se rappeler l'état du chyme normal dans ces régions du tube intestinal. D'une façon générale ce sont des selles encore pâteuses, à odeur fade ou butyrique, d'une couleur encore claire, renfermant de la bilirubine, de la cellulose, de l'amidon, des germes iodophiles.

F. Diarrhées difficiles a classer. — Ce groupe est évidemment un groupe d'attente. Reconnaissons que c'est un chaos. Cela tient à ce qu'il comprend bien des diarrhées dont la pathogénie est mixte. Cependant ce sont presque toutes des diarrhées fonctionnelles, et c'est pourquoi elles rentrent dans le même cadre général que les autres diarrhées dyspeptiques ou nerveuses.

a. *Sprue*. — Et pourtant dès maintenant voici une affection qui ne semble pas uniquement fonctionnelle. N'a-t-on pas noté des ulcérations de la fin du grêle ainsi que du côlon à l'autopsie des malades morts de sprue? N'a-t-on pas décrit des lésions de rectite? En réalité ces lésions sont secondaires, tardives; il semble même que souvent on a pu comprendre sous le nom de « diarrhée chronique des pays chauds » des cas d'amibiase chronique, confusion explicable par la méconnaissance pendant longtemps des amibiases uniquement diarrhéiques sans phénomènes procto-sigmoïdiens ou sans poussées aiguës. N'emploie-t-on pas en Extrême-Orient dans le langage commun l'expression fâcheuse de « cochinchinite » pour désigner la dysentérie qui n'a rien à voir avec la diarrhée de Cochinchine? Il est certain cependant que la sprue ou diarrhée de Cochinchine lèse la muqueuse intestinale, mais il semble que pendant longtemps les troubles sont surtout fonctionnels.

Cette maladie que l'on a décrite d'abord en Amérique Centrale (Bickwell, Hillary), puis en Extrême-Orient (Girard de la Barcerie, Layet) semble répandue dans de nombreuses régions du globe. On l'a identifiée avec la plupart des cas de « *diarrhée chronique des pays chauds* » (Le Dantec). On l'observe enfin en Europe et même dans des régions froides. Son étiologie a été fort discutée et sa pathogénie n'est pas encore certainement éclaircie. Certains auteurs avaient incriminé des parasites tels que *Strongyloïdes Intestinalis* (Normand). Le Dantec a eu le mérite de mettre en valeur l'importance des fermentations intestinales dans cette maladie et incriminait un bacille paralactique. D'autres auteurs attribuent un rôle important aux carences alimentaires. L'attention a également été attirée par les champignons trouvés dans les selles de sprue par Kohlbrugge, Castellani à Ceylan, Ashford. Ce dernier a isolé *Monilia Psilosis*. Certains travaux ont jusqu'ici confirmé le rôle pathogène de ce champignon qui non seulement a été retrouvé par d'autres auteurs, mais pourrait reproduire la maladie chez l'animal, à l'exclusion d'autres espèces de Monilia (Wald, Smith). La réaction de fixation du complément à partir de ce parasite, aurait été trouvée positive 61 fois sur 68 cas par Carles Michel. Malgré ces travaux on ne doit pas accuser uniquement la Monilia. Ashford lui-même admet qu'il faut associer d'autres facteurs : une insuffisance glandulaire générale due à une mauvaise hygiène et une carence de vitamines.

Au point de vue clinique la sprue est une diarrhée chronique interminable, tenace, abondante. Le début est généralement insidieux, progressif, accompagné d'une série de troubles dyspeptiques : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée bilieuse... A la phase d'état c'est une diarrhée accompagnée d'une très grande production de gaz et de signes spéciaux qui méritent une mention particulière : des lésions buccales, une atteinte sérieuse de l'état général. Les lésions buccales sont des érosions analogues à des aphtes et pouvant intéresser toute la cavité bucco-pharyngée mais restant longtemps discrètes. L'atteinte générale de l'organisme se traduit

non seulement par la fatigue, l'amaigrissement, les crampes musculaires, mais aussi par une anémie qui peut prendre le type pernicieux et sur laquelle on a récemment attiré l'attention. A la longue s'établit une véritable cachexie. Le visage prend une pigmentation gris brun; il y a de la dysphagie due aux ulcérations buccales devenues douloureuses; le foie peut s'atrophier. Antoine a rapporté récemment trois cas de sprue parvenus à cet état de cachexie avec anémie pernicieuse, et qui pourtant ont guéri facilement. Baumgartner et Smith ont vu aussi des anémies graves chez des malades atteints de sprue. Ils ont également observé des cas de tétanie, et de l'anachlorhydrie dans la moitié de leurs observations.

La coprologie fournit dans la diarrhée de Cochinchine un important renseignement; c'est en général une diarrhée graisseuse c'est-à-dire que les selles sont très abondantes, pâteuses, jaunâtres ou grisâtres, grasses. Elles peuvent contenir jusqu'à 50 p. 100 de graisses; mais ce sont surtout des acides gras; en effet ce sont également des selles de fermentation. Nous verrons plus loin les conclusions thérapeutiques qu'il faut en tirer.

b. *Divers.* — Les *crises diarrhéiques des aortiques* sont caractérisées par un besoin brusque, impérieux, nocturne ou matinal, aboutissant à une selle liquide mousseuse, presque sans matières, se répétant plusieurs fois en vingt-quatre heures. Ces crises doivent-elles être classées parmi les diarrhées nerveuses puisqu'elles semblent conditionnées par une névrite? Mais s'il faut les considérer comme un véritable œdème aigu de l'intestin comme le veut Teissier il y a là un facteur mécanique.

C'est aussi et surtout un *facteur mécanique* qui explique la diarrhée des *hypertensions portales.* Monges (de Marseille) a montré qu'une diarrhée abondante, indolore, caractérisée seulement par la dilution anormale des matières peut être un signe précoce d'hypertension portale. Une diarrhée analogue peut s'observer dans les syndromes de rétention chlorurée (Widal).

Mécanique aussi apparaît la diarrhée des asystoliques, surtout des mitraux (Frouin, Faroy, Lian). Si la décompensation cardiaque est encore peu marquée les troubles gastro-intestinaux peuvent être au premier plan. Mais un examen attentif accuse le cœur. Germain Sée avait dit : « Le malade est entré dyspeptique dans votre cabinet, il en sort cardiaque ».

La *diarrhée du lait* est attribuée pour certains auteurs à une dyspepsie du grêle. L'insuffisance de la lactase du grêle ne permet pas le dédoublement de tout le lactose du lait; il devient la proie des microbes qui le transforment en acide lactique. Celui-ci à son tour donne des acides gras volatils irritants pour le gros intestin. Mais il est certainement de nombreux cas où la diarrhée du lait est d'ordre anaphylactique.

Nous n'avons pas fait un chapitre de *diarrhées d'origine hépatique.* C'est qu'il engloberait en effet des cas bien différents tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique. Au cours des affections hépato-biliaires on peut observer :

— des diarrhées toxiques, celles de l'insuffisance hépatique;

— des diarrhées mécaniques; nous avons cité déjà les diarrhées des hypertensions portales;

— des diarrhées par arrêt de la bile que nous avons vues avec les diarrhées graisseuses;

— des diarrhées par écoulement exagéré de la bile. Comme nous avons rangé parmi les diarrhées réflexes la diarrhée prandiale des biliaires il ne reste donc plus à citer que la diarrhée de la maladie de Hanot.

Parmi les cas exceptionnels relevons encore la diarrhée qui survient à la phase ultime de la *maladie d'Addison* et qui serait due à des troubles sympathiques; la *diarrhée de la pellagre.* Dans la pellagre la diarrhée alterne longtemps avec des phases de constipation, mais dans les cas graves elle devient continue, incoercible, séreuse. Rappelons que d'autre part la maladie se manifeste par une érythrodermie des régions découvertes, de l'atonie gastrique, une paraparésie spasmodique, de la dépression psychique pouvant aller jusqu'aux idées de suicide. L'affection a tendance à évoluer par poussées hivernales.

* * *

On voit combien de diarrhées sont difficiles à classer dans telle ou telle division. Mais ce n'est pas seulement une question de classification; le diagnostic lui-même est parfois épineux, voire impossible. Il y a des cas mixtes, invétérés, compliqués. Il y a des cas incertains où il y a à la fois excès de putréfactions et excès de fermentations. Il y a des sujets qui ont depuis des années plusieurs selles diarrhéiques par jour et sans aucun retentissement sur l'état général, et on parle de *diarrhée constitutionnelle.* Il y a même des cas graves où aucun examen ne donne la clef et on reste totalement impuissant si la thérapeutique symptomatique ne suffit pas.

* * *

VI. **Thérapeutique générale.** — Avant d'étudier le traitement étiologique des diarrhées qui doit envisager des cas si variés nous allons essayer de dégager les règles générales de thérapeutique symptomatique que l'on peut appliquer à beaucoup de diarrhées. Rappelons que toutes les diarrhées ne sont pas à juguler; il y a des diarrhées à respecter telles les diarrhées urémiques et asystoliques.

1° **Diététique.** — Cette réserve faite quelle est la *diététique* que nous allons conseiller à ces malades? Tenons compte tout d'abord d'un facteur très important, c'est celui de l'*expérience propre des sujets* qui sont parfois capables de préciser les aliments qui leur sont nocifs et ceux qu'ils digèrent. Un des meilleurs exemples de ces *susceptibilités individuelles* c'est celui du lait. Ne nous privons pas d'emblée des ressources que peut nous donner le lait chez nos entéritiques. Avant de le proscrire, essayons-le; on est heureux de constater qu'il est parfois remarquablement toléré.

Chez d'autres, au contraire, le lait va aggraver la diarrhée, mais on peut l'essayer sous d'autres formes; les potages au lait et les bouillies lactées (avec ou sans maltage) donnent souvent de bons résultats. Chez les malades qui sont moins tolérants, les laits fermentés : lait caillé, Yogourth, Kéfir n° 3 sont légèrement constipants. Il y a enfin un petit nombre de malades chez lesquels tous les aliments lactés sont à rejeter.

C'est par tâtonnements également qu'on essaye les *œufs* très frais et peu cuits.

Ce que nous avons vu des fermentations intestinales fait comprendre que la question des *hydrates de carbone* est également très délicate. On a signalé des cas où une diarrhée par fermentation avait pu succéder à un abus d'hydrates de carbone. Aussi faut-il écarter dans la prescription de ceux-ci, les légumes dont l'écorce est cellulosique, épaisse et en somme indigeste. Conseillons, au contraire, les légumes décortiqués ou les farines, mais même sous ces formes les légumineuses peuvent être nocives. Le pain qui est si souvent pris en quantité excessive est lui aussi à déconseiller, il peut être remplacé par du pain grillé ou par des biscottes.

Par contre, on peut faire appel à la série des céréales : riz, orge, avoine, froment, dont on trouve dans le commerce de bonnes préparations farineuses. De même il est rare que les *pâtes alimentaires* sans œufs, et bien cuites, que les pommes de terre bouillies ou au four donnent des mécomptes.

La question de la *viande* a été, elle aussi, bien remaniée. Elle a été longtemps proscrite de tout régime entéritique. Trousseau, dans ses Cliniques sur les diarrhées, avait cependant réagi en montrant combien la viande peu cuite était bien supportée dans des diarrhées rebelles et très graves. Il avait même obtenu des guérisons en substituant la viande au régime lacto-végétarien. Il est probable qu'il avait eu affaire à des diarrhées par fermentation. Plusieurs auteurs modernes ont, en effet, conseillé le régime albuminoïde strict dans ce type de diarrhée.

Le Dantec a guéri, par ce moyen des malades atteints de sprue et presque cachectiques. Ce n'est pas à dire qu'il faut s'adresser systématiquement à la viande pour guérir les entéritiques. Mais on doit se souvenir qu'elle peut être souvent mieux tolérée qu'on ne s'y attendrait. Le bœuf, le cheval, le poulet et parfois le veau, peuvent être essayés grillés ou rôtis. Les viandes en sauces et les viandes grasses doivent, par contre, être sévèrement proscrites. En ce qui concerne les *poissons*, il faut ordonner les poissons maigres et les poissons de rivière.

Les *graisses* sont d'autant mieux tolérées que leur point de fusion est plus bas. Le lard ainsi que le beurre cuit sont à rejeter, tandis que l'huile d'olive et le beurre frais peuvent être pris en quantité modérée.

Comme desserts : des entremets de riz, de maïs, d'arrow-root, toute la gamme des fromages blancs, mais pas de fromages fermentés. Les fruits crus ne seront pas conseillés sauf la banane et le raisin. Les compotes, les confitures et surtout les gelées sont excellentes, surtout celles de myrtilles, de coings, de barbadine. Il est devenu très facile de se procurer de la gelée et de la pâte de goyaves qui constituent contre le dévoiement une médication utile et exquise.

Il faut enfin se rappeler en prescrivant ce régime que « tout régime quel qu'il soit, s'il est trop exclusif, est un régime carencé qui manque de tel ou tel produit indispensable à la nutrition et qui cause à la la longue divers troubles par défaut » (Carnot). C'est en grande partie aux régimes de carence que l'on attribue le développement de la tuberculose qu'on observe parfois chez d'anciens entérocolitiques (Sergent).

D'autre part, il est bien connu que ces régimes exclusifs fatiguent les malades et nuisent à leur appétit. Ce dernier point ne doit pas être perdu de vue car les entéritiques sont souvent des inappétents dont il faut relever l'appétit plutôt que de gros mangeurs à qui il faut conseiller la frugalité. C'est au médecin à éviter une ordonnance trop sèche, et à la compléter de vive voix; il fera appel à ses connaissances de cuisine ou plutôt de gastrotechnie, selon l'heureux néologisme de Pozerski. Pour que le malade accepte de vivre avec son régime il faut lui montrer combien, entre ses limites, ses possibilités sont vastes.

2° **Médicaments antidiarrhéiques.** — En dehors des régimes et des médications qui s'adressent à la cause nous avons à notre disposition un certain nombre de médicaments qui s'adressent au symptôme diarrhée; ce sont des agents dont certains sont actifs, mais dont nous ne devons pas abuser car leur action est momentanée et ne s'adresse souvent pas à la cause. C'est ainsi qu'il ne faut pas abuser de l'*opium* qui, sous toutes ses formes, donne un résultat très rapide. On le prescrit généralement sous la forme de poudre d'opium ou d'extrait thébaïque ou de laudanum de Sydenham dont II à III gouttes, une demi-heure avant chaque repas, préviennent les diarrhées post-prandiales : l'élixir parégorique à la dose d'une cuillerée à café est un remède classique contre les diarrhées avec coliques.

Le *bismuth* peut être donné sous forme de carbonate, de sous-nitrate, de salicylate, de naphtolate ou de sous-gallate (dermatol) : topique, absorbant, calmant, il a également une action anti-acide, donc anti-fermentescible et anti-parasitaire. Il est également anti-putride. Bensaude, Cain et Oury ont montré que le sous-nitrate de bismuth pouvait à doses élevées et prolongées donner de la céphalée; mais, c'est là un fait peu fréquent qu'on n'observe pas avec les doses antidiarrhéiques ; il suffirait alors de remplacer le sous-nitrate par le carbonate. Le *poudrage de l'intestin* peut être réalisé aussi par le kaolin dont les grains très fins ont un grand pouvoir d'adsorption; il fixe les toxines et inhibe la flore protéolytique. Antoine et Rolland associent le carbonate de bismuth et le kaolin à l'hydrate de magnésie, anti-acide. On donne volontiers le *charbon* lorsque les gaz sont abondants. On prescrit de préférence le charbon animal (charbon de sang en particulier qui est très adsorbant). Le *tanin*, sous toutes ses formes : tanin en poudre, tanigène, ratanhia peut donner quelquefois satisfaction. La

salicaire aussi est astringente. L'*argent* colloïdal et les sels d'argent sont antiseptiques.

La thérapeutique des diarrhées par les *bacilles lactiques* à la suite des recherches de Metchnikoff et Tissier a eu et a encore beaucoup d'adeptes. On ne saurait trop recommander l'emploi des cultures liquides fraîches dont il existe plusieurs formes spécialisées (bulgarine, biolactyl, etc...) et qui se prescrivent généralement à la dose de 4 à 6 verres à madère pro die.

Dans ces dernières années, de nouveaux agents sont entrés dans l'arsenal médicamenteux anti-diarrhéique. C'est ainsi qu'on recommande l'*oxyde de zinc* sous la forme de pilules glutinisées ou kératinisées à 20 centigrammes, 10 à 12 par jour; il supprime l'action péristaltogène des liquides d'hypersécrétion intestinale, liquides qui sont putrescibles, irritants et toxiques. On a préconisé aussi l'oxyde de zinc en pansements recto-sigmoïdiens.

On obtient une action rapide dans certaines diarrhées abondantes, comme on en voit chez les tuberculeux, par les injections intraveineuses de *chlorure de calcium* en solution concentrée (Rist, Ameuille et Ravina, auteurs américains). On s'est demandé si on ne remédiait pas ainsi à l'hypocalcémie que l'on a pu constater au cours de certains états entéritiques. Le chlorure de calcium nécrose profondément les tissus si la moindre goutte se perd hors de la veine; aussi a-t-on proposé de lui substituer le *gluconate de calcium*. Perrin et Parisot, Pernet ont obtenu d'excellents résultats.

Il faut réserver dans la thérapeutique symptomatique des diarrhées une place importante à l'*arsenic organique par voie buccale*. En dehors de tout effet spécifique sur une parasitose, ces arsénicaux exercent une action heureuse et souvent rapide dans de nombreux cas de diarrhée. Le mode d'action n'est pas élucidé; mais les résultats quoique assez temporaires sont quelquefois remarquables. On utilise souvent le *stovarsol* à la dose de 2 à 4 comprimés de 25 centigrammes pro die. Mais nous avons employé aussi avec succès l'arsénobenzol en comprimés de 0.10 (sanluol) et le novarsénobenzol en capsules glutinisées de 0.10 (narsénol) en donnant de l'un ou de l'autre 30 ou 40 centigrammes par vingt-quatre heures.

3° **Traitement physique et hydrominéral.** — C'est à Plombières, à Châtel-Guyon, à Vichy qu'on envoie certains entéro-colitiques. Mais la cure thermale ne peut donner de succès que si le régime peut être rigoureusement suivi et l'on sait la difficulté qu'il y a à obtenir des régimes convenables dans la plupart des hôtels. C'est pourquoi il vaut souvent mieux envoyer les malades dans une maison de santé.

Les cures d'altitude, les climats sédatifs peuvent avoir une heureuse influence. La psychothérapie est indiquée chez les anxieux, les déprimés, les découragés ainsi que chez les femmes nerveuses.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JUIN 1930)

Présentation. — M. d'Arsonval présente une ampoule à rayons X du type Coolidge fonctionnant sur la tension de 400.000 volts.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1930)

Notice nécrologique. — M. Vallée lit une notice sur M. Louis Neumann (de Saint-Jean-de-Luz), associé national depuis 1914, récemment décédé.

La tuberculose pulmonaire du cheval. — MM. Gabriel Petit et Philippe Kfouri apportent le résultat de l'autopsie et l'observation de sept chevaux dans le poumon desquels, suivant la technique qui leur est personnelle, des bacilles tuberculeux ont été directement introduits à la sonde.

Il se développe lentement une tuberculose pulmonaire du type clinique humain, sans aucune tendance à la généralisation, permettant les plus intéressantes constatations expérimentales, notamment en ce qui concerne les propriétés acquises du sérum.

Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale. — MM. Henri Claude, Cossa et Garand. Les résultats éloignés de la malariathérapie sont peu connus car cette thérapeutique est de date récente, et il est souvent difficile de suivre les malades pendant plusieurs années. Les auteurs ont pu cependant rassembler 277 observations de malades traités depuis une période de plus de cinq ans. Sur ces 277 cas ils ont constaté que 58 sujets ont depuis un temps variant de deux ans à cinq ans après l'impaludation repris une activité sociale et professionnelle normale. Ainsi, 20,58 p. 100 de malades traités par l'impaludation ont obtenu une rémission prolongée équivalant à une guérison. Il est bien entendu que cet heureux résultat est dû également au traitement chimique employé d'une façon régulière après l'impaludation. La plupart de ces malades ont conservé néanmoins dans leur liquide céphalo-rachidien quelques caractères anormaux, notamment l'albumine et un Bordet-Wassermann assez positif. Chez quelques sujets, toutefois, le liquide céphalo-rachidien est redevenu absolument normal. Il n'y a donc pas de relation absolue entre la constitution du liquide céphalo-rachidien et l'état psychique des sujets. Les auteurs ont vu le liquide céphalo-rachidien redevenir normal chez des paralytiques généraux qui ont eu des rechutes graves ou ont même succombé à la maladie.

La proportion de rémissions prolongées équivalant à une guérison mais nécessitant toutefois une surveillance thérapeutique, comme chez tous les syphilitiques d'ailleurs, prouve bien l'utilité de l'emploi précoce de la malariathérapie. Il est d'autant plus regrettable que des centres de malariathérapie n'aient pas encore été créés, conformément au vœu formulé par l'Académie de médecine il y a un an afin de donner satisfaction aux réclamations des médecins des diverses régions de la France.

Considérations sur les corps étrangers méconnus intrabronchiques et sur le traitement bronchoscopique des suppurations broncho-pulmonaires. — MM. Léon Bernard et A. Soulas rapportent trois observations de corps étrangers méconnus intrabronchiques à la suite desquels se sont

développées des dilatations bronchiques. Ils insistent sur leur relative fréquence, sur la nécessité de leur recherche systématique, ainsi que sur la conduite à suivre, maintenant que la bronchoscopie devient une méthode de pratique courante.

Les auteurs pensent que ce sont, non pas des abcès pulmonaires, mais des dilatations bronchiques, qui constituent la complication suppurée habituelle des corps étrangers latents des bronches. Or, contrairement à la croyance établie, ces suppurations ne sont pas toujours curables par le traitement bronchoscopique. Leur pronostic bronchoscopique se confond en effet avec celui des suppurations broncho-pulmonaires en général. Parmi celles-ci, une discrimination très nette doit être établie :

Les dilatations bronchiques précocement traitées, cylindriques, limitées, ont un pronostic favorable, et les auteurs les rapprochent du groupe des abcès aigus ou chroniques récents pour lesquels la guérison est de règle.

Les dilatations anciennes, ampullaires, sont au contraire à rapprocher des vieux abcès chroniques et des suppurations diffuses pour lesquelles le résultat n'est guère que palliatif. Des projections radiographiques de ces deux groupes de suppurations confirment cette conception des faits et montrent les résultats qu'on peut obtenir. MM. Léon Bernard et A. Soulas indiquent enfin, à l'aide de dessins animés, le mode de traitement et les différentes manœuvres endoscopiques qui conviennent à ces deux catégories de malades, en faisant observer que la bronchoscopie, contre-indications exceptées, est une aide indispensable qui n'est, entre des mains expertes, ni dangereuse, ni traumatisante, à condition que l'instrumentation et la technique soient impeccables.

Spiroscopie. — M. Pescher étudie la diminution de la capacité respiratoire vitale dans les bronchites chroniques, dans l'emphysème et dans l'asthme.

Il apporte une nouvelle contribution à l'étude de la méthode spiroscopique. Il démontre que c'est une méthode de douceur et de précision qui doit entraîner les malades sans les fatiguer.

De la pathogénie de la dysentérie bacillaire. — M. Violle. Le B. de Shiga inoculé dans la paroi intestinale d'animaux de laboratoire (lapin) n'est pathogène pour ces animaux que lorsqu'il est inoculé par la voie intraveineuse. On peut les vacciner par cette méthode en leur injectant des doses faibles en une seule fois. La paroi intestinale (sous-muqueuse) est un lieu d'attrait pour le B. de la dysentérie et en même temps un lieu de destruction de ce même bacille. Ces faits intéressants pourront peut-être être le prélude d'expériences chez l'homme. Dans le cas d'intervention chirurgicale sur l'intestin on pourrait, par mesure de sécurité, et pour éviter diverses infections, injecter dans l'épaisseur de la paroi un vaccin approprié.

Greffe du cancer humain au chimpanzé. — M. Jean Troisier, après plusieurs expériences négatives, a pu réaliser la greffe du cancer humain au chimpanzé en partant du mélanome de l'œil. Plus de deux mois après l'inoculation dans le tissu cellulaire de l'orbite, il a pu retrouver *in situ* une tumeur noirâtre de 16 millimètres environ de longueur faisant corps avec le tissu connectif. L'examen histologique du greffon a permis de retrouver les caractéristiques du mélanome inoculé, les éléments cellulaires étaient en pleine vitalité, avec leurs noyaux intacts et leurs inclusions de mélanine non modifiées. Les vaisseaux du néoplasme étaient indemnes et il n'y avait aucune réaction lympho-conjonctive de voisinage.

De plus, on peut reconnaître une dissémination locale des cellules néoplasiques dans le tissu conjonctif de voisinage, mais il n'y a pas de métastases.

Il est donc difficile d'admettre sans restriction qu'il a été inoculé une maladie cancéreuse à l'anthropoïde, mais on peut accepter, par contre, sans conteste que la greffe hétéroplastique des cellules néoplasiques humaines a été réussie chez le chimpanzé ; c'est en ce sens que l'on peut dire que le mélanome de l'homme peut passer au chimpanzé.

Tremblement clonique des paupières pendant leur occlusion dans l'encéphalite épidémique. — M. C. T. Manthos (de Salonique).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

LÉSIONS ANCIENNES

On sait que la Cour de cassation étend d'une façon très large la définition de l'accident du travail. Le principe visé par elle est qu'il n'est pas nécessaire que le travail soit la cause unique et exclusive de la lésion survenue à l'ouvrier, il suffit qu'il en ait été l'occasion ; ainsi lorsque, au cours d'un travail pénible, s'est révélée chez l'ouvrier une arthrite tuberculeuse existant à l'état latent, cette lésion dont le travail a été l'occasion est un accident du travail (Cass., 18 nov. 1929, *Gaz. Pal.*, 1929, 2, 965).

Dans un arrêt récent en date du 11 février 1930, la Cour suprême a décidé que « toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considéré comme résultant d'un accident au sens de la loi du 9 avril 1898. »

La situation de fait se présentait de la manière suivante : B..., ouvrier rogneur au service de la Société des papeteries Sirven, déclara que, le 21 janvier 1926, au moment où il soulevait un plateau de papier de 40 kilogrammes environ pour le placer sur la rogneuse, il avait ressenti à l'articulation du poignet droit une si vive douleur qu'il avait dû abandonner son travail. Il assigna le chef d'entreprises en paiement des indemnités et rentes prévues par la loi du 9 avril 1898 en raison de l'incapacité permanente et partielle dont il avait été atteint en conséquence de la lésion subie.

Le Tribunal et la Cour d'appel, qui avaient été saisis de l'instance, refusèrent à B... le bénéfice des dispositions de la loi du 9 avril 1898, motif pris de ce que, d'une part, « rien dans le récit et les explications de la prétendue victime, ni dans les déclarations des témoins..., ne permet de discerner l'événement violent et étranger au travail normal qui, dans l'espèce, constituerait l'accident », les médecins eux-mêmes ne le considérant pas comme absolument établi et ayant réservé la question de sa réalisation matérielle ; — et de ce que, d'autre part, « les lésions anciennes du poignet de B..., constatées plusieurs années avant le 21 janvier 1926, permettent de supposer qu'on se trouve en présence d'une manifestation nouvelle d'un état morbide ancien et indépendant de l'accident allégué » dont au surplus, ajoutait-on, B... ne rapportait pas la preuve qui lui incombait.

La Cour de cassation a considéré que la Cour d'appel, comme le Tribunal, s'étaient expliqués dans leurs décisions d'une manière insuffisante, étant donné le principe qu'elle a posé et que nous avons rappelé ci-dessus. Elle dit :

« Mais attendu que l'arrêt attaqué ne contestant pas les précisions données par cet ouvrier sur les conditions dans lesquelles il avait été atteint, au cours de son travail, de la lésion dont il se plaint, il appartenait aux juges du fond, pour lui refuser le bénéfice de la loi du 9 avril 1898, de rechercher et de dire d'une façon positive si la lésion était uniquement due à l'état morbide de B..., abstraction faite de toute cause extérieure, ce qui eût été exclusif de tout accident; qu'à cet égard les constatations de l'arrêt, imprécises et dubitatives, ne permettent pas à la Cour de cassation de contrôler si le travail, sans avoir été la cause de l'accident, n'en a pas été du moins l'occasion. »

Et la Cour suprême, estimant que la décision de la Cour d'appel n'était pas légalement justifiée, a cassé cette décision. Le principe est ainsi nettement posé : il suffit que la lésion dont se plaint la victime ait un rapport quelconque avec le travail, pour la loi du 9 avril 1898. Si ce rapport existe, l'ouvrier a droit au bénéfice de cette dernière.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

J'en appelle au monde civilisé (1). Lettre ouverte aux membres de la S. D. N., par G. Espé (de Metz) [général X...].

Dès la fin de la guerre pendant laquelle tant de non belligérants furent les victimes des bombes d'avion, des obus et même des gaz, on se préoccupa de rechercher les moyens de protection des civils contre les engins chimiques. On alla même plus loin, et nous n'avons pas oublié une conférence faite à Nancy par notre regretté ami le médecin inspecteur Georges sur la protection contre l'arme bactériologique.

Depuis, de nombreux travaux, des conférences, des congrès comme celui de Rome ont été consacrés à de semblables éventualités.

C'est la même préoccupation qui se montre dans le remarquable ouvrage que vient de publier un médecin général de l'armée sous le pseudonyme du docteur G. Espé (de Metz).

Dans ce livre, l'auteur, avec autant de générosité que de talent, essaie de convaincre le monde civilisé que les calamités publiques comme la guerre pourraient être évitées si les peuples se comprenaient mieux. Mais n'ayant, sans doute, pas grande confiance dans l'avenir de cette compréhension mutuelle, il envisage les procédés qui pourraient être employés pour mettre au moins les non belligérants, femmes, enfants, vieillards, à l'abri des gaz toxiques.

Pour cela il préconise, entre autres moyens, des « lieux de Genève », zones neutres, délimitées dès le temps de paix et qui, en cas d'hostilité, devraient être soustraits « à toutes fins, comme à tous buts, à tout objectif militaire ».

L'idée est réalisable, elle est aussi trop généreuse pour qu'on la laisse tomber dans l'eau.

Nous ne saurions trop recommander la lecture du livre de M. Espé (de Metz) à tous les confrères qui pensent qu'un jour peut-être nous aurons à subir une épreuve pire, à coup sûr, que celle de la grande guerre.

F. L. S.

Année médicale et pharmaceutique Palissier (2).

L'édition 1930 de l'*Année médicale et pharmaceutique Palissier* vient de paraître. Cet Annuaire de la médecine et de la pharmacie, extrêmement pratique et complet, donne tous les renseignements utiles sur Paris, les départements de la Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, ainsi que sur les facultés de médecine de Paris et de province et les stations thermales et climatiques.

L. G.

(1) In-8. — Prix : 12 fr. — R. Brumauld, éditeur, 101, rue de Charonne, Paris.

(2) Edité par les publications médicales M.-E. Palissier, 10, rue Versigny, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

N° 57. — MERCREDI 16 JUILLET 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 16 JUILLET 1930. — N° 57.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS.
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er juillet. — M. Aubry, 20.

M. Aubry est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le vendredi 24 octobre 1930, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 29 septembre au mercredi 8 octobre 1930 inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Florence, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur de chimie biologique et médicale à cette Faculté.

— Toulouse. — M. Tapie, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur d'anatomie pathologique à cette Faculté.

M. Riser, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur de neurologie et de psychiatrie à cette Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. R. Tesson, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Brin, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins en chef de 2e classe Hédérer et Mirguet; le médecin principal Mauran.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Bergot, Farges, Keraudren, Labillonne; les médecins de 1re classe de réserve Badin et Guermeur.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Reynal (de Tunisie).

Médaille de vermeil. — MM. les docteurs Parcy (de Marseille), Giudicelli (de Saint-Nazaire), Radby Farhat, Gérard et Durand (de Tunis), Crozes (de Fez).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Barbier (de Dunkerque), Blanc (de Carcassonne), Sigault (de Meknès), Brun (de Tunis), Goulley (de Sfax), Villain et Delastre (de Tunis), Mlle Langlais (de Meknès).

M. Allain, interne à l'hôpital de Tunis.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Sergent, Giroud et Blavier (de Paris), Haond et Chevalier-Joly (de Caluire), Chapelon (d'Oullins), Quinquandon (de Clermont-Ferrand), Viellemarette (de Bordeaux), Vaisse (de Marseille), Carré (de Tunis), Delamare (de Ber-Rechid, Maroc).

Mlles Vilhès, interne des hôpitaux de Rouen; Desbrousse, MM. Worms, Couder, internes des hôpitaux de Paris; Albessard, interne à l'hospice Paul-Brousse; Cluzet, interne des hôpitaux de Lyon; Barré, interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

MM. Ortéga Sava, Ganiere, Vannereau et Gilbert, externes des hôpitaux de Paris; Viala, externe des hôpitaux de Lyon; Souef, externe à l'Hôtel-Dieu de Rennes; Mlle Boullé, externe des hôpitaux de Montpellier.

GUERRE. — (Troupes coloniales. Réserve.) Sont promus : *Au grade de médecin colonel.* — MM. les médecins lieutenants-colonels Creignou, Martin, Jacquin.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Gauducheau, Wagon, Pin, Vaillant.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Bougenault, Casaux, Dubarry.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Philipon, Rolland, Michaut, Vielle, Guidon.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES. (LISBONNE, 15 au 23 octobre 1930.) — Ce Congrès se tiendra sous le haut patronage du président de la République et du gouvernement portugais.

L' « International Society of medical Hydrology », dont le siège est à Londres, fera coïncider sa Réunion annuelle avec celle du Congrès.

Le Congrès sera présidé par le professeur Egas Moniz, directeur de la Faculté de médecine de Lisbonne. Le secrétaire général en est le professeur Raposo de Magalhaës, 3, rue de Buenos-Aires, à Lisbonne.

Après le Congrès auront lieu deux excursions facultatives, l'une à Gerez et Caldelas, l'autre aux Açores et à Madère.

Les chemins de fer français, espagnols et portugais ont consenti en faveur des congressistes à une réduction de 50 p. 100.

D'autre part, un forfait sera probablement établi comprenant toutes les dépenses à partir de l'entrée en Portugal jusqu'au retour à la frontière du Portugal. Ce prix forfaitaire, comprenant les trajets par fer en Portugal, le séjour et la nourriture dans les hôtels et toutes les excursions ordinaires du Congrès (à l'exclusion des deux organisations facultatives), se fixera entre 1.000 et 1.200 fr.

Programme général. — Premier jour (15 octobre) : Séance solennelle d'ouverture du Congrès dans la salle de l'Académie des sciences de Lisbonne, présidée par son Excellence le Président de la République. — Présentation du répertoire des eaux minérales portugaises (Institut d'hydrologie et bureau des mines du ministère du Commerce).

Deuxième jour (16 octobre) : Séances le matin et l'après-midi. — Réception par le président du Congrès.

Troisième jour (17 octobre) : Séances le matin et l'après-midi. — Séance de clôture du Congrès. — Réception à l'Hôtel de Ville (camara municipal). — Soirée de gala.

Quatrième jour (18 octobre) : Excursion à Sintra et Estoril, déjeuner. — Matinée à Estoril. — Banquet à Lisbonne.

Cinquième jour (19 octobre) : Départ de Lisbonne pour Coimbra; visite facultative à Batalha; déjeuner à Coimbra; réception à l'Université et visite de la ville. — Départ de Coimbra pour Curia.

Sixième jour (20 octobre) : Visite de Curia, Luso et Bussaco; déjeuner à Bussaco. — Départ pour Porto; réception.

Septième jour (21 octobre) : Visite de Porto et ses environs; excursion à Entre-os-Rios. — Banquet.

Huitième jour (22 octobre) : Départ de Porto pour Vidago; déjeuner à Vidago. — Visite de Pedras Salgadas et Chaves. — Banquet et soirée à Vidago.

Neuvième jour (23 octobre) : Départ de Vigado pour Régoa. Les membres du Congrès qui retournent dans leur pays par chemin de fer suivent directement de Régoa à Medina; les autres regagnent Porto, soit pour prendre le bateau de l'excursion facultative aux Açores et Madeira, soit pour revenir par mer.

Inscription. — L'inscription des membres du Congrès devra être faite avant le 20 septembre 1930. Ceux qui désirent se faire inscrire comme membres titulaires devront remplir le bulletin qui leur sera envoyé à cet effet, en y mentionnant aussi les personnes de leur famille qu'ils désirent inscrire comme membres associés. Ce bulletin, accompagné du montant des cotisations, devra être envoyé au secrétariat général du Congrès, Faculté de médecine, Lisbonne.

Pour tous renseignements, écrire directement au secrétariat général du Congrès, Faculté de médecine, Lisbonne; au secrétaire général, professeur Raposo de Magalhaës, 3, rue de Buenos-Aires, Lisbonne; au professeur Hernani Barrosa, Faculté de médecine, Porto; et au professeur Maximino Correia, Faculté de médecine, Coimbra.

Nous rappelons que le bureau permanent des Congrès d'hydrologie est présidé par le docteur Durand-Fardel, et que son secrétaire général est le docteur Henri Flurin.

Jusqu'à nouvel ordre, et en l'absence de l'un et de l'autre, les confrères français sont priés de s'adresser, pour renseignements et inscriptions, au docteur Victor Gardette, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours de vacances de 1930*, sous la direction du professeur P. Carnot, des professeurs agrégés E. Chabrol et H. Bénard. — I. Premier cours (8-19 septembre 1930) : *Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.*

II. *Voyage d'études à Vichy* (les samedi 20 et dimanche 21 septembre). Voyage réservé aux auditeurs de l'un ou l'autre cours.

III. Deuxième cours (22 septembre-4 octobre) : *Gastro-entérologie.*

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours.

Sont admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à partir du 14 octobre 1930.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., à partir du 1er octobre 1930.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Trochon (de Paris).

LA RADIOTHÉRAPIE

DANS LES PÉRIVISCÉRITES DOULOUREUSES

Par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE.

Les agents physiques, en particulier le courant continu, les rayons infra-rouges, la diathermie, agissent favorablement sur les troubles fonctionnels qui se produisent parfois chez des malades antérieurement opérés pour des affections de l'estomac ou de l'intestin (état nauséeux, vomissements, crises douloureuses persistantes et rebelles, constipation, amaigrissement, etc...).

Dans un travail récent, l'un de nous a publié, avec Savignac et Morel-Khan (1), une statistique qui montre que l'on peut obtenir avec la diathermie 25 p. 100 de guérisons et une amélioration importante de 50 p. 100, en sorte qu'un très grand nombre de malades qui ont suivi ce traitement peuvent reprendre une vie à peu près normale.

Dans les cas réfractaires à ce traitement, nous avons pensé que la radiothérapie pouvait être utile en nous basant sur ce fait que l'irradiation des organes génitaux peut non seulement faire disparaître des adhérences (2), mais encore calmer les états inflammatoires et que, d'autre part, la radiothérapie peut prévenir la formation de certaines réactions inflammatoires ou fibreuses, dont un exemple est l'action préventive des rayons X sur la formation des ostéomes après luxation du coude.

Pour ces raisons, nous avons émis l'idée qu'il serait peut-être logique d'essayer la radiothérapie dans le traitement des adhérences des organes abdominaux et peut-être même de pratiquer après les interventions chirurgicales des irradiations préventives dans le but de s'opposer à la production des accollements (3).

C'est ce que nous avons fait, mais sur des échecs de la diathermie, et nous avons obtenu des résultats très satisfaisants par la radiothérapie moyennement pénétrante appliquée à dose moyenne de 400 R environ par séance (25 centimètres d'étincelles) ; par deux portes d'entrée, une sur la région douloureuse, une autre sur la région dorsale.

Chaque série a comporté environ 1600 R.

Cette technique que nous donnons à titre d'indication ne nous paraît pas du reste exclusive.

*
* *

Voici quelques observations résumées des cas que nous avons observés.

Observation I. — Mme B..., trente-quatre ans, vue le 4 janvier 1930.

Il y a trois ans, appendicectomie et ovariotomie droite.

Il y a dix-huit mois, ablation de l'ovaire gauche.

Depuis six mois, douleurs vives dans l'hypocondre gauche et la fosse iliaque, le soir, en position assise, et qui est dû vraisemblablement à des adhérences. Constipation. Pas de spasme colique. Pas de modifications du transit.

On fait 19 séances de diathermie sans résultat.

Radiothérapie 1200 R. en une série du 31 mars au 23 avril sur la région de l'hypocondre gauche et 1200 R. sur la région lombo-iliaque (5 millimètres aluminium, étincelle 25) 400 R. par séance.

En cours de série de rayons X, on ne note aucune modification.

La malade est revue le 23 mai 1930, elle dit être infiniment mieux et souffrir trois quarts moins qu'avant le traitement. La constipation n'a pas été modifiée.

Obs. II. — Mme L..., quarante et un ans, entrée le 21 février 1930.

Dyspeptique ancienne, coliques hépatiques, etc., cholécystotomie il y a quatre ans, appendicectomie récente. Continue à avoir des douleurs continuelles du côté droit du ventre, des sensations d'étirement de la region lombaire droite, de la constipation. Les douleurs paraissent dues à des adhérences.

Du 24 février au 29 mars, 13 séances de diathermie sans résultat.

Du 3 au 28 avril 1930, par séances de 400 R. on fait 1600 R. en avant sur la région du carrefour et 1600 R. en arrière sur la région rachidienne (8 aluminium, étincelle 25).

La malade est revue le 23 mai 1930. Les douleurs sont nettement atténuées dans la proportion de 50 p. 100. La constipation n'a pas été modifiée.

Obs. III. — Mme G..., trente et un ans, vue le 27 février 1930 pour périviscérite consécutive à une gastro-entérostomie (le 15 janvier 1929 pour ulcus pylorique) caractérisée par des crises très douloureuses survenant après les repas avec vomissements.

20 séances de diathermie échouent. Après 1200 R. sur la région épigastrique et sur la région dorso-lombaire, on note une légère atténuation des douleurs, elle vomit moins mais elle est toujours très constipée.

Le 31 mai, la malade est revue, elle déclare avoir été très améliorée par la radiothérapie, les vomissements sont considérablement diminués, les douleurs après les repas sont actuellement très rares. On constate que l'estomac se vide mieux. (Part à la campagne.)

Obs. IV. — Mme C..., quarante-neuf ans, est vue le 21 décembre 1928. On relève dans son histoire une opération pour fibrome en 1925. Elle a des séquelles douloureuses de gastro-entérostomie faite pour ulcus pylorique en décembre 1926. Elle éprouve des pesanteurs, du ballonnement, des renvois, l'eau lui vient à la bouche. Ces troubles vont en s'accentuant depuis trois ou quatre mois. On fait 12 séances de diathermie sans aucun succès. On essaie alors la radiothérapie. On fait 3600 R. par séance de 400 R. en avant sur la zone épigastrique et en arrière sur la région dorso-lombaire (filtre 5 aluminium, étincelle 25) du 14 mars au 16 août 1929. Cette dose a été répartie en trois séries.

La malade s'améliore peu à peu durant la radiothérapie. Nous la revoyons le 24 mai 1930. L'amélioration a été en progressant encore durant deux à trois mois puis est restée stationnaire. Actuellement, les douleurs sont diminuées de 50 p. 100. la malade a engraissé, les ballonnements, pesanteur, les renvois aqueux au réveil ont disparu. Nous conseillons une nouvelle série de 1200 R.

Obs. V. — Mme L..., opérée pour appendicite à Lille. Ensuite duodenojejunostomie pour stase duodénale due à un noyau de pancréatite chronique. On constate de la périduodénite et de la péricolite. On libère les adhérences.

Depuis la malade continue à souffrir beaucoup. On fait six séances de diathermie (novembre 29) et en décembre 2000 R. par porte sur la région épigastrique et sur la région dorsolombaire.

(1) *Journ. de radiol. et d'élcet.*, janv. 1930.
(2) Laquerrière, *Journ. de radiol. et d'élect.*, mai 1921.
(3) Delherm et Laquerrière. Rôle de la diathermie dans les affections douloureuses de l'abdomen. *Paris méd.*, 10 avril 1929.

La malade se sent un peu mieux, les douleurs sont un peu atténuées. Depuis elle n'a pas été revue.

Obs. VI. — Mme R... Vue le 30 avril 1929.
Opérée il y a deux ans pour salpingite gauche, ovariotomie, hystérectomie. Depuis douleurs constantes, contractures. Echec de la diathermie et des infrarouges. Souffre davantage après les séances de radiothérapie.

Obs. VII. — M. V. K..., trente et un ans.
Adhérences, post-opératoires.
A l'opération pas d'ulcus mais muqueuse duodénale malade. A la suite aucune amélioration. Réintervention : résection pylorique. Trois ans après le malade commence à souffrir à nouveau et très violemment de son estomac aussi bien à jeun qu'après les repas. Pas de vomissements, amaigrissement considérable.
On prescrit la radiothérapie sur la région opérée. 25 cm. E. E. 5 dist. foc. 25 cm.; loc. 10 × 11 deux champs, à gauche et à droite de la ligne médiane. 1600 R. par porte, deux séances par semaine 400 R. Aucun résultat.

Obs. VIII. — M. E. Emile, trente-deux ans.
Péripyrolite-épigastralgie. Déformation du bulbe duodénal sur des radiographies en série.
Douleurs constrictives au creux de l'estomac. Huit piqûres de mésothorium.
On lui prescrit la radiothérapie. E. E. 25cm. Dist. F. 2000 R. par champ. Séances de 500 R. deux par semaine.
Le malade se sent très amélioré. Les douleurs constrictives ont en grande partie disparu.

*
* *

En somme dans 8 cas, nous avons eu 1 aggravation, 1 échec, 1 légère amélioration.

Dans les autres cas il y a eu de très grosses améliorations des douleurs vives, des nausées, des vomissements que présentaient ces malades. Nous avons même pu enregistrer chez l'un d'eux un résultat qui se maintenait favorable neuf mois après.

Si l'on songe que l'état de ces malades les condamnait à une existence des plus précaires à cause de l'intensité et de la persistance des troubles fonctionnels qu'ils éprouvaient, on peut considérer que les résultats donnés par la radiothérapie dans cette série tout au moins, sont vraiment très encourageants.

*
* *

Comment expliquer l'action da la radiothérapie?...

1° On peut penser qu'elle agit sur l'inflammation du tissu conjonctif, peut-être même sur la lymphe qui devenue acide agit chimiquement sur les nerfs comme un caustique. Il n'est même pas impossible que cette sécrétion soit diminuée comme l'est celle de l'estomac soumis aux rayons X, ainsi que l'ont montré Salomon et Piot.

2° Sur les adhérences plus anciennes les rayons X peuvent agir comme ils le font sur le tissu cicatriciel et le tissu fibreux.

3° Les plexus sympathiques abdominaux sont aussi vraisemblablement très sensibles à l'action des rayons X, comme les autres parties du sympathique, ainsi que l'ont montré Gouin et Bienvenue, et aussi l'un de nous avec Beau.

Le sympathique d'après Ross et Head transmettrait le stimulus douloureux aux centres cérébro-spinaux. Comme l'articulation du sympathique et celle du système cérébro-spinal se fait au niveau des ganglions paravertébraux et dans la moelle au niveau du rachis par l'intermédiaire du tractus intermédio-latéral, nous pensons que l'irradiation de la région rachidienne comme nous l'avons pratiquée peut bloquer ces ganglions comme on le fait par une injection de novocaïne, suivant le procédé de Laewis employé en France par Sicard et Litchtwitz.

4° On peut estimer également que la partie du faisceau du rayon X qui s'amortit dans la peau, agit sur les projections locales cutanées des douleurs viscérales, sur les dermatomes, comme le font les injections antalgiques, suivant la pratique de Lemaire, qui d'après Sicard, inhiberaient les centres latéraux médullaires en agissant sur les dermatomes correspondants aux viscères malades. Ainsi feraient du reste les agents mécaniques et chimiques (solutions de cocaïne) et aussi les agents physiques qui en provoquant un choc local de nature sédative, annuleraient par voie centripète au niveau des centres sympathiques latéro-médullaires l'excitation irritative venue des viscères.

Pour conclure nous pensons qu'il y a lieu d'essayer la radiothérapie d'une façon précoce dans les périviscérites douloureuses, et sur les troubles fonctionnels dus aux causes pathologiques diverses du tractus gastro-intestinal et de lui associer la diathermie qui a fait ses preuves chez des malades qui sont souvent des laissés pour compte de la chirurgie et de la médecine.

XIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

PREMIÈRE QUESTION

LA NÉVROGLIE

Cette question avait été choisie comme sujet de la réunion neurologique, parce qu'elle intéresse à la fois les histologistes, à cause des difficultés techniques particulières que rencontre son étude, des artefacts auxquels elle expose, et des obscurités qui entourent encore l'histogénèse de certains des éléments de ce tissu; — les physiologistes, à cause de l'importance sans cesse grandissante que l'on est porté à attribuer aux cellules névrogliques dans la nutrition normale des cellules nerveuses et dans leur défense contre les processus morbides; — enfin les pathologistes à cause de la multiplicité des affections du système nerveux dans lesquelles la névroglie joue un rôle important, et dont le mystère étiologique demeure impénétrable.

Deux rapports ont été présentés sur cette question : l'un d'ordre général, de MM. G. Roussy, J. Lhermitte et Ch. Oberling, traitait de *la névroglie et ses réactions pathologiques*; l'autre, plus limité dans son sujet, sur *la microglie, conception histogénique, morphologique, physiologique et physiopathologique*, avait été confié à M. P. Del Rio Hortega (de Madrid), dont on connaît les travaux fondamentaux sur la question.

Association de la Presse médicale française.

Premier rapport.

La névroglie et ses réactions pathologiques.

MM. G. Roussy, J. Lhermitte et Ch. Oberling.

Illustré de 34 figures originales, terminé par une importante bibliographie, ce rapport constitue une mise au point précise et étendue des données classiques concernant la morphologie et la physiologie normales et pathologiques de la névroglie et des trois variétés de cellules que les méthodes de Cajal et de Golgi permettent de lui décrire : astrocytes de la macroglie, oligodendrocytes, et cellules de Hortega de la microglie. Seules, la névroglie du type épithélial, qui forme le revêtement des cavités épendymaires, et la névroglie périphérique, représentée, comme l'a montré Nageotte, par la gaine de Schwann, se trouvent éliminées de cette étude.

Les rapporteurs indiquent les différences qui existent entre les trois sortes de cellules de la névroglie. Les *astrocytes*, protoplasmiques ou fibrillaires, sont des cellules volumineuses munies de nombreux prolongements, dont les plus volumineux se fixent par des pieds d'insertion sur l'adventice des vaisseaux ou sur la membrane limitante externe; ce sont des éléments stables, résistants, qui prolifèrent facilement, mais qui se mobilisent rarement. Les *oligodendrocytes* (Hortega) sont de petits éléments dont le cytoplasme est sombre, le noyau vésiculeux est clair, et dont les prolongement fins et courts semblent se terminer librement autour des vaisseaux ou des fibres nerveuses sans adhérer aux adventices vasculaires. Ce sont des éléments fragiles, difficiles à bien fixer, qui semblent s'apparenter aux cellules de Schwann des nerfs périphériques et jouer, comme elles, un rôle dans les processus de myélinisation (Sacristin, Hortega). Ils sont très sensibles aux actions pathogènes. Enfin la *microglie* est composée d'éléments connus sous le nom de « cellules d'Hortega »; ces éléments se reconnaissent à leurs petites dimensions, à leur noyau sombre lymphocytoïde, à leur corps protoplasmique, généralement triangulaire, qui occupe les interstices ménagés par la structure de la région considérée, enfin à leur riche arborisation protoplasmique épineuse, dénuée de connexions vasculaires. Ces éléments sont, de toutes les cellules névrogliques, les plus aptes à se mobiliser et à phagocyter.

Malgré ces différences, les rapporteurs insistent sur les traits fondamentaux qui marquent la communauté d'origine et de fonctions de tous ces éléments. Tous sont d'origine ectodermique. Tous sont susceptibles de se mobiliser, de phagocyter, de devenir hématophages, de se charger de grains de bleu trypan en coloration vitale, de se transformer en corps granuleux. Sans doute, les oligodendrocytes et surtout les astrocytes témoignent, à cet égard, d'une activité bien moindre que les cellules d'Hortega; mais, si ces dernières interviennent seules dans les processus aigus, tous les éléments de la névroglie, même les astrocytes, entrent en jeu dans les processus dégénératifs ou résolutifs à évolution lente; c'est ce que démontrent les expériences faites par les rapporteurs qui ont appliqué, sur le cortex d'animaux d'expérience, des bacilles de Koch tués, des spores de champignon, du goudron et des émanations de radium. Il n'y a, à cet égard entre les diverses variétés cellulaires de la névroglie, que des différences de degré.

La constitution, les fonctions normales et les réactions pathologiques du tissu névroglique sont très comparables à celles du tissu conjonctif mésenchymateux. Les astrocytes jouent un rôle analogue à celui des fibrocytes. Les cellules d'Hortega sont assimilables aux histiocytes. Cependant, à l'inverse de ce qui se produit dans le tissu conjonctif, il est prouvé que les fibrilles névrogliques se constituent aux dépens du cytoplasme des cellules, ou plus exactement du réticulum syncitial de Held, dont MM. Roussy, Lhermitte et Oberling admettent l'existence.

En dehors de ses fonctions endocriniennes ou motrices, encore hypothétiques, le tissu névroglique possède surtout, à l'égard des cellules nerveuses, un rôle de soutien et un rôle nutritif. A cet égard, le rôle de la membrane piogliale des vaisseaux et de la limitante sous-piemérienne apparaît de plus en plus au premier plan de la physiologie normale et pathologique des centres nerveux. Imperméable à l'état normal, comme le montrent une fois de plus les expériences de coloration vitale des rapporteurs, cette membrane est néanmoins le siège et l'intermédiaire de tous les processus d'échanges, — assimilation, d'une part, élimination de déchets, d'autre part, — que les éléments gliaux assurent ou contrôlent, entre le sang circulant et les cellules nerveuses. La perméabilité de la membrane piogliale est, au contraire, le propre d'un grand nombre d'états pathologiques.

Les réactions morbides des éléments névrogliques répondent à trois processus différents, auxquels chacun des éléments de la névroglie répond à sa manière : processus de dégénération, processus de mobilisation et de phagocytose, processus de prolifération.

Après avoir décrit les différents type de dégénération des astrocytes et des oligodendrocytes selon que le processus est rapide ou lent, les rapporteurs envisagent les phénomènes de mobilisation et de phagocytose des divers éléments dans la neurophagie cellulaire, dans la dégénérescence secondaire des fibres nerveuses, enfin dans les foyers de ramollissement, où Lhermitte et Schaeffer ont précisé leur rôle dans la constitution de la troisième équipe des corps granuleux.

Enfin l'étude des lésions prolifératives aborde successivement lesglioses secondaires et le rôle qu'elles jouent, conjointement avec les scléroses conjonctives, dans l'organisation des différents types de cicatrices cérébrales, selon la nature des lésions initiales, puis les glioses primitives ou cryptogénétiques de la syringomyélie, de la sclérose tubéreuse de Bourneville, de la pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell, et de la gliose méningo-encéphalique (Oberling); enfin les gliomes, dont MM. Roussy, Lhermitte et Oberling classent et figurent les principales variétés : astrocytomes fibrillaires ou protoplasmiques, gliomes à petites cellules, qui peuvent être des oligodendrogliomes (Bailey et Cushing) ou des tumeurs issues de petits astrocytes ou de cellules intermédiaires; enfin glioblastomes ou gliomes à cellules indifférenciées, d'aspect sarcomateux et polymorphe, dont l'aspect embryonnaire peut être dû à la dédifférenciation de cellules adultes aussi bien qu'à une origine véritablement embryonnaire. Il n'existe pas de tumeurs de la microglie, ou du moins nous ne sommes pas en mesure de les reconnaître. Si ce tissu joue un rôle de premier plan dans les processus d'inflammation et de phagocytose, les aptitudes prolifératives appartiennent avant tout aux astrocytes.

Parmi les lésions secondaires les plus fréquentes des glioses et des gliomes, la liquéfaction, si fréquente dans la syringomyélie, et la sclérose collagène sont les plus importantes. La première serait due à une accumulation de plasma sanguin transsudé, dont la glie densifiée empêche l'écoulement (Roussy et Oberling). La deuxième serait le résultat d'un processus intercellulaire.

Les conclusions du rapport résument le parallèle entre les cellules névrogliques et les cellules conjonctives du point de vue morphologique, physiologique et pathologique. De même que, dans la pathologie viscérale, le rôle respectif des lésions conjonctives et des lésions parenchymateuses n'est pas encore parfaitement établi, de même, dans le système nerveux, il est souvent difficile de discerner si les réactions névrogliques sont primitives ou secondaires aux lésions des cellules ganglionnaires.

Deuxième rapport.

Concepts histogénique, morphologique, physiologique et physiopathologique de la microglie.

M. P. Del Rio Hortega.

La conception de la microglie qu'expose ce rapport, dérive de celle que Cajal avait indiquée dans ses grandes lignes en 1915, et elle s'appuie sur la série des importants travaux que Del Rio Hortega a consacrés à cette question depuis 1919-1921. Elle s'écarte très sensiblement de la conception classique.

Parmi les petites cellules rondes indifférentes, cuboïdes, que Cajal avait réunies sous le nom de « troisième élément des centres », Hortega a démontré qu'il fallait distinguer deux sortes de cellules absolument différentes par leurs caractères, tant morphologiques que fonctionnels et par leur histogénèse : l'oligodendroglie et la microglie.

L'*oligodendroglie* a une origine ectodermique, épendymaire; elle possède un petit nombre d'expansions, qui accompagnent les fibres nerveuses et qui les entourent; elle n'est pas douée d'activité phagocytaire, se trouve en grande abondance dans la substance blanche, et reste plus rare dans la substance grise. Elle fait partie de la trame névroglique générale.

La *microglie* (ou *mésoglie*) a une origine mésodermique, méningée. Elle possède des expansions libres très ramifiées, elle est douée d'activité migratrice et de fonctions macrophagiques; elle est plus abondante dans la substance grise que dans la blanche, et elle se trouve incluse dans la trame névroglique générale, non comme une partie intégrante, mais comme une annexe ou comme « un hôte ». Elle doit donc être absolument séparée de la macroglie ou névroglie classique, avec laquelle des colorations défectueuses peuvent seules la faire confondre.

La microglie prend naissance aux dépens des polyblastes ou des cellules embryonnaires des méninges, à une époque avancée du développement de l'embryon, très longtemps après la névroglie, au moment où l'organisation méningée et vasculaire de l'encéphale a déjà atteint un grand développement. Elle apparaît tout d'abord dans le cerveau, sous forme d'éléments analogues à des lymphocytes, immédiatement au-dessous de la pie-mère, au niveau de la membrane choroïdienne antérieure et de la pie-mère qui recouvre les pédoncules cérébraux. De là, la microglie gagne le pourtour des cavités ventriculaires, pour essaimer ensuite en s'unissant à travers les fentes nerveuses, dans toute l'étendue des hémisphères et du cerveau moyen. Il existe d'autres centres d'origine principaux pour le cervelet, pour la région bulbo-protubérantielle et pour la moelle épinière. La pie-mère, les gros et les moyens vaisseaux constituent des foyers d'origine accessoires. Le protoplasme de ces éléments devient argentophile dès qu'ils entrent en contact avec le tissu nerveux. Au cours de leur migration, ils affectent successivement une forme arrondie, des formes amiboïdes ou pseudopodiques, enfin des formes ramifiées qui marquent le stade de fixation. L'aspect de ces dernières formes est commandé par la structure des centres au milieu desquels elles se trouvent. Quelques jours après la naissance, l'envahissement des centres par la microglie est relevé, et l'on voit dans les semaines qui suivent, les formes amiboïdes et pseudopodiques faire place, d'abord dans la substance blanche, puis dans la substance grise, à des formes ramifiées.

Le noyau des cellules d'Hortega est de type lymphocytoïde. Le cytoplasme, peu abondant et pourvu de prolongements fins et épineux, permet de décrire diverses variétés : monopolaires, bipolaires, multipolaires, laminaires. Chaque élément conserve son individualité, qui lui permet de se mobiliser rapidement. Les appendices des cellules ne s'entre-croisent que rarement, et ne forment jamais de plexus. A côté de corpuscules complètement isolés, d'autres sont manifestement des satellites normaux ou des satellites vasculaires. Les premiers ne prennent pas part au réseau de Golgi; les secondes n'affectent jamais avec l'adventice de liaison aussi intime que les astrocytes; Les microgliocytes restent indépendants du plexus névroglique.

Au cours des processus pathologiques, les microgliocytes, qui ont conservé leur indépendance, sont susceptibles de se mobiliser très rapidement, d'abord au voisinage immédiat de la lésion, puis à distance. Ils se multiplient par mitose, et ils subissent alors, en sens inverse, les diverses étapes de la métamorphose qui a marqué leur évolution embryonnaire dans les centres nerveux : rétraction des dendrites, stades amiboïde et pseudopodique, stade arrondi. La rapidité de cette évolution se marque bien dans les traumatismes expérimentaux des centres nerveux ou dans le ramollissement cérébral.

Dans les processus inflammatoires à marche lente, cette évolution s'arrête souvent au stade des cellules en bâtonnet ou Stäbchenzellen, ou des cellules laminaires. Les premières dominent dans la paralysie générale, les secondes dans la rage. Dans les processus rapides, au contraire, les stades embryonnaires se trouvent reconstitués, et l'on assiste à l'apparition des corps granulo-graisseux.

Ces derniers sont caractérisés par leur forme globuleuse et par la présence d'inclusions graisseuses ou ferriques. Ils ne proviennent jamais de la névroglie : ni les astrocytes, ni l'oligodendroglie n'interviennent dans sa formation. Les microgliocytes sont seuls avec les histiocytes à former des corps granuleux, qui sont tous d'origine mésenchymateuse. Ils doivent être considérés comme des éléments du système réticulo-endothélial, dont ils possèdent toutes les propriétés : phagocytose, hémophagie et même colloïdopexie (Testa, Bratiano et Llanbart, Bellavitis et Russell), à l'exclusion des éléments névrogliques. Ces diverses propriétés, de même que la mobilité, sont particulièrement nettes dans les cultures de microglie réalisées par Costero.

Si, dans le corps de beaucoup de cellules névrogliques, il apparaît de petites gouttes de graisse et même des granulations ferriques, il s'agit, dans le premier cas, d'un processus dégénératif, et dans le second d'un phénomène d'adsorption, et la phagocytose n'est pas en cause.

Les aspects dégénératifs de la microglie sont encore mal connus.

La mobilisation et la macrophagie des éléments microgliques interviennent dans toute une série de processus que M. Del Rio Hortega étudie successivement : lésions traumatiques, foyers de ramollissement ischémique, inflammations aiguës, subaiguës et chroniques (paralysie générale, syphilis nerveuse, oligophrénie, rage, maladie des petits chiens, poliomyélite, maladie du sommeil, encéphalites diverses), gourmes et tubercules miliaires. Par contre, la microglie ne réagit presque pas dans les intoxications et pas du tout dans les compressions. Les tumeurs circonscrites ne sollicitent pas davantage l'intervention de la microglie à l'inverse des tumeurs infectées, telles que les gliomes, qui donnent parfois lieu à des phénomènes de gliomatophagie de la part de la microglie. Dans tous les processus pathologiques où ils interviennent, les aspects sont les mêmes : neurophagie, hémophagie et cytophagie. La mobilisation microgliale précède toujours la prolifération névroglique cicatricielle.

Discussion et communications.

Tentative de coloration vitale de la microglie. — M. Piolti (de Turin) a essayé de réaliser la coloration vitale élective de la microglie par l'emploi combiné de l'acétate de plomb et du nucléinate de plomb qui altèrent la barrière piogliale. Mais il n'a pas obtenu de coloration élective comparable à celle qu'on obtient au pourtour des blessures céré-

brales. Il n'a jamais observé de coloration vitale des éléments de la macroglie.

La névroglie dans la neurohypophyse. — M. P. Kissel a constaté, par la méthode de Cajal, que la charpente du lobe postérieur était constituée par de la névroglie, et en particulier par des astrocytes protoplasmiques qui présentent une structure sécrétoire très nette.

La dégénérescence microcytaire de l'oligodendroglie. — M. Pagès (de Montpellier) étudie cette dégénérescence par le mucicarmin, et le passage du mucus dans le liquide céphalo-rachidien par l'acide citrique sirupeux. Le mucus n'existe jamais dans le liquide céphalo-rachidien normal, mais il peut se rencontrer dans les circonstances pathologiques les plus diverses.

La microglie et l'oligodendroglie étudiées par la méthode du nitrate d'argent ammoniacal et par celle de la coloration vitale. — M. Bolsi (de Turin) confirme, par ses études personnelles, les conceptions de M. Del Rio Hortega : les images d'inclusions observées dans des oligodendrocytes résultent de dégénérescences protoplasmiques qui ne sont pas assimilables à la phagocytose, ou bien représentent en réalité des microgliocytes altérés.

Identité morphologique de la microglie avec d'autres variétés d'histiocytes. — M. Visintini (de Turin), par la technique de Bolgi, a réussi à imprégner, dans les muscles striés et dans la vessie, des éléments qui ressemblent aux microgliocytes.

M. Oberling objecte qu'on peut trouver également, dans des tissus divers, des éléments qui ressemblent tout à fait à des oligodendrocytes, dont l'origine névroglique est cependant incontestée.

Modifications de la microglie en fonction du pH dans le diabète. — M. Marinesco (de Bucarest) montre le rôle des phénomènes physico-chimiques dans les réactions de la microglie et de la névroglie.

Rôle de la microglie et de la névroglie dans les lésions en foyer, et quelques données sur la neuronophagie. — M. Marinesco (de Bucarest), de même que les auteurs italiens et espagnols, n'attribue aucune propriété phagocytaire à la névroglie.

Contribution à la culture « in vitro » de la névroglie et de la microglie. — MM. Marinesco et Mivea.

Réaction de l'organisme animal à l'injection du tissu nerveux (névrotoxines, anaphylaxie, endotoxines). — M. Choroschko (de Moscou).

Réponse des rapporteurs. — En réponse aux théories et aux faits apportés par les auteurs espagnols, italiens et roumains, MM. Roussy et Lhermitte précisent que ces auteurs ont attribué la phagocytose exclusivement à la microglie, parce qu'ils ont étudié des processus de dégénérescence rapides au cours desquels, en effet, les éléments de la microglie sont seuls à se mobiliser et à phagocyter. Seuls les processus d'irritation lents (rayons X, radium) font apparaître ces réactions chez les oligodendrocytes et chez les astrocytes.

Rien n'autorise, d'ailleurs, a nommer phagocytose active le processus d'inclusion qui se produit dans les microgliocytes et d'infiltration passive le même processus d'inclusion qui se produit dans les autres éléments de la névroglie. Dans un cas comme dans l'autre, le phénomène est d'ordre purement physico-chimique, et il ne diffère de l'un à l'autre que par une question de degré et de rapidité ; il est fonction de la tension superficielle des cellules, et répond toujours à une souffrance cellulaire.

M. Dide, en étudiant la peste porcine, a constaté que les astrocytes étaient capables d'une phagocytose active.

SECONDE QUESTION

LES SCIATIQUES FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DES SCIATIQUES RHUMATISMALES

Rapporteur : M. H. Roger (de Marseille).

M. H. Roger rend d'abord hommage à la mémoire du professeur Sicard, dont il était le collaborateur et l'ami, et qui avait été primitivement chargé de ce rapport.

Son rapport s'efforce avant tout d'établir une classification des sciatiques. Le principe en est le suivant :

Quand un malade se plaint d'un membre inférieur, et qu'il accuse souvent lui-même son sciatique, un examen méthodique montre parfois qu'il n'a, en réalité, aucune souffrance dans le domaine de ce nerf : *pseudo-sciatique*.

Lorsque l'algie est réellement dans le territoire de ce nerf, il reste à en rechercher la cause.

Celle-ci réside parfois en dehors du nerf, mais à son voisinage : *parasciatique*.

Lorsque le nerf est vraiment et directement atteint, l'étiologie, traumatique, infectieuse, toxique, autotoxique, se retrouve facilement : *sciatiques symptomatiques*, de causes connues.

Mais, le plus souvent, l'étiologie reste imprécise, bien que les malades aient entre eux un air de famille : *sciatiques rhumatismales ou arthritiques*.

C'est à cette dernière que le rapporteur entend limiter sa description. Il analyse d'abord en détail le syndrome général commun des sciatiques rhumatismales ; puis il en sépare cinq variétés : les lombo-sciatiques ou sciatiques funiculaires (hautes), les sacro-ilio-sciatiques ou sciatiques plexulaires (moyennes), les névrosciatiques, sciatiques tronculaires (basses), qui constituent les sciatiques proprement dites, puis les myosciatiques ou sciatiques musculaires et les cellulo-sciatiques ou sciatiques d'origine cellulaire, qui ne sont plus de véritables « névralgies ».

Le *syndrome général* des sciatiques rhumatismales comprend quatre groupes de signes : deux principaux — le syndrome sensitif et le syndrome moteur, — et deux accessoires — le syndrome sympathique et le syndrome humoral.

Après avoir analysé les caractères, le siège, l'intensité et l'évolution de la douleur spontanée, M. H. Roger énumère les multiples points douloureux décrits par Valleix et après lui. Les plus fréquents lui paraissent être le point fessier (échancrure sciatique), le point fémoral, à la partie postérieure de la cuisse, le point péronéo-tibial, derrière la tête du péroné, le point achilléen, et le point médio-plantaire, qu'il a décrit avec M. Sicard à la base du métatarse.

Il analyse ensuite les diverses manœuvres qui provoquent la douleur par élongation du nerf. Quelle que soit la manœuvre qui permet de la mettre en évidence, le signe de Lasègue, caractérisé à la fois par la douleur et par la contracture réflexe, reste un des signes les plus constants et les plus fidèles de la sciatique. Le signe de Bonnet indique plutôt une arthrite coxo-fémorale ou sacro-iliaque.

Les troubles objectifs de la sensibilité font souvent défaut et sont toujours discrets dans la sciatique rhumatismale.

Sous le nom de « syndrome moteur », M. H. Roger décrit les attitudes du sciatalgique selon l'intensité et le type de sa douleur, l'ascension talonnière, la scoliose croisée ou homologue ou alternante, la démarche. Ces phénomènes moteurs sont surtout d'origine autalgique, mais il faut sans doute faire intervenir également la contracture réflexe de la masse sacro-lombaire (Brissaud) et son hypotonie (André Thomas) par irritation des branches postérieures des racines sacro-lombaires.

Les muscles innervés par le sciatique sont souvent hypotoniques, ce qui explique toute une série de petits signes de la sciatique : aplatissement de la saillie fessière, abaissement

du pli fessier, déviation du sillon interfessier, abaissement du talon, signe de l'équerre, élargissement du tendon d'Achille, effacement des gouttières rétromalléolaires et affaissement plantaire.

L'atrophie musculaire est le fait des formes prolongées; Barré a montré qu'elle affectait souvent d'une manière précoce le pédieux. Les jumeaux, les fessiers sont quelquefois le siège de contractions fibrillaires.

La réaction de dégénérescence ne s'observe pas dans la sciatique rhumatismale, mais il y a souvent de l'hypoexcitabilité électrique ou du moins une diminution de la chronaxie.

Le signe de la pointe de Chiray serait dû soit à un léger déficit moteur (Chiray et Roger), soit à un phénomène antalgique (Pitres et Vaillard).

La sciatique spasmodique de Brissaud, accompagnée de signes de spasmodicité, ne peut être considérée comme une sciatique pure.

L'abolition ou la diminution du réflexe achilléen, s'observe, selon les statistiques, dans la moitié ou dans le tiers des cas. Le symptôme est parfois sensibilisé quand on le recherche dans la position de la jambe étendue (Soderbergh). Sa précocité et sa persistance, — souvent indéfinie après guérison, — ne préjugent rien du pronostic. D'autres réflexes peuvent être diminués ou abolis : le réflexe médio-plantaire, le tibio-fémoral postérieur et le péronéo-fémoral postérieur, le réflexe rétro-malléolaire de Barré.

Le réflexe crémastérien, le réflexe abdominal inférieur, le réflexe cutané fessier, le réflexe cutané sacro-lombaire, le réflexe musculaire des fessiers, enfin quelquefois le réflexe rotulien peuvent être ou paraître exagérés.

Le syndrome sympathique est constitué par une série de troubles vaso-moteurs, thermiques, sudoraux et trophiques, qui sont généralement discrets. Cependant l'abaissement de la température locale est fréquent et précoce (Landouzy, Barré). Le rapporteur a vu parfois la diminution du réflexe pilo-moteur. Les réactions neuro-végétatives (tachycardie, polyurie) s'observent parfois.

M. Henri Roger groupe enfin, sous le nom de syndrome humoral, les stigmates du terrain arthritique, qu'on retrouve souvent chez les sujets atteints de sciatique rhumatismale, et les altérations du liquide céphalo-rachidien. Il admet que l'hyperalbuminose légère est fréquente dans la sciatique haute, funiculaire, que le liquide est normal dans la sciatique basse, et que la réaction lymphocytaire est surtout le fait des sciatiques radiculaires. La réaction de Bordet-Wassermann est rarement positive dans la sciatique rhumatismale.

Les formes anatomo-cliniques de la sciatique rhumatismale sont au nombre de cinq :

1° Les *sciatiques funiculaires ou lombo-sciatiques* sont dues à un rhumatisme chronique des vertèbres lombo-sacrées, et principalement du trou de conjugaison. Elles ont été individualisées surtout par Sicard. Les principaux signes distinctifs sont l'étape douloureuse lombaire, précoce ou tardive, la netteté des points douloureux haut situés, surtout du point vertébral latéral de Sicard, la contracture sacro-lombaire avec scoliose croisée, le caractère atténué du signe de Lasègue, le signe de la toux ou de l'éternuement, qui a été longtemps considéré à tort comme caractéristique de la sciatique radiculaire, enfin l'association fréquente d'autres névralgies : obturatrices, crurales (signe du psoas de J. Forestier), ou même brachiales (Nobécourt et Peyre). Dans trois quarts des cas, on constate une légère dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien par hyperalbuminose (Sicard et Roger). La radiographie montre souvent des lésions de rhumatisme vertébral; mais ces lésions ne sont pas toujours visibles avec les sciatalgiques jeunes, et on peut les retrouver chez des sujets âgés indemnes de sciatique.

Le substratum anatomique semble intéresser le périoste, les plexus veineux, les lymphatiques, la graisse épidurale elle-même, qui était hypertrophiée et épaissie dans les cas de Sicard et Robineau, qui ont été opérés. Certaines malformations vertébrales ne jouent, dans l'étiologie de la sciatique, qu'un rôle accessoire : leur fréquence diminue leur intérêt.

Le diagnostic doit être fait avec les autres lésions funiculaires (sciatiques symptomatiques) dues à une lésion vertébrale (rhumatisme vertébral, spondylose, mal de Pott, cancer du rachis, spondylites, fractures du rachis, plus rarement arthropathies tabétiques ou kystes hydatiques). Les algies d'origine centrale, médullaire ou même cérébrale, doivent également être éliminées. Mais c'est surtout la sciatique radiculaire qui est l'objet d'un développement important. Celle-ci est presque toujours d'origine syphilitique (Dejerine, Lortat-Jacob). Elle se distingue par son début brusque, sans lumbago prémonitoire, par les élancements douloureux qui se produisent sans fond algique, par l'existence de troubles de la sensibilité objective à topographie radiculaire, par l'abolition fréquente du réflexe achilléen, par les troubles moteurs ou amyotrophiques, qui ne sont pas rares, enfin par l'association possible de troubles sphinctériens. Le liquide céphalo-rachidien présente souvent de la lymphocytose, quelquefois de l'hyperalbuminose, ou bien un Bordet-Wassermann ou un benjoin colloïdal positifs. Certaines tumeurs méningées (lumbago xanthochromique de Sicard et Laplane), l'arachnoïdite peuvent encore provoquer des sciatiques radiculaires.

Aux sciatiques funiculaires conviennent la radiothérapie, préconisée par Babinski, Charpentier et Delherm, et en particulier la radiothérapie semi-pénétrante, les injections épidurales de sérum novocaïné ou de lipiodol, enfin, dans les cas graves et invétérés, la laminectomie décompressive, qui a donné trois succès à MM. Sicard et Robineau.

2° Les *sacro-ilio-sciatiques* ou *sciatiques plexulaires* sont liées à l'irritation du plexus lombo-sacré par une arthrite sacro-iliaque rhumatismale.

Elle a été surtout décrite par Barré et Le Marsois-Duprey. Après une étape de douleur sacro-iliaque, la sciatique irradie vers la fesse et vers la cuisse, mais sans dépasser le genou. La manœuvre de Gueit (flexion forcée de la cuisse sur le bassin, les jambes restant fléchies) est souvent douloureuse, mais les signes de Larrey et de Volkmann ou d'Erickson, classiques dans la sacro-coxalgie, font généralement défaut. Les signes de Lasègue ou de Bonnet sont souvent absents; il y a souvent névralgie associée de l'obturateur et du crural. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La radiographie permet quelquefois de reconnaître une opacité de l'interligne articulaire.

La sacro-sciatique rhumatismale doit être distinguée, tout d'abord, des autres variétés d'arthrites sacro-iliaques (tuberculeuse, gonococcique, mélitococcique), puis des sciatiques, symptomatiques d'une affection du petit bassin (cancers, appendicites, annexites, utérus gravides, etc.), enfin des arthrites simples du bassin ou de la hanche.

Outre la radiothérapie peu pénétrante, l'ionisation à l'aconitine, la diathermie, on peut essayer les injections anesthésiantes dans l'articulation sacro-iliaque (Barré), qui sont de technique difficile.

3° Les *névro-sciatiques* ou *sciatiques tronculaires* sont les anciennes « névralgies sciatiques »; « reléguée au second, sinon au troisième plan, du fait de la faveur de plus en plus grande, d'une part, de la théorie funiculaire, d'autre part, des théories musculaire et cellulitique..., la névro-sciatique, en réalité, est plus fréquente qu'on ne le dit; ses signes s'associent souvent à ceux de la funiculite. » Elle paraît due à une congestion du nerf ou à une inflammation du périnèvre, par adhérences des ligaments, des aponévroses ou des tendons voisins, surtout au niveau de l'échancrure sciatique du creux poplité de la tête du péroné.

La douleur affecte le siège classique, de la fesse jusqu'au pied; les points de Valleix (à l'exception du point iliaque apophysaire), le signe de Lasègue sont typiques. L'atrophie

musculaire, l'hypothermie, sont souvent plus marquées que dans les autres variétés. Certaines névralgies sont localisées au sciatique poplité externe, ou au sciatique poplité interne, ou aux plantaires.

Le diagnostic doit être fait avec les autres tronculites infectieuses, toxiques, autotoxiques, traumatiques ou circulatoires (varices). Le rapporteur, à Marseille, a vu de nombreux cas de sciatique consécutive à des injections de quinine, mais n'a jamais observé de cas certain de sciatique paludéenne. Les Anglo-Saxons attachent une grande importance aux sciatiques par infection focale (d'origine dentaire). La sciatique statique ou réflexe serait due aux attitudes vicieuses ou aux difformités des membres inférieurs. Les « parasciatiques » par compression du tronc nerveux, les algies d'origine veineuse ou artérielle doivent également être distinguées des sciatiques tronculaires.

L'arsenal thérapeutique est d'une extrême richesse, depuis les agents physiques (chaleur, froid, lumière, électricité, hydro et aérothérapie) et la kinésithérapie (massage, mobilisation active, passive ou combinée) jusqu'aux injections locales, paranerveuses, de solutions anesthésiques ou d'air stérilisé, et même jusqu'aux interventions chirurgicales, aujourd'hui à peu près abandonnées.

4° La *myosciatique*, ou *sciatique d'origine musculaire*, serait d'après certains auteurs scandinaves (Helweg, Lindsetdt, Petren) et d'après Verger (de Bordeaux), plus fréquente que la sciatique névralgique proprement dite. La douleur, en effet, peut être provoquée par la pression latérale des muscles indépendamment de toute pression sur le nerf, et les points douloureux électifs, méthodiquement recherchés, ne correspondent souvent pas à un tronc nerveux, mais à une insertion tendineuse. Les réactions électriques, les réflexes, le liquide céphalo-rachidien sont normaux. Mais le signe de Lasègue peut être réalisé par la myalgie, sans participation névralgique.

Après avoir discuté les nombreux arguments en faveur de l'origine musculaire ou de l'origine nerveuse des sciatiques, le rapporteur conclut qu'il existe des myosciatiques, mais que cette variété ne peut se substituer aux autres formes de sciatique et qu'elle n'est pas prédominante.

Le massage, les injections locales salicylées, la chaleur constituent la thérapeutique.

5° La *cellulo-sciatique*, ou *sciatique d'origine cellulaire*, a été individualisée par Alquier, Forestier, Paviot et Lagèze. La douleur ne descend pas au-dessous du genou et ne persiste jamais au repos. La palpation attentive permet de retrouver des infiltrations cellulitiques douloureuses, non seulement dans le territoire sciatique, mais encore sur le reste du corps (muscles temporaux, faces latérales du cou, etc.).

Le traitement de la cellulite consiste principalement en massage et en kinésithérapie.

En terminant, le rapporteur résume en un tableau les principaux caractères distinctifs des cinq grandes variétés de sciatiques qu'il a décrites. Il envisage le diagnostic médico-légal de la sciatique vraie et des sciatiques simulées, et il insiste sur la nécessité d'associer un traitement général au traitement local.

Discussion.

M. Verger (de Bordeaux) soutient sa théorie de l'origine musculaire de la plupart des sciatiques. Il s'appuie sur la localisation de la douleur spontanée ainsi que sur l'interprétation critique du signe de Lasègue et des points de Valleix.

M. Lhermitte a toujours vu la radiothérapie semi-pénétrante de la région lombaire lui donner de bons résultats, et pense que ce fait va à l'encontre de la théorie musculaire. La douleur provoquée par le pincement latéral des muscles peut s'expliquer par l'irritation des filets nerveux périphériques. Enfin, les sciatiques rhumatismales et les sciatiques traumatiques n'ont pas la même topographie, parce qu'elles correspondent à des lésions très différentes.

M. A. Charpentier vante également la radiothérapie semi-pénétrante. Il rappelle la grande valeur de l'abolition du réflexe achilléen, réflexe qui est toujours présent chez les sujets normaux.

M. Bourguignon préconise l'ionisation calcique, avec une électrode à l'extrémité de la cinquième costiforme lombaire, et une autre au triangle de Scarpa. Le traitement exige dix à quinze séances.

M. F. Negro (de Turin) a obtenu de bons résultats thérapeutiques, dans plusieurs centaines de cas, par la simple compression digitale énergique du nerf au niveau de la grande échancrure sciatique. Il pense dilacérer ainsi la trame sympathique périnerveuse comme le ferait, avec le même résultat, la libération opératoire.

M. Gaudugheau (de Nantes) précise les indications respectives et la technique de la radiothérapie semi-pénétrante, de la radiothérapie pénétrante, de la diathermie et de l'ionisation calcique.

M. Barré (de Strasbourg) croit qu'il y a intérêt à fusionner les parasciatiques, les sciatiques symptomatiques et les sciatiques rhumatismales séparées par le rapporteur en un seul groupe : les sciatiques symptomatiques.

L'*étude de la tonicité musculaire* doit être perfectionnée. Le « signe du talon » et celui « de l'équerre » qu'il a décrits sont parfois remplacés par des signes inverses ; ces attitudes sont dues à d'autres localisations de l'hypotonie, et ont beaucoup d'intérêt pour permettre de reconnaître la racine ou le funicule qui sont en cause.

La *sciatique lombo-sacrée*, qu'il a contribué à isoler avec M. Juster et M. Stocher, lui paraît de plus en plus spéciale ; il en indique les caractères particuliers. Au traitement par la radiothérapie, assez long et très onéreux, il préfère de beaucoup les injections locales.

Mais il a renoncé aux injections épidurales et intraarticulaires (l'injection dans l'articulation sacro-iliaque est souvent difficile à pratiquer) pour n'employer que les *injections de scurocaïne* au voisinage du cinquième funicule lombaire, dans l'*espace ilio-sacro-vertébro-transversal*, à 6 ou 8 centimètres de profondeur. Il associe à ces injections le port d'une *ceinture lombo-sacrée en cuir souple* qui immobilise l'articulation lombo-sacrée et qui réduit l'irritation du funicule de L_5.

L'auteur pense qu'il y a avantage à réduire désormais le syndrome général de sciatique qui ne se retrouve au complet dans aucune forme, et à isoler de plus en plus un petit nombre de types topographiques et étiologiques qui constituent des *complexes étiologico-cliniques*.

COMMUNICATIONS

Oxygénothérapie épidurale dans les algies sciatiques. — M. Aymès (de Marseille) injecte, une fois par semaine, 20 à 40 centimètres cubes d'oxygène dans l'espace épidural sacré, sous une pression de 50 centimètres cubes d'eau. Il rapporte quatre observations dans lesquelles ce procédé lui a donné de bons résultats.

A propos de la conception neurodocitique de la sciatique. — M. Catola (de Florence) croit que la théorie funiculaire s'applique à 60 p. 100 des sciatiques rhumatismales au moins. Un rôle adjuvant revient à la sacralisation de L_5, à la lombalisation de S_1, à l'obliquité normale de L_5, à l'arthrite sacro-iliaque ou à l'ossification des ligaments ilio-lombaires.

Le traitement des sciatiques par l'association rayons X-diathermie. — M. E. Juster estime que, parmi les traitements physiothérapiques des sciatiques dites rhumatismales l'association rayons X-diathermie est le traitement le plus efficace. Il irradie la colonne lombo-sacrée et l'articulation

sacro-iliaque à doses légères (1/2 H ou 1 H), et il pratique la diathermie en plaçant une électrode sous la fesse et l'autre sous la plante du pied, avec des intensités aussi fortes que possible et en allant jusqu'à la sensation de crampe.

Les signes neurologiques de la sciatique et la cause de la douleur. — M. Alquier pense que, en dehors des cas où il y a lésion du névraxe ou des méninges, la sciatique résulte toujours d'infiltrats interstitiels ou d'engorgements lymphatiques qui irritent le sympathique plutôt que le tronc nerveux sciatique.

La radiothérapie de la sciatique rhumatismale. — MM. A. Zimmern et J.-A. Chavany pensent que la radiothérapie est le traitement de choix des sciatiques dites rhumatismales. Mais il est indispensable de ne traiter que les cas dûment authentifiés, car elle échoue fatalement dans les sciatiques symptomatiques et dans les fausses sciatiques, dont les plus fréquentes sont les cellulalgies et les myalgies à topographie pseudo-sciatique; d'où l'intérêt primordial d'un diagnostic étiologique très précis. Il est utile d'entreprendre les irradiations le plus près possible du début de l'algie, mais on a encore de beaux succès avec les cas anciens. Les sciatiques hautes, d'origine funiculaire, étant les plus fréquentes des sciatiques banales, c'est la radiothérapie radiculaire ou mieux funiculaire qui doit être instituée. On utilise un rayonnement moyennement pénétrant, filtré sur 5 millimètres d'aluminium. On fait une première série de six séances de 2 H chacune (trois séances par semaine); puis, s'il est utile, après un repos de quinze jours au minimum on pratique quatre nouvelles irradiations avec les mêmes constantes. La sédation des phénomènes douloureux peut être très rapide, ou, dans les cas rebelles, s'échelonner sur un certain nombre de jours ou de semaines. Le résultat final a paru toujours très satisfaisant, aucun incident sérieux n'est à redouter.

L'abaissement du pli fessier dans la sciatique. — MM. Froment (de Lyon), Savoye et Mlle Feyeux montrent le rôle de l'hypotonie des muscles fessiers dans certains signes de la sciatique : abaissement du pli fessier et scoliose, et ils discutent l'origine de cette hypotonie. J. MOUZON.

Au début de la Réunion neurologique, M. J. Lhermitte, président, a prononcé l'éloge de Brissaud.

Au cours de la Réunion, M. le professeur Winkler (d'Utrecht) a fait une conférence, à la clinique Charcot, sur l'*évolution du corps strié humain*.

La prochaine Réunion neurologique aura lieu en 1932. Les questions traitées seront :

1° *Les épilepsies.* — Rapporteurs : MM. Abadie, Crouzon et Pagniez.

2° *Les arachnoïdites.* — Rapporteurs : MM. Claude, Barré, Petit-Dutaillis et Forster.

La Pratique de l'autopsie pour l'étudiant et le praticien, par J. Montpellier, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine d'Alger, et P. Witas, préparateur, chargé des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine d'Alger. Préface da prof. G. Poujol. In-8 de 330 pages avec 90 figures dans le texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

MYXŒDÈME

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

Le myxœdème est la forme la plus typique de l'hypothyroïdie, celle-ci s'accompagnant d'un ralentissement général de tous les processus métaboliques. Il revêt diverses formes que l'on peut grouper en trois grandes variétés :

1° Le myxœdème de l'adulte, spontané ou postopératoire.

2° Le myxœdème de l'enfant.

3° Le myxœdème endémique, prédominant dans certains pays.

A côté de ces expressions typiques de l'insuffisance glandulaire, il est toute une gamme de cas d'hypothyroïdie plus ou moins fruste, qu'il faut rapprocher du myxœdème et qui élargissent considérablement la pathologie de la glande thyroïde.

SÉMÉIOLOGIE

I. Myxœdème acquis ou spontané de l'adulte. — Il s'observe surtout chez la femme, de vingt-cinq à cinquante ans, parfois après la ménopause ou à l'occasion de troubles ovariens, et se développe insidieusement, annoncé par une diminution progressive de l'intelligence et de l'activité physique avec infiltration progressive des téguments.

A la période d'état, trois grands symptômes sont toujours réunis, augmentés de signes accessoires.

1° **Infiltration des téguments.** — Ce « myxœdème » généralisé à tout le corps est un faux œdème qui atteint spécialement :

a. Le visage, lui donnant l'aspect *lunaire* bien connu, avec infiltration des paupières, élargissement du nez, soufflure des joues, évasement des lèvres. La peau est de teinte cireuse, les pommettes sont rouge vif, les lèvres cyanosées. Le facies ainsi déformé a une expression stupide, et le diagnostic, dans les cas typiques, est facile, même à distance.

b. Les creux sus-claviculaires sont soulevés par une infiltration pseudo-lipomateuse.

c. Les mains et les pieds sont « en bêche », élargis, aux doigts boudinés. Tout le corps est ainsi infiltré par ce faux œdème qui, dans les cas intenses, lui donne un aspect pachydermique.

Les *muqueuses* sont également infiltrées : l'hypertrophie de la langue explique la dysphagie, celle du larynx la dysphonie et le ton sourd et monotone de la voix et de la parole.

Les *phanères* ne sont pas moins atteints. Tous les *poils* deviennent secs, cassants et tombent (aspect clairsemé de la queue du sourcil, des cils, du cuir chevelu, chute des poils des aisselles, du pubis). Les *ongles* peuvent être striés, atrophiés. La transpiration est presque supprimée et la peau est *sèche* et squameuse (cachexie pachydermique de Charcot).

2° **Atrophie du corps thyroïde.** — Symptôme plus anatomique que clinique, il est difficile ou impossible à apprécier, à cause de l'infiltration des téguments de la région.

3° **Troubles intellectuels.** — Ces malades restent dans une torpeur, une indifférence affective et psychique profondes. Ils sont souvent irritables, persécutés, taciturnes. La lenteur de leurs gestes et de leurs mouvements répond à leur apathie psychique.

4° **Signes satellites.** — Très importants par leur groupement caractéristique, ils portent sur tous les appareils. Ce sont surtout : l'hypothermie avec *frilosité*, l'hyposphygmie avec anisosphygmie et hypotension, l'impuissance ou l'hypo-ovarie et la frigidité, la *disparition ou l'espacement considérable des règles,* la constipation intense avec colopathie muco-membraneuse fréquente, l'oligurie avec hypochlorurie et hypoazoturie, accessoirement, enfin, l'existence d'hématies nucléées dans le sang.

Si le diagnostic n'était fait d'emblée chez un individu qui a tous ces troubles, on le confirmerait facilement en recherchant :

5° **L'abaissement du métabolisme basal** dont le taux s'abaisse de 15 à 70 p. 100. Cette recherche a une grande valeur *diagnostique*, surtout dans les cas frustes. Dans tous les cas, elle a une valeur *pronostique* considérable puisqu'elle permet de suivre de près l'effet de l'opothérapie thyroïdienne.

L'examen du malade devra comporter encore :

1. La recherche d'autres troubles endocriniens : hypophysaires, pancréatiques, surrénaux, etc. (*troubles pluri-glandulaires*).

2. *L'exploration du sympathique.*

3. La recherche d'une *étiologie*. Si, dans quelques cas, le myxœdème s'est développé après une thyroïdite rhumatismale, ou plus rarement syphilitique, typhique, scarlatineuse, l'on ne trouve généralement rien en fait d'étiologie et l'on en est réduit à incriminer une *dysthyroïdie familiale*, car il n'est pas rare, chez ces malades, de trouver une sœur hypothyroïdienne, une mère goitreuse par exemple.

Evolution. — Progressive, elle se fait naturellement vers l'aggravation du myxœdème. De nos jours, on ne voit plus cette « cachexie thyroïdienne » plus fréquente autrefois. C'est que l'extrait thyroïdien amène en effet de véritables *résurrections*, à la condition d'être prescrit presque indéfiniment, puisque son action est simplement substitutive. Le pronostic du myxœdème acquis, transformé par l'opothérapie, reste cependant sérieux. Si ces malades peuvent reprendre une vie active, ils n'en conservent pas moins une altération glandulaire profonde prête à se manifester de nouveau dès que l'on diminue ou cesse le traitement opothérapique.

II. Myxœdème postopératoire. — Décrit par Reverdin, il ne s'observe pour ainsi dire plus actuellement où l'on pratique des thyroïdectomies prudemment partielles. Différent de la tétanie parathyréoprive qui apparaît du troisième au sixième jour après l'opération, il survient du troisième au quatrième mois. Chez les jeunes, il reproduit le myxœdème congénital; chez l'adulte, le myxœdème acquis.

Aujourd'hui, on observe encore parfois des formes frustes d'hypothyroïdie après thyroïdectomie trop généreuse, mais elles se résument en des signes assez discrets avec abaissement du métabolisme basal, et amélioration par l'opothérapie.

III. Myxœdème de l'enfant. — Chez l'enfant il faut distinguer le myxœdème congénital du myxœdème acquis.

A. **Myxœdème congénital ou idiotie myxœdémateuse de Bourneville.** — Les premiers signes apparaissent *après le sevrage* car le lait maternel apporte quelques principes thyroïdiens. C'est donc du douzième au dix-huitième mois de la vie que la maladie se déclare. Il s'agit d'un nourrisson qui se développe mal et ne marche pas. Peu à peu le visage s'infiltre, les paupières deviennent bouffies, le myxœdème apparaît. Et lorsque l'enfant est plus âgé, il prend l'aspect caractéristique qu'il gardera plus tard.

Il reste *nain*, son facies a l'aspect pachydermique décrit dans le myxœdème de l'adulte. Le volume de la *tête est à peu près normal* et contraste avec la petitesse du corps. Le thorax, petit et écrasé, contraste également avec le ventre proéminent, les membres courts et incurvés.

La *fontanelle antérieure persiste indéfiniment* et la radiographie permet de constater que les épiphyses des os long ne se soudent jamais.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Hygiène publique en France, par M. A. LANDRY, député, ancien ministre. In-8. Prix : 15 fr. — Paris, Félix Alcan.

La Sarabande éternelle Dialogues sur la matière, par M. Charles BRUNOLD Un volume in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, librairie Hachette.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Paupert-Ravault.

— NICE. — Un concours pour cinq places d'internes en médecine et chirurgie s'ouvrira le 1er octobre 1930. — S'inscrire au secrétariat des hospices de Nice quinze jours au moins avant le concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — *Hommage au professeur Tapie.* — A l'occasion de sa retraite, après quarante années d'enseignement, les élèves et les amis de M. le professeur Tapie, professeur d'anatomie pathologique, viennent de lui remettre, en une cérémonie intime, un bel objet d'art. Des discours furent prononcés par le docteur Pujol, le docteur Daunic, le professeur Bardier, le professeur Baylac, le docteur Aversencq et M. le doyen Abelous. M. le professeur Tapie remercia en termes émus.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Louradour, médecin à l'asile de la Cellette (Corrèze).

MARINE. — SERVICE DE SANTÉ. — M. le médecin de 1re classe Bourret est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du centre, école d'application maritime de Rochefort-Soubise, en remplacement de M. Pierre.

XXXe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XXXe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine le mardi 7 octobre 1930, sous la présidence de M. Chevassu (de Paris).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : *Les contusions rénales et leurs suites éloignées.* — Rapporteur : M. Gérard (de Lille).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'ORTHOPÉDIE. — Ce Congrès aura lieu le vendredi 10 octobre 1930, à 9 h. 1/2 du matin, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian).

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° *La coxa vara des adolescents.* — Rapporteur : M. Huc (de Paris).

2° *Les paralysies obstétricales du membre supérieur.* — Rapporteur : M. André Rendu (de Lyon).

Les membres de la Société, français ou étrangers, qui désireraient prendre part à la discussion des rapports ou faire quelque communication particulière sont priés d'en informer avant le 15 septembre M. le docteur Sorrel, secrétaire général de la Société, 179, boulevard Saint-Germain, à Paris.

CROISIÈRE EN ORIENT. — La prochaine croisière de la *Revue générale des sciences*, qui aura lieu du 25 septembre au 11 octobre prochain a pour itinéraire : Athènes, Constantinople, Bosphore, Iles des Princes, Nicomédie, Nicée, Moudania, Brousse (eaux thermales de Tchékirgué), Dardanelles, Mont Athos (Vatopédie et Haghia Lavra), Salonique, Volo, Les Météores, Athènes. Prix : 7.450 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser : Croisières de la *Revue générale des sciences*, 67, avenue Niel, Paris (XVIIe).

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu fin juillet pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires dans le département de l'Aube, avec résidence à Troyes.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type du Comité national.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

HÔPITAL MARITIME DE BERCK. — TREIZE LEÇONS SUR LES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES et quelques éléments d'orthopédie pratique, du 4 au 16 août 1930, par M. le docteur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck; avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime; de MM. les docteurs Mozer, Parin, chefs de laboratoire de l'Hôpital maritime, et de M. le docteur André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ces cours auront lieu l'après-midi, à 2 h., à l'Hôpital maritime. Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confection d'appareils plâtrés et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc.). La première réunion aura lieu le lundi 4 août, le matin, à 9 h.

Droits d'inscription : 300 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck.

CHRONIQUE

JOURNÉE MÉDICALE D'AMIENS
(6 JUILLET 1930)

La Journée scientifique de Picardie organisée par la Société médicale d'Amiens obtint le 6 juillet le plus éclatant succès.

La réunion scientifique eut lieu à 8 h. 30, dans la grande salle des hospices, très aimablement ouverte et aménagée par le docteur Charon, administrateur.

Au bureau siégeaient : le docteur Poulain, professeur à l'Ecole de médecine, président de la Société médicale, qui présida les séances avec une remarquable autorité; le médecin général inspecteur Lanne, délégué du ministre de la Guerre; le docteur Musin, vice-président de la Société locale; le médecin général Langlois, directeur du Service de santé du 2e corps d'armée; les docteurs Charon, Labarrière, Hurtrel, Fage, Caumartin, Eugène Perdu; les médecins-colonels Spire et Schickelé, délégués par le médecin général inspecteur Dopter, membre de l'Académie de médecine et directeur du Service de santé au ministère, empêché.

Les sujets traités devaient tous avoir un rapport étroit avec l'endocrinologie.

Citons les communications de MM. le docteur Leplat : Surdité et endocrines; le pharmacien Gilbert Boyeldieu : Considérations sur les formes pharmaceutiques des produits endocriniens; le docteur Baledent : Système nerveux et hormones dans le mécanisme des corrélations fonctionnelles; le docteur Hautefeuille : Métabolisme basal et endocrines; le docteur Choay : Notions récentes sur la physiologie ovarienne; le docteur Poulain : La conservation et la greffe des ovaires dans l'hystérectomie; le docteur Girard : Un cas picard d'acrodynie infantile; discussion sur la nature glandulaire; le médecin-capitaine Sauvez : Un cas de myxœdème et un cas d'infantilisme à type Gilford dans la même famille; le médecin-commandant Ferry : Les extraits de lobe postérieur d'hypophyse en obstétrique; le docteur Musin : L'endocrinologie dans la pathologie mentale; le docteur Fage : Rapports de la cataracte avec les troubles endocriniens; le médecin-commandant Masson : Un cas de diabète insipide.

***

LE BANQUET. — A midi et demi, les congressistes au nombre de 130 environ, se réunissaient dans les salons Godbert où fut servi un déjeuner délicatement ordonné.

Nous avons remarqué : le docteur Jean Poulain, le médecin général inspecteur Lanne, le médecin général Langlois, le docteur Musin, les médecins-colonels Spire, Schickelé et Bablon, les docteurs Labarrière, Charon, Hautefeuille, Fage; les docteurs Hurtrel, Blondel, Rinuy, du Syndicat des médecins de la Somme; MM. Léger et Denis, du Syndicat des pharmaciens; Mlle Dulin, du Syndicat des sages-femmes; enfin, le médecin-commandant Ferry et le docteur Christian Perdu, organisateur du Congrès.

Au champagne, le docteur Poulain, président de la Société médicale de la Somme sut, en quelques mots aimables, remercier les personnalités présentes et adressa tout particulièrement au médecin-commandant Ferry et au docteur Ch. Perdu des félicitations bruyamment approuvées par toute l'assistance qui ne ménagea pas ses applaudissements à l'adresse des deux organisateurs dont le tact sut régler dans ses moindres détails le programme de toute cette Journée.

Le médecin général inspecteur Lanne, à son tour, dit combien il était frappé par la collaboration étroite qui unit à Amiens médecins civils et médecins militaires et exalta ces sentiments de solidarité nés de la Grande Guerre, si utilement entretenus par des dirigeants avisés.

***

LA DÉMONSTRATION OPOTHÉRAPIQUE. — De nombreux laboratoires, spécialisés dans la fabrication des produits extraits des glandes endocrines, avaient su comprendre l'appel du Comité. Les démonstrations pratiques sur les procédés d'obtention et sur les résultats thérapeutiques de ces produits amenèrent un public serré autour des stands d'exposition.

Nous citerons entre autres les laboratoires : Choay, Débat, Fournier, Lumière, Tétard, Couturieux, Ciba, Byla, enfin les laboratoires Carrion et Roussel.

***

LES CONFÉRENCES DE L'APRÈS-MIDI. — Les corps médical et les intellectuels invités, attendaient avec curiosité la conférence prévue par le Comité sur les méthodes nouvelles du docteur de Martel en neuro-chirurgie. C'est avec regret qu'on apprit en toute dernière heure qu'un empêchement imprévu obligeait le distingué conférencier à se faire suppléer par un assistant. La déception fut grande, mais courte et le docteur Guillaume sut intéresser son auditoire en précisant la méthode du docteur de Martel, illustrée de films.

Après lui, le médecin lieutenant-colonel Schickelé, parla de l'évolution de l'aviation sanitaire, de ses services au cours de la grande guerre et surtout de celles du Maroc et du Levant. Des projections et des films documentaires accompagnaient les paroles de l'orateur dont la foi dans l'avenir de l'aviation sanitaire fut bientôt partagée par tout l'auditoire.

***

UNE BRILLANTE SOIRÉE THÉATRALE permit enfin aux congressistes d'entendre « Knock ou le triomphe de la médecine », la brillante satire de Jules Romains, qui pour être un peu chargée n'en reste pas moins empreinte d'un esprit d'observation très aiguisé.

REVUE GÉNÉRALE

LES DIARRHÉES CHRONIQUES DE L'ADULTE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Par M. MONNEROT-DUMAINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

VII. **Traitement étiologique.** — Nous en venons maintenant au *traitement étiologique des diarrhées;* c'est le traitement idéal, traitement théoriquement parfait, mais malheureusement la cause d'une diarrhée reste souvent obscure et quand elle est découverte elle ne comporte pas toujours de remède.

1° **Fausse diarrhée.** — La *fausse diarrhée* est à traiter comme une constipation et ce n'est pas le lieu d'étudier le traitement de la constipation. Disons seulement que les constipés arrivés au stade de la fausse diarrhée ont un côlon irrité et irritable; il y a un élément de colite surajouté. Les laxatifs seront doux et le choix doit avant tout se porter sur les lubréfiants : huile de paraffine, et les mucilages : agar-agar, coréine. Ces substances sont souvent associées dans les spécialités; malheureusement elles sont généralement additionnées de phénolphtaléine, d'extraits de rhamnées ou d'autres médicaments purgatifs qui sont plus nuisibles qu'utiles dans les constipations chroniques.

Aux laxatifs mécaniques on peut ajouter une cure de ferments lactiques, des lavements huileux, des extraits biliés par la bouche ou en lavements (Bensaude).

2° **Amibiase.** — Nous ne voulons pas non plus étudier complètement le traitement des dysenteries amibiennes. Rappelons seulement les grandes lignes de la thérapeutique applicable à l'amibiase intestinale chronique. Avant que Rogers eut employé l'émétine (1912) l'ipéca régnait sous la forme de potions à base de décoction et sous la forme des pilules de Segond. L'ipéca total peut encore rendre des services, mais le plus souvent on fait appel à l'émétine dont il ne faut pas dépasser 8 centigrammes par vingt-quatre heures, et en tout 1 gramme en un mois. Mais l'émétine s'est montrée inactive dans certains cas; les amibes s'y accoutument facilement; les kystes sont peu influencés. Les arsénicaux ont été préconisés par Ravaut en 1915 et on a beaucoup employé le novarsénobenzol intraveineux qui, en association avec l'émétine, donne de magnifiques succès. Par la voie buccale il semble particulièrement actif envers les kystes (comprimés glutinisés de narsénol Poulenc). Le 606 est lui aussi très actif, peut-être même plus actif (comprimés de 10 centigrammes de sanluol Poulenc) à la dose d'un à quatre comprimés par jour.

C'est également par la voie buccale que s'emploient les arsénicaux pentavalents : le stovarsol, le tréparsol : deux à quatre comprimés de 0,25 par jour. Leur action contre les kystes est indéniable. Dans tous les cas il est bon de traiter l'amibiase au moyen de cures mixtes. Ravaut dans les cas aigus associe l'émétine sous-cutanée au novar intraveineux; dans les cas chroniques il donne un jour sur deux un arsénical organique par voie buccale (de préférence le 606 : un à six comprimés) et le jour intermédiaire trois à douze cuillerées à café de la pâte charbon-ipéca-bismuth que l'on connaît actuellement sous son nom et dont la formule est la suivante :

Poudre de charbon végétal.	} *ââ* 100 grammes
Sous-nitrate de bismuth....	
Sirop simple..............	
Glycérine................	
Poudre d'ipéca..........	4 —

Bien mélanger.

Ce traitement mixte donne des résultats surprenants, même dans des cas anciens.

Or, bien qu'armé de cette façon contre l'amibiase, on note encore des échecs, en particulier dans des dysenteries particulièrement invétérées. Aussi se tourne-t-on parfois vers de nouveaux agents ou même d'anciens médicaments un peu oubliés.

Les auteurs allemands préconisent le *Yatren* qui est assez irritant et que l'on utilise par injection et en lavements. On a publié des résultats intéressants; un des plus significatifs est celui d'un malade amibien depuis plus de quinze ans et qui au milieu d'une poussée aiguë reçoit seize capsules de 0,25 en trois fois au début des repas, pendant dix jours; puis dix jours de repos, et reprise du traitement deux fois. Cette amibiase guérit alors qu'elle avait été imparfaitement influencée par l'émétine, le 914 buccal, le tréparsol, le stovarsol, le simarouba, le kho-sam, la pâte de Ravaut et plusieurs préparations indigènes (Montel).

La salicaire, le simarouba ont pu améliorer quelques cas. Les semences de *Brucea Sumatrana* ou *Kho-Sam* peuvent s'employer sous forme de gélules d'Elkossam de 0,50, même dans les rechutes.

L'*aurémétine* seul ou associé à d'autres produits a le mérite de ne pas être toxique.

Beaucoup de ces agents semblent avoir une action plus symptomatique, vaso-constrictrice que réellement spécifique. C'est peut-être le cas de l'*uzara* qui aurait pourtant, suivant quelques auteurs, grâce à ses alcaloïdes (dont l'uzarine) une action comparable ou supérieure à celle de l'émétine.

Signalons aussi le complexe d'iodure de bismuth, quinine et arsenic (tri-iodo-ercé) que Béteau emploie en injections intramusculaires à raison d'une ampoule tous les deux ou trois jours. Il guérirait des cas qui ont résisté à la thérapeutique classique, mais il échoue encore dans au moins 15 p. 100 des amibiases chroniques. Il serait très bien toléré.

S'il est bon de connaître ces différentes drogues auxquelles on peut de temps à autre faire appel dans les cas anciens qui résistent aux médications habituelles, il n'en reste pas moins que c'est à ces dernières (émétine, arsenic organique, pâte de Ravaut, peut-être yatren) qu'il faut faire le plus sou-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 54, p. 977, et n° 56, p. 1013.

vent appel au moyen de cures associées, soutenues et répétées.

3° **Entérocolites parasitaires non amibiennes.** — On est moins bien armé devant les diarrhées parasitaires qui ne sont pas amibiennes. On a essayé de leur opposer tout d'abord la thérapeutique anti-amibienne. L'émétine se montre presque toujours inefficace. L'arsenic donne des résultats très variables. Cependant les *lamblias* peuvent disparaître à la suite d'une cure buccale de stovarsol ou surtout d'arsénobenzol (sanluol Poulenc). Mais c'est un parasite qui est parfois très résistant et qui peut persister plusieurs années dans un intestin malgré tous les traitements. Dans une observation de M. Labbé la lambliase n'avait pas cédé à des cures successives de thymol, de calomel, de stovarsol, de sulfarsénol, d'acétylarsan et de térébenthine.

Le bismuth à doses massives serait un excellent agent. Deschiens prescrit chez l'adulte 50 à 60 grammes de carbonate de bismuth très pur pendant dix jours. Après deux ou trois jours d'interruption il réactive la parasitose avec de la bile ou du calomel, per os, et si les lamblias reparaissent il prescrit une nouvelle série de bismuth. En Amérique on a préconisé le tétrachlorure de carbone.

La méthode d'Escomel qui consiste à donner de la térébenthine par la bouche et en lavements donne des succès dans les entérites à *trichomonas*.

La *balantidiose* résiste souvent à la thérapeutique; là encore le stovarsol est un des agents les moins mauvais. On a essayé la diète hydrique avec quelques succès. Cort a traité et guéri douze cas par des lavements de 15 centimètres cubes d'huile de chénopodium dans 150 centimètres cubes d'huile d'olives.

On prescrira le thymol chez les malades porteurs de *trichocéphales*. Le novar débarasse l'intestin des *blastocystis*.

Les *spirilles de l'intestin* sont très sensibles aux arsénicaux pentavalents. Dans la récente observation de Tchékoff le stovarsol aux doses de un demi à deux comprimés pendant quinze jours a fait disparaître le spirochète des selles définitivement et a guéri tous les symptômes.

La *bilharziose intestinale* guérit par les composés injectables d'antimoine (Christopherson) : émétique de potassium, émétique de soude (stibyal), stibényl. On peut remplacer les injections intraveineuses d'émétique par des lavements (Wilson); il nous a semblé qu'ils étaient très bien tolérés.

4° **Traitement des recto-colites ulcéreuses.** — Les colites et recto-sigmoïdites chroniques non parasitaires sont des plus difficiles à soigner.

a. *Régime.* — Il faut supprimer les aliments putrescibles (albuminoïdes) lorsque ces affections s'accompagnent d'un syndrome de putréfaction. D'autre part, on doit conseiller les aliments très digestibles qui laissent peu de résidus.

b. *Traitement médicamenteux.* — A priori l'antiseptie de l'intestin devrait guérir les colites en supprimant les microbes qui la causent et en même temps en supprimant les agents des putréfactions qui contribuent à irriter la muqueuse. C'est dans ce but que d'innombrables antiseptiques intestinaux ont été prescrits tour à tour : le bismuth (salicylate), le benzo-naphtol, le sulfate de cuivre, les sels d'argent (4 à 6 pilules de cryptargol), la chloramine T (2 à 8 pilules de 0g05 de chloramine, associée ou non au charbon pour retarder l'absorption) et même les arsénicaux pentavalents.

Il ne faut pas considérer tous ces agents comme inefficaces, et quelques-uns ont des succès à leur actif; mais ils sont impuissants à guérir des ulcérations coliques.

Lorsqu'on vise particulièrement l'élément « putréfaction », on fait appel aussi au lactose, à l'amidon paraffiné (amidal), qui favorisent les fermentations et s'opposent dans une certaine mesure aux putréfactions. Quant aux ferments lactiques leur action est variable.

Une autre indication théorique de la thérapeutique des colites est le pansement de la muqueuse : les poudres de bismuth, de kaolin, de craie préparée doivent être prescrites à haute dose. On peut les associer au charbon et aux substances antiseptiques énumérées plus haut. Une mention spéciale doit être réservée à l'émétine, en dehors même de toute manifestation parasitaire; elle agit, en particulier, sur les hémorragies; elle pourrait améliorer 66 à 75 p. 100 des malades d'après Burril Crohn.

c. *La vaccinothérapie* a été tentée sous diverses formes (Berthelot et Bertrand, Danysz), et les résultats quoique encore discordants sont encourageants. On se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord la question des germes en cause, spécifique ou non, n'est pas résolue. Pourtant on a préparé des vaccins colibacillaires ou entérococciques, ou des vaccins mixtes comprenant des coli, des entérocoques, des proteus, des streptocoques, des staphylocoques.

Il semble que l'on doive préférer les auto-vaccins. Leur préparation se heurte au fait que la plupart des germes des fèces sont morts. Aussi Weinberg a-t-il recueilli tous les germes des fèces, sans culture, pour les tuer et les injecter. Ce « tillovaccin » a donné des succès. Goiffon et Pretet ont préparé un vaccin analogue qu'ils administrent par la bouche.

Pour obtenir une flore microbienne abondante et vivante, Gaehlinger et Bécart administrent une légère purgation saline. Ils cultivent la flore intestinale sur bouillon gélosé pendant quinze jours à trois semaines. Le vaccin se donne à jeun à raison de 10 à 20 centimètres cubes chaque matin, par la bouche. Ce vaccin est particulièrement riche en coli, entérocoque, staphylocoque, proteus, streptocoque et pneumocoque. Bensaude, Cain et Oury utilisent à la fois la voie sous-cutanée, rectale et buccale pour administrer un auto-vaccin comprenant toute la flore intestinale. Ils ont pu suivre sous le contrôle rectoscopique l'amélioration très nette de rectocolites ulcéreuses. Pourtant von Knorr n'ayant d'abord obtenu que des résultats variables avec un auto-vaccin à coli, strepto et sarcines, n'isole maintenant que des coli-bacilles et en distingue quatre groupes. Il administre son vaccin par voie sous-cutanée et obtiendrait de beaux résultats.

Par contre, d'autres auteurs considèrent le coli comme un germe d'accompagnement et l'éliminent de leurs autovaccins. Surmont et Buttiaux cultivent des prélèvements faits par frottis de la muqueuse recto-colique. Ils obtiennent surtout des colonies de staphylocoques, de streptocoques et de proteus, les atténuent par l'iode et les administrent par la bouche après avoir créé une chasse biliaire.

Avec ces différents vaccins, tous les auteurs ont signalé quelques bons résultats. Ce serait un argument en faveur du polymorphisme et de la variété des germes en cause dans les colites ulcéreuses. Il semble donc que la vaccination dans cette maladie doive varier avec les malades et, par conséquent, elle doit être une autovaccination.

La vaccinothérapie des colites ulcéreuses est basée en Amérique sur des principes différents. On tend à admettre la spécificité du diplocoque de Bargen et ce germe sert à préparer des vaccins et des filtrats dont les auteurs américains auraient retiré les plus grands profits (Bargen et Logan, Ed. et J. Horgan).

d. *Sérothérapie.* — C'est dans le même esprit de spécificité qu'un sérum est préparé aux Etats-Unis. On l'a employé seul ou en association avec un vaccin.

Ce n'est pas le seul sérum qui soit utilisé, car plusieurs cliniciens ont employé le sérum antidysentérique polyvalent (Hurst, etc...).

e. *Traitements locaux.* — Il est logique de songer à porter directement sur les lésions recto-coliques les produits topiques qui peuvent les panser, les désinfecter et favoriser leur cicatrisation. Il ne nous est pas possible de passer en revue les innombrables formules de lavages intestinaux. Signalons seulement les solutions oxygénées, argentiques, et celles de permanganate, de bleu de méthylène, de chlorure de magnésium (Delbet). L'acriflavine ne semble pas donner les résultats annoncés. On peut l'employer en solution de 1 p. 4000 dans du sérum salé. On peut commencer les irrigations coliques à un taux plus faible et augmenter progressivement (Crohn).

Il ne faut pas oublier les simples lavages de sérum physiologiques. Rappelons aussi qu'il est possible de pratiquer des lavages descendants du côlon au moyen du tube intestinal à bout olivaire introduit dans le duodénum suivant la technique d'Einhorn, puis dans le grêle après adaptation de segments supplémentaires; ce procédé a été étudié en France par Gaultier.

Si les lésions sont basses, recto-sigmoïdiennes, Friedel fait des pansements gélosés à l'agar-agar ou à la coréine à laquelle sont incorporés des médicaments calmants, styptiques, cautérisants ou désinfectants. Taillandier a préconisé les pansements à l'arsénobenzol.

Rattachons aux traitements locaux les insufflations rectales d'oxygène (Schmidt).

f. *Traitements divers.* — Il faut réserver à des cas anciens, invétérés, graves, les interventions chirurgicales. Pour mettre la muqueuse au repos en détournant le cours des matières ou bien pour permettre des irrigations descendantes, on a conseillé l'appendicostomie, la cæcostomie, la typhlosigmoïdostomie et même l'iléostomie. C'est là une chirurgie souvent décourageante.

Les traitements électriques, la photothérapie sont des méthodes accessoires.

5° **Les diarrhées d'origine buccale** réclament une mastication soignée, la désinfection de la bouche, les soins et au besoin la prothèse dentaire. Parfois on conseillera l'usage d'un appareil masticateur qui réduit les aliments en particules dans l'assiette du malade.

6° **Diarrhée gastrogène.** — Le traitement de la *diarrhée gastrogène* consiste à donner des aliments très sapides pour exciter la sécrétion peptique, très divisés pour être attaqués par celle-ci et à proscrire les aliments qui peuvent se putréfier comme la viande, et les aliments azotés en général.

On remédie à l'hypochlorhydrie par X à XL gouttes d'acide chlorhydrique pris dans de l'eau à petites gorgées au cours du repas et pendant un temps prolongé. S'il y a en même temps apepsie, il faut faire prendre aussi de la pepsine. Il existe dans le commerce de bonnes préparations de suc gastrique de porc.

7° **Diarrhée par fermentation.** — La diarrhée *par fermentation* réclame surtout un régime. Il ne faut donner que des hydrates de carbone faciles à digérer sans enveloppe cellulosique et on doit essayer la viande. Et même dans bien des cas, le malade se trouvera fort bien de supprimer pendant plusieurs jours tous les hydrates de carbone; il reviendra ensuite progressivement à une alimentation mixte. On peut profiter également de ces modifications de régime pour essayer de modifier la floré intestinale en prescrivant les ferments lactiques. Les résultats sont inconstants, mais quelquefois très satisfaisants. On peut ajouter des diastases amylolytiques (amylodiastase par exemple).

8° **Traitement de la sprue.** — Le régime est d'une importance capitale dans le traitement de la sprue. Il faut avant tout proscrire les hydrates de carbone et interdire par conséquent le sucre, le pain, les pâtes alimentaires, les pommes de terre. L'alimentation devra porter soit sur un des trois régimes exclusifs suivants : lait, fruits crus, viande, soit sur leur association. P. Manson prescrit le lait seul mais à hautes doses : 3 à 4 litres par jour (après une progression d'une dizaine de jours). Le lait n'est pas toujours bien accepté et il n'est pas possible de donner à un malade uniquement du kéfir; or le lait concentré sucré et les bouillies seraient trop riches en hydrates de carbone. Les fruits crus donnent d'excellents résultats et les meilleurs sont les fraises; on peut ajouter des bananes, des poires. Enfin le régime albuminoïde exclusif a été préconisé par Le Dantec avec l'espoir de faire disparaître l'abondante flore iodophile qui se nourrit d'hydrate de carbone. Il prescrit ce régime sous forme de viande pulpée ou de viande superficiellement grillée. Dans son précis il relate l'observation d'un malade cachectisé qui fut amélioré de façon surprenante en quelques jours et guérit rapidement. C'est qu'en effet de tous les régimes conseillés dans

la sprue, le régime albuminoïde est aussi le plus tonique. Et ces malades ont un état général très médiocre qui demande des soins. C'est pourquoi le repos strict au lit, les injections de sérum (physiologique ou marin) trouvent chez eux des indications très nettes. Certains auteurs ont dû faire des transfusions sanguines pour traiter l'anémie. Au point de vue médicamenteux on a conseillé la chaux (lactate de calcium) et surtout des extraits de glandes digestives : extraits peptique, pancréatique, intestinal, hépatique. Pour ce dernier il vaut mieux employer le foie cru selon la méthode de Whipple étant donné l'anémie des malades. Enfin Ashford, Carl Michel préparent un vaccin contre Monilia psilosis.

Les résultats de ces traitements surtout diététiques sont souvent remarquables, sauf dans certains cas où s'est installée secondairement une colite, due sans doute à des infections surajoutées.

La sprue est le type de la diarrhée chronique rebelle, désespérante lorsqu'on lui oppose une thérapeutique banale, et dont la guérison est souvent facile à obtenir lorsqu'un traitement éclairé, spécial, presque spécifique est mis en œuvre.

9° **Diarrhées diverses.** — Les diarrhées *anaphylactiques* commandent l'essai de la désensibilisation (spécifique ou par la peptone), ou simplement la suppression de l'aliment en cause.

La *diarrhée émotive* est à traiter autant par la psychothérapie que par une médication chimique. Certes, c'est bien dans les diarrhées nerveuses que triomphe l'opium, mais on n'y aura recours que prudemment. On doit rassurer son malade; l'envoyer faire une cure sédative à la campagne, à la montagne, mais pas à la mer; on doit lui recommander l'hydrothérapie et soigner son état général.

Le traitement de la *diarrhée de la maladie de Basedow* sera avant tout étiologique : on peut prescrire aussi l'adrénaline en lavements (Eppinger, Von Noorden); il serait logique d'essayer le tartrate d'ergotamine.

Les *diarrhées des tuberculeux* sont souvent, nous l'avons déjà dit, des diarrhées par fermentation, à traiter comme telles; elles sont d'autres fois améliorées par l'extrait pancréatique; mais surtout par les arsenicaux organiques qui pourraient même améliorer la diarrhée tuberculeuse vraie. Si ces diarrhées sont profuses, soulageons le malade par l'ampoule de chlorure ou de gluconate de calcium. La craie opiacée, le charbon de sang sont des agents efficaces.

Chez les *cirrhotiques*, la diarrhée serait mécanique. La gêne du système porte ne permet plus la déshydratation du contenu intestinal, celui-ci reste liquide et fermente. On a essayé le mucilage sous forme de coréine avec de bons résultats.

Les *diarrhées nerveuses des psychonévroses* sont justiciables de la psychorééducation (Déjerine, Lévy).

*
* *

VIII. — **Conclusions.** — Comment diagnostiquer et traiter une diarrhée chronique? — Il est malaisé de résumer brièvement le diagnostic et le traitement de tant d'affections intestinales et générales. Et si l'on veut trop schématiser les syndromes, si l'on veut créer une méthode trop simple de diagnostic, on donnera une idée fausse de la réalité qui est multiple et complexe.

Cependant il faut essayer de ramasser en quelques grandes lignes pour les praticiens, qui sont peu familiarisés avec tous les détails de la pathologie digestive, la marche à suivre pour élucider les causes d'une « vieille entérite » et pour lui porter remède.

La première étape doit être clinique : interrogatoire, examen général, examen macroscopique des matières. On se demandera si le malade est un tuberculeux, un ancien dysentérique, un ancien dyspeptique. On essayera de retrouver un épisode recto-sigmoïdien; on demandera s'il y a des émissions de pus, de glaires, de sang, et on vérifiera ces dernières données par l'examen macroscopique des selles qui pourra montrer si elles sont plutôt fermentatives (mousseuses, d'odeur aigrelette, acides au tournesol) ou bien alcalines (odeur putride).

D'ores et déjà on peut être orienté vers un des types les plus importants.

C'est tout ce que la clinique peut faire en général. Que va-t-on demander au laboratoire?

Evidemment de nombreuses recherches peuvent être faites dans les selles, nous l'avons vu. Mais quelles sont celles dont on ne doit pas se passer?

Il faut avoir la notion de l'existence ou non d'un *syndrome lésionnel* : en dehors du mucus, du sang, du pus, ce sont les amas mucoïdes, l'albumine soluble qui le caractérisent. On fait aussi rechercher les parasites, kystes amibiens surtout, recherche de tout premier plan quand on a la notion d'une altération des muqueuses intestinales.

Dans le cas contraire, il faut savoir quelle est la *fonction* troublée : l'examen des résidus alimentaires (grains végétaux, viande, graisse) aidera à le savoir. Le dosage des acides organiques, en décelant leur augmentation, facilitera éventuellement le diagnostic de diarrhée fermentative.

Enfin il faudra faire appel au radiologue et au proctologiste quand on soupçonnera, en particulier, un cancer ou une colite ulcéreuse.

Le traitement sera surtout étiologique; mais si on ne découvre pas la cause de façon certaine, en particulier quand on ne peut faire appel au laboratoire pour des raisons matérielles ou autres, on se trouvera bien dans beaucoup de cas de prescrire une cure intensive d'un composé arsenical organique associée à un régime très léger d'hydrates de carbone ne laissant pas de résidus, avec ou sans lait suivant la susceptibilité du malade, puis de jambon et de viande demi-crue très tendre.

Après une semaine d'arsenic organique, on peut conseiller une semaine de salicylate de bismuth ou de ferments lactiques.

Mais encore une fois, une telle conduite doit être l'exception. C'est une conduite aveugle. Que dirait-on médecin qui, doutant de la nature syphilitique d'une dermatose, ferait un traitement d'épreuve avant de s'efforcer de faire la preuve de l'infection tréponémique? Il négativerait le Wassermann et laisserait échapper la possibilité de prouver que le

malade est ou non syphilitique. Le médecin qui, vis-à-vis d'un malade suspect d'amibiase, aurait une conduite analogue, commettrait une faute semblable.

En s'efforçant par des examens répétés de remonter à la cause des diarrhées chroniques, on pourra soulager et même guérir des malades qui traînaient leur « entérite » depuis de longues années.

BIBLIOGRAPHIE

Etant donné l'importance de la bibliographie, nous n'indiquerons ici que les principaux travaux parus depuis 1922. (Pour la bibliographie avant 1922, nous renvoyons à la bibliographie de l'ouvrage de Louis TIMBAL, désigné ci-après.)

1° **Travaux d'ensemble.** — *Généralités.* — Louis TIMBAL (de Toulouse). *Les Diarrhées chroniques*, Masson, 1922.

TRÉMOLIÈRES et THOMAS. Diagnostic et traitement des diarrhées, *Journ. méd. franç.*, mai 1925.

CARNOT, HARVIER, etc. *Les Colites*, Baillière, 1923.

BRISSAUD. Art. DIARRHÉES, in *Traité* Sergent, Maloine, 1926.

Les articles de STRASBURGER dans le *Handbuch der Inneren Medizin* de BERGMAN, Berlin 1926, Springer (1).

R. BENSAUDE. Les diarrhées chroniques de l'adulte. Diagnostic et traitement, *Journ. des prat.*, 16 fév. 1929.

TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE. Art. PATHOLOGIE DE L'INTESTIN, in *Nouveau Traité de médecine*, t. XIV, Masson, 1924.

MOUTIER. Art. COLITES, in *Traité* Sergent, Maloine, 1926.

A. GADÉ. *Aperçu général sur l'entérite chronique (ses modalités cliniques, ses conditions d'apparition). Etudes d'hydrologie clinique. Entérites et colites et leur cure hydro-minérale*, Paris 1923.

SCHMIDT et NOORDEN. *Tratado clinico de las enfermedades del intestino*, Barcelone 1924.

GOIFFON et NEPVEUX. Les diarrhées à transit accéléré, *C. R. de la Soc. de méd. de Paris*, 9 mai 1924, p. 322.

ROESSLER (O. A.). Akute und chronische Darmkatarrhe Eulenburgs Real, *Enzyclopedie*, Berlin 1928, 7e édition, t. XII, p. 237.

SCHUEZER (J.). Chronic diarrhea in adults, *Med. Journ. and Record*, 19 sept. 1928, p. 286.

2° **Sémiologie des diarrhées chroniques.** — H. GODLEWSKI. Troubles graves de déshydratation, *Journ. méd. franç.*, mai 1925.

Roger SARLES. Troubles nerveux et psychiques d'origine colitique, *Th. de Paris*, 1926.

MATHIEU DE FOSSEY et BÉHAGUE. Syndrome neuropsychique des colites alcalines (paramyoclonie anxieuse), *Monde méd.*, 15 avril 1926, p. 431.

SAVIGNAC et R. SARLES. Emotivité et angoisse dans les colites de fermentation, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janv. 1927; — Le syndrome névropathique de neuropsychasthénie dans les colites de putréfaction, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1928, n° 2, p. 157.

R. BENSAUDE. *Traité de rectoscopie et sigmoïdoscopie*, Masson, 1926.

ARMENGAUD (de Cauterets). Le syndrome entéro-naso-pharyngien, *Monde méd.*, 1er mars 1929.

U. BACCARINI. Sur un nouveau réflexe colique, *Riforma med.*, 14 mars 1927.

FAROY et BAUMANN. Les deux étapes de la typhlo-colite chronique, *Presse méd.*, 23 juin 1926.

CARMAN. *The Rontgen Diagnosis of Diseases of alimentary Canal*, Philadelphie 1924.

COLANÉRI. Le syndrome colique angulaire, *Bull. méd.*, 27 fév. 1929.

H. GAEHLINGER. Spasme colique et psychisme, *Marseille méd.*, 25 fév. 1929.

SERGENT et MIGNOT. Les réveils de la tuberculose pulmonaire latente par les régimes de carence et la vaccinothérapie dans les syndromes d'entéro-colite, *Monde méd.*, 1er juillet 1929.

J.-Ch. ROUX. Fermentations acides et tuberculose, *Soc. de gastro-entérologie de Paris*, 10 déc. 1928, in *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1929, p. 95.

3° **Coprologie.** — ROSELL et CAMBIES. *Coprologie clinique*, 1927, Vigot. (Cet ouvrage renferme une abondante bibliographie en particulier allemande.)

GAULTIER. *Précis de coprologie clinique*, Paris 1928; — Art. SÉMÉIOLOGIE DES FÈCES, in *Nouveau Traité de médecine*, t. XIV, Paris, Masson.

LANGERON et RONDEAU DU NOYER. *Coprologie microscopique*, Paris 1926.

GOIFFON. *Coprologie clinique*, préface de J.-Ch. Roux, 1925, Masson; — Selles d'adultes et selles d'enfants, *Monde méd.*, 15 avril 1928.

GOIFFON et DONY. Essai de statistique coprologique, *Soc. de gastro-entérol.*, 12 juillet 1926.

GOIFFON. Les signes coprologiques des colites, *Presse méd.*, 26 avril 1924, n° 34; — Les altérations de l'équilibre acide-base des selles. Les selles acides par insuffisance des bases, *Soc. de gastro-entérol.*, 12 juillet 1926; *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1926.

LE NOIR et GOIFFON. Un caractère des selles de tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, 1927.

GOIFFON. Une mesure simple du H des selles, *Soc. de gastro-entérol.*, 9 juillet 1928.

J.-Ch. ROUX et GOIFFON. Les acides organiques de fermentation dans les selles, leur mesure, leur valeur clinique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janv. 1921 et janv. 1924.

M. LABBÉ et F. NEPVEUX. Le diagnostic de l'insuffisance pancréatique, *Soc. de gastro-entérol.*, 13 juin 1927.

LE NOIR et DESCHIENS. Etude statistique concernant les infestations parasitaires du tube digestif à Paris, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1924.

OURY et TERRIAL. Selles, *Monde méd.*, numéro spécial : « Comment lire une analyse? », 15 mai 1929.

H. POUBLAN. Contribution à l'étude du parasitisme intestinal dans la région parisienne, *Th. de Paris*, 1926.

CARRIEU et Mme RAMBAULT-SIMON. Etude des flagellés de l'intestin humain dans la région de Montpellier, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juin 1927.

SCHMIDT et STRASBURGER. *Die Fazes des Menchen*, Hirschwald.

R. DESCHIENS et R. CARVAILLO. *La Coprologie en pratique médicale*, 1929, N. Maloine.

4° **Amibiase chronique.** — RAVAUT. Arsénicaux par voie buccale dans le traitement et la prophylaxie de l'amibiase et des diverses infections intestinales, *Presse méd.*, 21 avril 1925; — *Syphilis. Paludisme. Amibiase*, Masson, 1927.

LONGNON. Colites amibiennes chroniques, *Th. de Paris*.

LEMAIRE. Traitement de la dysenterie amibienne chronique, *Soc. de méd. et d'hyg. trop.*, 25 oct. 1928.

WILLMORE et MARTINDALIE. *Brit. med. Journ.*, 20 mars 1926.

FARNAGUET. *Progrès méd.*, 1927, n° 33.

BEROS, JOBART et VENDŒUVRE. L'amibiase au Maroc, rapport présenté aux *Journées médicales marocaines* de 1925.

C. DOBELL et P. LAIDLAW. The action of ipecacuanha alcaloids on Entamoeba hystolotyca and some other entozoic amoebae in culture, *Parasitology*, 16 juillet 1926, n° 2, p. 206-223.

Giulio BACCHELLI. Amebiasi e sua cura, *Biologie méd.*, édition italienne, avril 1927, n° 3, p. 123.

(1) Nous remercions vivement Mlle SIMON, externe des hôpitaux, qui, grâce à sa parfaite connaissance de la langue allemande, nous a permis d'étudier les travaux allemands.

C. A. Racazzi. Dissenteria e Amibiasi, *Med. ital.*, avril 1927, n° 4, p. 224-229.

J.-Ch. Roux et Savignac. Dysenterie amibienne et cancer du rectum, *Soc. de gastro-entérol.*, Paris, 10 janv. 1927.

Milanesio et Meldolosi. I signi radiologici della disenteria amebica, *Arch. di Radiol.*, mars-avril 1925.

Fontanel et Melnotte. Thérapeutique et prophylaxie de l'amibiase, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juillet 1927, p. 57.

Joseph Foucaud (de Châtel-Guyon). Les colites amibiennes. Leurs indications. Leur traitement à Châtel-Guyon, *Réunion d'hydrologie et de climatologie du Sud-Ouest*, Toulouse, 27 mars 1927.

P. Remlinger. La dysenterie amibienne au Maroc et en particulier à Fez, *Maroc méd.*, 15 août 1928, n° 80.

J.-P. Beteau. Note sur la thérapeutique anti-amibienne, *Revue de méd. et d'hyg. trop.*; — Thérapeutique de l'amibiase par un complexe bismutho-arsénical, *Revue gén. de méd. et de chir. de l'Afrique du Nord*, 1er avril 1928, n° 52; — A propos d'une épidémie autochtone d'amibiase, *Th. de Paris*, 1927.

Rousseau et Lose Duwez. De l'ipéca et succédanés dans l'amibiase intestinale, *Bruxelles méd.*, 10 juillet 1927.

H. Sanglier. Le traitement actuel de la dysenterie amibienne chronique, *Th. de Paris*, 1925.

A. Cain. Les porteurs d'amibes. Etat actuel de la question, *Revue critique de pathol. et de thérap.*, fév. 1930, n° 1, p. 64.

F. Toullec et M. Blanchard. Guérison de la dysenterie amibienne par la méthode de Montel, *Soc. de pathol. exotique*, 13 mars 1929.

Castex, Romano et Beretervide. Recto-colitis amebiana cronica y poliposio intestinal, *Arch. Argent. enferm. apar. dig.*, déc. 1925, p. 326.

A. Panayotatou. *L'Amibiase intestinale et ses localisations extra-intestinales*, Paris 1926, Vigot.

Traitement de l'amibiase par le stovarsol. — E. Marchoux. Le stovarsol guérit rapidement la dysenterie amibienne, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 14 fév. 1923, n° 2, p. 179.

P. Delanoe. L'action du stovarsol ou « composé 190 » dans la dysenterie amibienne, *Maroc méd.*, 15 mai 1923, n° 17, p. 150.

Fontanel et Millischer. Le stovarsol dans la dysenterie amibienne, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 30 oct. 1923.

Rubenthaler et Jausion. Traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol, *Paris méd.*, 7 juin 1924, n° 23, p. 538.

L. Couvy. Note sur le traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, séance du 9 juillet 1924, n° 7, p. 555.

Cade et P. Ravaut. Succès remarquable de la médication par le stovarsol au cours d'une dysenterie amibienne datant de trente mois et rebelle aux autres thérapeutiques, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 22 janv. 1924.

J. H. Spencer. Le stovarsol dans le traitement de l'amibiase, *Journ. of the royal Army med. Corps*, mars 1925, n° 3, p. 216.

Melnotte. Le traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol, *Paris méd.*, 5 juin 1926, n° 23, p. 548.

Foster M. Johns et Chaille Jamison. Traitement de l'amibiase par l'administration buccale de stovarsol, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 20 juin 1925, n° 25, vol. LXXXIV.

Denœux. Le traitement de l'amibiase chronique et des entérites à lamblia par le stovarsol, *Biologie méd.*, avril 1925, n° 3, p. 121.

Anglade. Note concernant un cas de guérison par le stovarsol d'une dysenterie amibienne émétino et arséno-résistante, *Soc. de méd. du Loiret*, 18 juin 1924, in *Centre méd.*, 1er juillet 1924, p. 273.

Ch. Garin. Un cas d'amibiase intestinale associée à la lambliose et à la trichomonase résistant aux médications classiques. Traitement par le stovarsol, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 27 juillet 1924; — Le traitement médical de l'amibiase. Conférence faite par l'auteur aux « Journées médicales marocaines », Casablanca-Rabat, 26-29 déc. 1924, Cf. *Presse méd.*, 24 janv. 1925, n° 7, p. 102-103, et *Maroc méd.*, janv. 1925, n° 37, p. 66.

P. Ravaut. Le traitement préventif et curatif de l'amibiase par les composés arsénicaux administrés par la voie buccale, « Journées médicales marocaines », Casablanca-Rabat, 26-29 déc. 1924, Cf. *Maroc méd.*, 15 janv. 1925, n° 37, p. 73.

J. Rivero A. Tratamiento de la Disenteria amibiana por el Stovarsol, *Revista med. de Yucatan*, déc. 1925, n° 10, p. 141.

J. Zerah. Du traitement de l'amibiase par le stovarsol, *Th. de Paris*, 19 mai 1925.

M. Paisseau et Mme Bertrand-Fontaine. Sur un cas d'amibiase chronique, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 20 mars 1926, n° 3, p. 176-180.

C. H. Harrison. Treatment of chronic amebic dysentery and ameba carriers with Stovarsol, *Un. States Veteran's med. Bull.*, mai 1926, p. 147; — Treatment of chronic amebic dysentery and amebic carriers with Stovarsol, *Un. States Veteran's Bureau med. Bull.*, Washington, mai 1926, p. 447; Cf. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 17 juillet 1926, n° 3, p. 102.

Roberto Botero Arango. La Amibiasis y su tratamiento por el Stovarsol, *Thèse* de Bogota (Colombie), juin 1926.

Traitement de l'amibiase par le tréparsol. — Ch. Flandin. Le dérivé formyle de l'acide méta-amino-para-oxy-phénylarsinique (tréparsol) dans le traitement de l'amibiase, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 nov. 1924.

Ch. Flandin et L. Duchon. Récidive de dysenterie amibienne après trente-trois ans de guérison apparente, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 août 1926, n° 28, p. 1416.

Vialard et Darleguy. Traitement par le dérivé formyle de l'acide méta-amino-oxy-phénylarsinique de quelques cas d'amibiase chronique, *Presse méd.*, 6 juin 1925, n° 45, p. 748.

Maire. Le traitement des dysenteries par le tréparsol, *Bull. méd.*, 1926, n° 19, p. 530.

Carro. Sur un cas de dysenterie amibienne, *Ann. de méd. et de chir. d'Espagne*, Madrid 1925-1926, n° 3, p. 183.

Traitement de l'amibiase par le yatren. — M. P. Muhlen. *Arch. f. Schiffs. u. Tropen Hyg.*, 1925.

Feissly et Fried. Traitement de l'amibiase chronique par le yatren 105, *Soc. de gastro-entérologie*, 13 déc. 1926.

R. Montel. Sur un cas de dysenterie amibienne récidivante traitée par le yatren, *Soc. de pathol. exotique*, 11 mai 1928.

Froilano de Mello et J. C. da Cruz. Résultats du traitement expérimental de divers états d'amibiase intestinale par le « yatren purissimum », *Soc. de pathol. exotique*, 12 déc. 1928.

5° Diarrhées parasitaires non amibiennes. — Brumpt. *Précis de parasitologie*, 1927, Masson.

Le Noir et Deschiens. *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 10 nov. 1924.

Hasie. La bilharziose intestinale sur les Hauts Plateaux à Madagascar, *Soc. de pathol. exotique*, 11 mai 1928.

L. Bernard et Thomas. Sur deux cas d'entéro-colite à protozoaires guéris par le stovarsol, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 juin 1924.

M. R. Castex et D. J. Greenway. Le rôle pathogène du blastocystis hominis, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, séance du 11 fév. 1925, n° 2, p. 132.

Mme PANAYOTATOU. Trois cas d'entérite à blastocystis hominis, *Soc. de pathol. exotique*, 13 nov. 1928.

M. R. CASTEX et D. GREENWAY. Les protozoaires dans l'intoxication intestinale, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, séance du 11 fév. 1925, n° 2, p. 177-183.

F. A. NOVOA. Tratamiento de las diarreas cronicas a protozoarios por el Estovarsol, *Thèse*, San Salvador, fév. 1926.

A. PANAYOTATOU. Trois cas d'entérite à « Trichomonas » guéris par le stovarsol, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, séance du 14 oct. 1925, n° 8, p. 647.

FROILANO DE MELLO. Le parasitisme intestinal dans l'Inde portugaise, *Arquivosa de esch. med.-chir. de Nova-Goa*, 1927.

SALVADOR MAZZA. Fréquence des blastocystes dans les selles de diarrhées chroniques et son traitement approprié, *Prensa med. Argentina*, 10 nov. 1922.

M. LABBÉ et JUSTIN-BESANÇON. Entérite à trichocéphales et ictère catarrhal, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1928, p. 1153.

DESCHIENS. Les entéro-colites à flagellés, *Revue méd. universelle*, nov. 1926, n° 10, p. 11.

M. J. BARILARI (Buenos-Aires). Importance de l'entozoose en pathologie médicale, *Prensa méd. Argentina*, 30 janv. 1925, n° 24, p. 820.

J.-Ch. ROUX. Note sur certaines entérites à flagellés « Tetramitus Mesnili », *Arch. des mal. de l'app. dig.*, Paris 1924, t. XIV, p. 836-841.

CADE. Entéro-colite chronique due à une anguillulose intestinale durant depuis trente-six ans; tuberculose intestinale terminale, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, déc. 1924.

Spirochétoses intestinales. — LE DANTEC. Spirillose intestinale, *Précis de pathologie exotique*, 5e édition, Paris 1929, Doin.

WALDORP. Dysenterie spirillaire ou à spironèmes, *Semana med.*, 1er mai 1924, n° 18, p, 787.

Fr. MOUTIER. Spirochétoses intestinales, *La Médecine*, juillet 1928, n° 10.

A. SAENZ. Espiroquetosis intestinal pura, *Ann. de la Faculté de méd.*, Montevideo 1925, t. X (voir aussi 1926).

VANHEUVERSWYN. Associations spirillaires au cours des dysenteries, *Th. de Paris*, 1924.

TCHÉKOFF. Un cas de spirillose intestinale autochtone pure observé à l'hôpital de Briare, *Biologie méd.*, 1929, p. 183.

Marcel LABBÉ. Spirochétose intestinale à forme hémorragique, *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 11 mars 1929, in *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1929, p. 499.

A. LINS. Le Sp. eurygyrata et la dysenterie spirillaire, *Arch. Bres. med.*, 1924, n° 14, p. 425-426.

Infestation à balantidium coli. — J. SEGAL. Un cas d'entérocolite à « balantidium coli ». Traitement par le thymol et le stovarsol. Guérison, *Revue de méd. et d'hyg. trop.*, nov. 1926, n° 6, p. 176.

Giuseppe CIANCIO. Un caso di dissenteria da balanditium coli curato con lo Stovarsolo, *Biologie med.*, édition italienne, avril 1927, n° 3, p. 157.

DEVÉSA. Les premiers cas de dysenterie à balantidium en Espagne, *Arch. esp. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, Madrid, avril 1926, p. 228.

CORT (du Siam). Infestation par balantidium coli, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 5 mai 1928, p. 143.

HERMITTE, GUPTA, SEN et T. N. BISWAS. The therapeutic value of stovarsol administred by mouth in parasitic infections of the bowel, with special reference to its rapidly curative effect in human balantidiosis, *Trans. of the roy. Soc. of Trop. med.*, juin 1926, n° 3, p. 206-212.

GUERRE et SCULLY. La diète dans le traitement de l'infection par le balantidium coli, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 28 juillet 1923.

ALESSANDRINI et PIATTELLI. Contribution à l'étude de la dysenterie due au balantidium coli, *Policlinico*, 5 avril 1926.

Lambliase. — G. GRAZIANI. Contributo allo studio della dissenteria da « lamblia intestinalis » della infenzia, *Estratto della Rivista di clinica pediatrica*, 1926, n° 14.

MORENAS, DECHAUME et SEDAILLAN. Dysenterie chronique par association de bacilles de Shiga et de lamblia, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 3 mars 1925; Cf. *Presse méd.*, 18 mars 1925, n° 22, p. 360, et *Lyon méd.*, 26 juillet 1925, n° 30, p. 110.

J. L. PAWAN. A case of giardia intestinalis treated with stovarsol, *Ann. of trop. med. a. parasitol.*, 1926, n° 20, p. 197.

A. LE ROUX. Résultats obtenus par l'emploi du stovarsol dans le traitement de la lambliose intestinale, *Th. de Bordeaux*, 1925.

A. PANAYOTATOU (Alexandrie). Sur deux cas de lambliose chronique. Guérison par le stovarsol, *Revue de méd. et d'hyg. trop.*, nov.-déc. 1925, n° 6, p. 225; — *Presse méd. d'Egypte*, 15 fév. 1926, n° 155, p. 2914.

M.-L. MORENAS. Quelques données pratiques sur la lambliose, *Lyon méd.*, 6 et 13 sept. 1925, nos 36 et 37, p. 277-311.

K. WEZLER. Ueber Lamblia intestinalis und ihre Bedeutung für die menschliche Pathologie, *Arch. f. Verd.*, fév. et avril 1927, Bd XL, p. 18-41.

E. MARCHOUX. Action du stovarsol contre les lamblies, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, mai 1923, n° 5, p. 325.

Ch. COFFART. Deux cas de lambliase guéris par le stovarsol, *Journ. des prat.*, 14 juin 1924, n° 24, p. 391.

B. SAAD. Le stovarsol et la lambliase, *Biologie méd.*, sept. 1924, n° 7, p. 360.

G. MASSIA. Le stovarsol dans la lambliase, *Biologie méd.*, avril 1924, n° 4, p. 191.

BILLIET. La lambliase intestinale associée à la tuberculose et son traitement par les arsenicaux pentavalents, *Th. de Lyon*, 1926-1927.

A. GAEHLINGER. Les travaux sur les colites à lamblia intestinalis, *Sud méd. et chir.*, 15 juillet 1924, n° 2037, p. 2729.

A. CADE. L'entérite à « Giardia lamblia intestinalis » et son traitement, *La Médecine*, juillet 1925, n° 10, p. 803.

TOULIEC. A propos de lambliase, *Soc. de pathol. exotique*, 13 mars 1929.

ANTONIOTTI. Entérites à lamblia intestinalis dans la région marseillaise, *Sud méd. et chir.*, 15 janv. 1929.

Marcel LABBÉ, NEPVEUX et JUSTIN-BESANÇON. Cirrhose pigmentaire et lambliase intestinale, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juillet 1929.

TIXIER et DENIS. Lambliase intestinale persistante, *Soc. méd. et des sciences méd. de Lyon*, 8 fév. 1928.

J. VILARDELL. Rectite ulcéreuse tuberculeuse et lambliase, *Revue méd. de Barcelone*, août 1927.

M. LABBÉ. Evolution d'un cas de lambliase grave, *Soc de gastro-entérologie de Paris*, 14 janv. 1929.

A. CAIN. Cholécystite et lambliase, *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 11 fév. 1929, in *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1929.

6° Diarrhées tuberculeuses et diarrhées chez les tuberculeux. — CAIN et MONNEROT-DUMAINE. Les colites ulcéreuses tuberculeuses, *Ann. de méd.*, avril 1929, t. XXV, n° 4, p. 360-389.

Maurice VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. Les diarrhées des tuberculeux et leur traitement, *Science médicale pratique*, déc. 1926, p. 193.

Voir l'histoire et la bibliographie de la tuberculose digestive dans : M. PIÉRY. Histoire de la tuberculose du tube digestif, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mars 1927.

R. MONCEAUX. Etude chimique de la bile et du foie des tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 3e série, juin 1925, t. VI, p. 305.

COURCOUX et GODEL. La colite acide des tuberculeux, *Presse*

méd., 9 avril 1927, n° 19, et *Journ. méd. franç.*, juin 1927, n° 6.

L. Bernard, Salomon et Thomas. Traitement des diarrhées des tuberculeux et de l'entérite bacillaire par les arsenicaux pentavalents, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 13 mars 1925, n° 10, p. 419; — Traitement de l'entérite bacillaire et des diarrhées des tuberculeux, *La Médecine*, 1925, n° 8, p. 622.

L. Laheliec. Traitement des diarrhées des tuberculeux par les arsenicaux pentavalents, *Th. de Paris*, 1925.

A. Cade, Morenas et P. Ravault. Parasitisme intestinal et tuberculose, *Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrit.*, déc. 1925, n° 10, p. 991-1004.

Frank Smithes, Morris Weisman and Frank Fremmel. Tuberculous Enterocolitis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 22 déc. 1928, vol. XCI, n° 25, p. 1953-1960.

Brown, Lawrason and Sampson. *Intestinal Tuberculosis*, Philadelphie 1926, Led. and Febiger.

Bonafé. Essai de systématisation du diagnostic précoce de la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires chroniques. Directives générales du traitement, *Presse méd.*, 31 mars 1928, n° 26.

J.-Ch. Roux. Fermentation acide et tuberculose, *Soc. de gastro-entérol.*, 10 déc. 1928.

R. Pérnet. Le gluconate de calcium en injections chez les tuberculeux, *Th. de Nancy*, 1929.

7° Recto-colites ulcéreuses. — E. Antoine. Les recto-colites graves non dysentériques de l'adulte. Leur traitement, *La Médecine* (supplément), déc. 1925, n° 3 *bis*, p. 18-21 et 33.

Alessandrini. La colite ulcerosa cronica, *Policlinico*, 23 mai 1927, p. 743.

Baliand. Contribution à l'étude des colites du transverse, *Th. de Paris*, 1925, p. 34.

Bargen. Experimental studies on the Etiologie of chronic ulcerative colitis, *Journ. amer. med. Assoc.*, 2 aug. 1924, p. 83-322-336.

Bargen et Logan. Experimental studies on the Etiologie of chronic ulcerative colitis, *Coll. Papers of the Mayo clin.*, 1925, p. 266.

Bargen. The Etiologie and treatment of chronic ulcerative colitis, *Amer. Journ. of Rœntg.*, juillet 1926, p. 10.

Bargen et Logan. The Etiologie of chronic ulcerative colitis, *Arch. of intern. med.*, 15 déc. 1926, n° 6, p. 818.

Bargen. The treatment of chronic ulcerative colitis, *Minnesota med.*, nov. 1927, n° 11, p. 689; — Changing conception of chronic ulcerative colitis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 20 oct. 1928, p. 1176; — Sérothérapie spécifique dans la colite chronique ulcéreuse, *Arch. of int. med.*, janv. 1929, t. XLIII, n° 1.

Bassler. Ulcerative colitis of socalled non specific types, *Med. Journ. and Record*, 16 fév. 1927, p. 253.

Bensaude. Colites et recto-colites graves et leur traitement, *Journ. des prat.*, déc. 1922, nos 49 et 50; — Art. les recto-colites hémorragico-purulentes, *Traité* Sergent, 1926, Maloine.

Bensaude, Cain et Oury. La vaccination et le traitement des recto-colites hémorragiques et purulentes, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mars 1928, p. 313.

Boas. Ueber Colitis ulcerosa gravis, *Deut. med. Woch.*, 1926, p. 1674.

C. Bonorino Udaondo. *Les Colites ulcéreuses chroniques*, Paris 1929, Doin; — Diagnostico radiologico de las colitis ulcerosas, *Prensa med. Argentina*, 10 junio 1924, p. 5.

Borgjaerg. Colitis suppurativa, *Med. Klin.*, 1925, vol. XXI, p. 1707.

Buie. Chronic ulcerative colitis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 16 oct. 1926, p. 1271.

Busch. Zur frage der Colitis ulcerosa, *Münch. med. Woch.*, 25 junio 1926, p. 1065; — Les recto-colites ulcéreuses chroniques et leur traitement chirurgical, *Bull. gén. de thérap.*, juin 1925, p. 246.

Carnot, Harvier, etc., *Les Colites*, Paris 1923, Baillière.

Castex et BeretervILLE. *La Tripaflavina en el tratamiento de las colitis ulcerosas cronicas graves.*

Crohn. Observation sur la colite ulcéreuse non spécifique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1928, p. 411.

Crohn et Rosemberg. The sigmoïdoscopie picture of chronic ulcerative colitis, *Amer. Journ. med. sciences*, 1925, p. 220; — The medical treatment of chronic ulcerative colitis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1924, p. 326.

Carman et Moore. The Rontgenologie findings and ulcerative colitis, *Amer. Journ. of Rœntg.*, 1926, t. XVI, p. 17.

David. Umfrage uber das Kolitis problem, *Deut. med. Woch.*, 20 août 1926, p. 1421; — Kritische Semmelreferat zur Kolitis frage, *Deut. med. Woch.*, 1927, n° 5, p. 217, et n° 6, p. 260.

Dilliard. Ulcerative colitis, *Journ. of the med. Assoc. of Georgia*, janv. 1927, p. 24.

Drennan et van Delz. Simple ulcerative coliti, *Med. Clin. of North amer.*, july 1927, p. 189.

Dunner. Die Œtiologie der colitis suppurative, der ulcus recti chronicum und der dysenterie, *Therap. d. Geg.*, may 1927.

Durand. L'acriflavine dans le traitement local des colites ulcéreuses chroniques, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1925, p. 160.

Einhorn. Chronic ulcerative colitis and its treatment, *New-York med. Journ.*, feb. 1923, p. 214; — Traitement de la colite ulcéreuse chronique par les irrigations du côlon, *Presse méd.*, 1924, p. 4.

Friedrich. Ulcus symptome bei Kolitis, *Deut. med. Woch.*, 1924, p. 1113.

G. Friedel. *Les Recto-colites*, in « Consultations sur les maladies de l'estomac et de l'intestin », Paris 1923, Baillière.

Gaultier. Traitement de la colite ulcéreuse chronique par les irrigations descendantes du côlon, *Soc. de gastro-entérol.*, in *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1925, p. 167.

Grossfeld. Zur Pathologie und Therapie der Colitis ulcerosa, *Arch. f. Verd.*, 1925-1926, p. 384.

Hamilton. Ulcerative colitis, *Canada med. Assoc. Journ.*, 1925, t. XV, p. 1125.

Ed. and J. Horgan. Chronic ulcerative colitis. Results of treatment with vaccine in five cases, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, juin 1929, p. 263.

Von Knorr. Vaccinothérapie des colites, *Wiener klin. Woch.*, 20 avril 1925; — Sur le traitement des colites par les auto-vaccins, *Ibid.*, juillet 1927.

Kirschenblatt. *Paris méd.*, 13 août 1928.

Langenhagen. Les recto-colites ulcéreuses chroniques et leur traitement, *Bull. gén. de thérap.*, 1925.

Logan. Chronic ulcerative colitis, its clinical and radiologic aspects, *Coll. Papers of Mayo clin.*, 1923, t. XV, p. 263; — Idiopatic ulcerative colitis, with special reference to etiology and treatment, *Mayo Papers*, 1925, t. XVII.

Lynch. Non specific ulcerative colitis, *Arch. intern. de méd.*, 1925, t. XXXV, p. 405.

Oury. Diagnostic et traitement des recto-colites hémorragiques et purulentes, *Journ. méd. franç.*, fév. 1929.

Paulson. Chronic ulcerative colitis with reference to a bacterial etiology, *Arch. of intern. med.*, 15 janv. 1928, p. 75.

Portis. Diagnosis and treatment of non specific ulcerative colitis, *Illinois med. Journ.*, 1927, t. XLI, p. 115.

Pauchet. Colite chronique grave. Traitement chirurgical, *Acad. de méd.*, 15 janv. 1929.

Schur. Ueber die ursachen der Colitis ulcerosa und ihre Bedandlung, *Wiener klin. Woch.*, 9 june 1927, p. 756.

SEEFISCH. Ueber Colitis ulcerosa gravis, *Deut. med. Woch.*, 1925, p. 1943.
STRAUSS. Ueber Colitis gravis, *Deut. med. Woch.*, 12 nov. 1926, p. 1931.
TAILLIANDIER. *Th. de Paris*, 1920.
L. TIMBAL. Le traitement des recto-colites graves par l'acriflavine, *Soc. de méd.-chir. et pharm. de Toulouse*, 17 déc. 1928; voir *Presse méd.*, 20 fév. 1929.
RIENHOFF. The surgical treatment of chronische ulcerativa Colitis beim ileo-sigmoidostomy, *Amer. clin. med.*, 1925, t. IV, p. 430.
WENDKOS. Chronic ulcerative colitis, *Med. Journ. of Record*, 1927, p. 379.
WOLF. Chronic ulcerative colitis, *California Western med.*, 1926, t. XXIV, p. 191.
WRIGHT. Treatment of chronic ulcerative colitis, *Med. Journ. and Record*, 5 oct. 1927, p. 401.
YEOMANS. Colitis ulcerativa cronica, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, édit. espanola 2 de enero de 1922, p. 107.
Walter ZWEIG. Die rektoskop. Behandl. der chron. Prok., *Wiener med. Woch.*, 1924, p. 2524.
ZWEIG. Suppurative colitis, *Med. Journ. and Record*, 1926, vol. CXVII, p. 39.

Sigmoïdites. — Citons seulement :
BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND. Les diverticules du gros intestin. Diverticulose et diverticulite, *Ann. de méd.*, 1923, p. 433.
DESMAREST et DIAMANTBERGER. Les sigmoïdites, *La Science médicale pratique*, 1928, p. 59.
(Ces deux mémoires contiennent toute la bibliographie des sigmoïdites.)

8° **Sprue.** — LE DANTEC. Op. cit.
E. BAUMGARTNER et SMITH. Anémie pernicieuse et sprue tropicale, *Arch. intern. de méd.*, 15 août 1927, p. 203.
Th. HESS THAYSSEN. Sur les diarrhées graisseuses. Etude clinique de la sprue tropicale, *Acta med. Scand.*, oct. 1926.
Ch. JOYEUX. *Précis de médecine coloniale*, Paris 1927, Masson.
ANTOINE. Trois cas de diarrhée grave à allure de sprue. Etude de cette affection tropicale, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1928, n° 1, p. 45.
B. K. ASHFORD. La mycologie du canal intestinal à Porto-Rico et ses relations avec la sprue tropicale, *Soc. de pathol. exotique*, 16 mars 1929.

9° **Diarrhées fermentatives.** — J.-Ch. ROUX et GOIFFON. Troubles intestinaux liés à la digestion insuffisante des hydrates de carbone, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, fév. 1924, p. 135.
H. WEISS. La participation des membranes cellulosiques dans la fermentation de matières, *Arch. f. Verd. Kranh.*, 1925.
N. SVARTZ. *Acta med. Scand.*, 26 nov. 1924.
STRASSBURGER. Pathogénie et traitement de la diarrhée, *Ve Réunion allemande des mal. du tube dig.*
GOURGOUX et GODEL. Voir au paragraphe des **Diarrhées tuberculeuses.**
G. DURAND. Colites acides, *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, avril 1926, et *L'Hôpital*, n° A de fév. 1928.

10° **Diarrhées diverses.** — HOLLANDER. Colite muqueuse due à l'allergie alimentaire avec l'observation de 5 cas, *Amer. Journ. of med. sciences*, oct. 1927.
F. AUBERT. L'entéro-colite de nature anaphylactique, *Th. de Paris*, 1923.
Th. E. HESS THAYSSEN. Sur les diarrhées graisseuses. Etude clinique de la diarrhée graisseuse pancréatique, *Acta med. Scand.*, oct. 1926.
R. GAULTIER. A propos de quelques cas de dyspepsies duodénales, *Soc. de gastro-entérol.*, 14 mars 1927.
BESSON et EHRINGER. Le bacillus proteus, *Paris méd.*, 10 mars 1923.
THIERCELIN. Manifestations gastro-intestinales dans les infections à entérocoques, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1924.
SAVIGNAC. Un cas de diarrhée chronique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1924.
BONORINO UDAONDO. Achylies gastriques fonctionnelles, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1923, p. 409; — Enteropatias lueticas adquiridas, *Estudios de gastro-enterol*, Buenos-Aires, 1926, p. 160.
TINEL. Les diarrhées nerveuses, *Journ. méd. franç.*, mai 1925.
SAVIGNAC. Les diarrhées endocriniennes, *Journ. de méd. de Paris*, 20 sept. 1928.
Léon MEUNIER. Colites, *Presse méd.*, 20 avril 1929, p. 524.
J.-Ch. ROUX et P. DUVAL. Les crises de diarrhée dans les sténoses incomplètes du duodénum, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, Paris 1923, p. 996-1002.
A. CAIN. Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien, *La Médecine*, juillet 1926.
BENSAUDE et CAIN. Dysenterie amibienne et cancer du rectum, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, fév. 1927, n° 2.
A. CAIN. Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien. L'association de l'amibiase et du cancer, *Journ. méd. franç.*, fév. 1929, p. 54.
GAULTIER. Epithélioma rectal greffé sur une giardiase intestinale, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, nov. 1926, n° 9.
ROSNOWSKI et MARCZEWSKI. Le syndrome de l'achylie gastrique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mars 1929, t. XIX, n° 3, p. 261.
THOMSON (H.). Zur idiopathischen Schwangerschaftsdiarrhoea, *Centralbl. f. Gyn.*, 1928, n° 28, p. 1790.

11° **Thérapeutique des diarrhées chroniques.** (Voir aussi les paragraphes **Amibiases, Diarrhées tuberculeuses, Recto-colites ulcéreuses,** etc.) — ENRIQUEZ et CARRIÉ. Régime des entéritiques, *Monde méd.*, 1927.
GOIFFON. Observations sur le régime lacté dans les entérites, *Paris méd.*, 5 avril 1924, n° 14.
GUTMANN. Le traitement des syndromes dysentériques, *Bull. méd.*, 26 janv. 1927, p. 119.
CARNOT. Les régimes antidyspeptiques, *Monde méd.*, 1er juin 1927.
E. FOURNEAU. Etat actuel de la chimiothérapie, Conférence faite à la Faculté de pharmacie de Paris ; Cf. *Bull. de la Soc. chimique de France*, 1925, n° 1, p. 1-21.
F. TRÉMOLIÈRES. Le traitement des diarrhées par le stovarsol, *La Consultation*, mars 1926, n° 17, p. 20.
F. TRÉMOLIÈRES et H. R. OLIVIER. L'action du stovarsol dans les diarrhées, Causerie de pratique médicale, *Journ. méd. franç.*, mai 1925, n° 5, p. 201.
DEJUST et G. DURAND. L'oxyde de zinc en pathologie digestive, *Progrès méd.*, 16 avril 1927.
L. BLUM et AXEL LOOFT. L'hypocalcémie dans certains états diarrhéiques. Interprétation de l'action thérapeutique des injections intraveineuses de chlorure de calcium, *C. R. de la Soc. de biol.*, Strasbourg, 11 avril 1924.
GOIFFON et PRETET. Administration vaccinale par la bouche de la flore totale des fèces (auto-tillo-vaccin), *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 10 oct. 1927.
H. GAEHLINGER. Traitement des typhlocolites par l'autovaccination par voie buccale, *Paris méd.*, 9 juillet 1927.
H. GAEHLINGER et A. BRCART. *La Vaccination par voie buccale dans l'infection intestinale*, Paris 1927, Doin ; — A propos de la vaccination par voie buccale dans les colites. Essai de mise au point, *Presse méd.*, 30 janv. 1929, p. 138.
Henri BON. Diarrhée des cirrhotiques traitée par la codéine, *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 9 mars 1925.
GODONNECHE. Les pansements mucilagineux intrarectocoliques. Quelques indications, *Th. de Paris*, 1924.
MONZIOLS. Du traitement des entérites chroniques non spéci-

fiques par la tillothérapie de Weinberg, *C. R. de la Soc. de biol. de Lyon*, 6 juillet 1925.

Ed. ANTOINE et P. ROLLAND. Etude de quelques poudres dans le traitement des affections gastro-intestinales (carbonate de bismuth-kaolin et hydrate de magnésie), *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1928, t. XVIII, n° 7.

P. H. NAZARIAN. Traitement par le tréparsol des diarrhées des tuberculeux, des parasitoses intestinales et des colites simples à forme diarrhéique, *Th. de Paris*, 1928.

MARAÑON et COMAS. Action du tréparsol sur la diarrhée des pellagreux, *La Medicina ibera*, Madrid, 14 janv. 1928, n° 533.

FAROY. *Thérapeutique digestive. Les principaux médicaments*, Paris, Doin.

BOAS. *Diatetik der Magen und Darmkrankheiten (II Anflage)*, Leipzig 1926, p. 116.

F. MERCIER et R. HAMET. Sur un nouveau médicament des dysenteries et de la dysménorrhée : l'uzara, *Bull. méd.*, mars 1929, n° 14, p. 39.

SURMONT et BUTTIAUX. Quelques conditions de préparation et d'administration d'auto-vaccins efficaces contre les colites, *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 13 fév. 1928.

R. SAVIGNAC. Traitement des diarrhées chroniques, *Journ. de méd. de Paris*, 1928, nos 36, 37 et 38, et 1 volume, Paris 1930.

GOIFFON. La thérapeutique intestinale par médicaments adsorbés, *Paris méd.*, 26 mai 1928, n° 21.

ARLOING et DELORE. Lait décaséiné et anaphylaxie digestive, *Soc. de biol. de Lyon*, 17 déc. 1928, in *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCIX, p. 1987.

FAROY. Les cures non spécifiques de désinfection intestinale, *Progrès méd.*, 30 mars 1929, n° 13, p. 565.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1930)

Un paradoxe sur l'accommodation. — M. Charles RICHET fait la remarque suivante :

« Quand nous sommes sur une longue route bordée d'arbres et que nous regardons les arbres du lointain, pour bien voir l'arbre qui est près de nous à 1 mètre de distance, nous faisons un effort d'accommodation dont nous nous rendons parfaitement compte.

Alors je me suis demandé ce que devient l'accommodation devant un tableau qui représente une avenue à perspective lointaine, ou le jardin d'un cloître, par exemple, avec des colonnes qui vont en s'éloignant. Il y a un premier plan, un second plan et d'autres plans de plus en plus distants. Il m'a paru que je faisais très nettement un effort d'accommodation pour voir nettement le premier plan, quand j'avais, au préalable, regardé les plans lointains.

Cet effort d'accommodation est, au fond, très absurde, car les objets représentés sur le tableau sont en réalité sur le même plan. »

En signalant ce paradoxe, M. Ch. Richet l'attribue à une longue accoutumance à accommoder notre vision à la distance approximative qu'un coup d'œil rapide nous a fait évaluer. On pourrait ajouter qu'il faut tenir compte du talent du peintre qui a su réaliser un véritable « *trompe-l'œil* ».

Adrénaline, réserve alcaline et apnée. — MM. D. BENNATI, J. GAUTRELET et E. HERZFELD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1930)

Les medersas de Fez au point de vue de l'hygiène. — M. REMLING, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger envoie une note sur les medersas de Fez. Ces medersas ne sont pas des collèges mais de simples hôtelleries pour étudiants. Ces hôtelleries sont d'une remarquable architecture mais dénuées de tout confort et de toute hygiène. De plus, l'alimentation y est défectueuse, aussi les cas de dysentérie et de fièvre typhoïde y sont-ils fréquents.

C'est avec raison que M. Remlinger demande que l'on construise de nouvelles medersas plus conformes aux progrès de l'hygiène.

Le drainage osmotique en otologie. — M. DESGREZ présente un travail de MM. Edmond Chaumier et Henri Fischer sur le drainage osmotique en otologie. On sait que le drainage osmotique a été préconisé par Bonnefon (de Bordeaux) et Doumer (de Lille) [Acad. de médecine, 27 février 1923]. Les auteurs présentent les résultats de leurs investigations en ce qui concerne ce procédé, au point de vue pratique. Ils rapportent des observations de malades guéris ou améliorés suivant leur technique personnelle, notamment de malades atteints de surdité. Le simple sirop de sucre du Codex est la préparation utilisée par les auteurs avec succès. Les sourds-muets ne pourront que bénéficier de cette thérapeutique qui offre un indéniable avantage.

Une mycose osseuse primitive à Sporotrichum Carougeani Langeron. — MM. A. et R. SARTORY, M. MEYER et J. MEYER apportent une observation dans laquelle le Sp. Carougeani Langeron apparaît nettement comme l'agent pathogène d'une ostéite primitive à caractère sarcomateux qui a rétrocédé par un traitement déchloruré et iodé. C'est, croient les auteurs, le premier cas dû à ce champignon signalé en *Europe*.

Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. — M. H. MONTLAUR et Mlle S. COUTIÈRE ont étudié le chimisme intestinal au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson.

Chez l'enfant au sein, les modifications portent surtout sur les acides organiques. Très élevés, au début de l'éruption, ils subissent des variations importantes, mais les chiffres sont toujours au-dessus de la normale, au cours de la maladie. A l'amélioration cutanée correspond une diminution des acides organiques; ils reviennent à des chiffres normaux et même inférieurs à la normale, à la guérison.

Au cours de l'allaitement artificiel, au contraire, le taux des acides organiques est voisin de la normale et le reste pendant l'évolution cutanée.

L'ammoniaque, quel que soit le mode d'allaitement, ne subit aucune modification intéressante.

Traitement des complications ourliennes par le sérum et le sang des convalescents. — M. METZULESCU.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un directeur général des laboratoires de contrôle des médicaments antisyphilitiques en remplacement de M. Tiffeneau qui a demandé à être relevé de ses fonctions.

A l'unanimité des membres présents, M. Lucien Camus est désigné pour lui succéder.

Comité secret. — L'Académie discute une proposition relative à la retraite des professeurs de l'enseignement supérieur appartenant à l'Académie. On sait que les membres de l'enseignement appartenant à l'Institut restent en fonctions jusqu'à soixante-quinze ans. La proposition concernant les membres de l'Académie de médecine porterait l'âge de la

retraite à soixante-douze ans. Nous croyons savoir que la discussion a été très vive et que beaucoup de membres de l'Académie estiment qu'il serait préférable de laisser l'âge de la retraite à soixante-dix ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUIN 1930)

Les signes d'amoindrissement du terrain chez les hypersensibles. L'hypophylaxie et la thérapeutique autophylactique. — M. Emile FEUILLIÉ estime qu'il existe au moins 80 p. 100 de syphilitiques parmi les hypersensibles. Mais qu'il s'agisse d'arthritisme ou de syphilis il applique un même traitement, sa thérapeutique autophylactique qui combine la rénovation leucocytaire avec la neutralisation des savons alcalins du plasma.

C'est avec le vanadium, l'or, le nickel, le cuivre, le mercure, le bismuth à doses infimes, au milligramme, qu'on provoquera une rénovation leucocytaire comparable à celle de l'abcès de fixation et de ses diminutifs, le cautère, le séton et les pointes de feu multiples.

Cette thérapeutique générale doit être adaptée à chacun des types principaux d'hypersensibilité. Pour l'asthme, on ajoutera l'émétine. Pour les fluxions nasales et l'urticaire, émétine et sels de calcium.

Quand la syphilis est reconnue, il est indispensable de passer dans la suite aux doses courantes de bismuth liposoluble.

Pour la recherche de la syphilis on se basera sur l'examen clinique et l'interrogatoire du malade. La réaction de Wassermann est négative 9 fois sur 10 en cas d'hérédo-syphilis certaine évoluant d'une façon sournoise.

Asthme et hérédo-syphilis. — MM. Ch. FLANDIN, E. MAISON, P.-L. THIROLOIX et P. SOULIÉ mettent en doute l'existence d'asthme vrai causé par une syphilis acquise. Il s'agit habituellement dans ces cas de dyspnées asthmatiformes relevant de lésions aortiques ou médiastinales. Par contre, l'hérédo-syphilis paraît être à l'origine de beaucoup de crises d'asthme. Le traitement agit, non pas sur l'asthme qui n'est qu'un symptôme, mais sur les organes endocriniens.

MM. COMBY et LORTAT-JACOB considèrent qu'il n'existe pas de parenté entre la syphilis et l'asthme. Ils peuvent se trouver associés par coïncidence.

Syndrome extrapyramidal strié syphilitique. — MM. G. GUILLAIN et Pierre MOLLARET présentent un malade âgé de trente-sept ans, atteint en janvier 1929, quinze jours après de graves ennuis, de troubles de la parole considérés pendant un an comme légèrement névropathiques chez un psychasthénique.

Examiné à la Salpêtrière en janvier 1930, il présentait, lors de la parole volontaire, des spasmes des muscles péribuccaux et des peauciers du cou; le chant, le chuchottement étaient au contraire relativement respectés. On ne notait aucun trouble pyramidal ni sensitif, le psychisme était normal, hormis un peu de tristesse et une légère baisse de l'attention. Il n'y avait pas de signe d'Argyll-Robertson. L'hypothèse d'un syndrome extrapyramidal, vraisemblablement post-encéphalitique fut envisagée, mais le malade se refusa à tout examen complémentaire et ne revint qu'en mai 1930 à l'occasion d'une crampe des écrivains. La ponction lombaire montre une hyperalbuminose avec lymphocytose, une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive et une précipitation du type dit paralytique du benjoin colloïdal. Les auteurs considèrent comme probable une lésion focale du corps strié.

Paralysie diphtérique. Guérison par la sérothérapie. — M. MONIER-VINARD rapporte un cas à type myasthénique. Le diagnostic fut posé d'après l'analyse des caractères cliniques et évolutifs des désordres moteurs, bien qu'il n'y ait eu aucun trouble de la phonation et de la déglutition. La sérothérapie antidiphtérique en série amena une rétrocession extrêmement rapide des troubles.

Spondylite paratyphique. Algies tronculaires. Rugination vertébrale postérieure. Guérison. — MM. H. DUFOUR, BRÉCHOT et Mlle RIOM. Au déclin d'une fièvre paratyphoïde un jeune homme de vingt et un ans ressent de vives douleurs dans la région lombaire. Celles-ci vont en augmentant et nécessitent l'hospitalisation du malade lors de sa libération. A ce moment la station debout, la marche sont impossibles. Les douleurs sont continues et s'exacerbent au moindre mouvement. Elles siègent plus particulièrement dans la masse sacro-lombaire du côté gauche avec irradiations vers le canal inguinal gauche et les lombes du côté droit. La percussion des IIe et IIIe vertèbres lombaires est douloureuse, l'intensité des douleurs et l'insomnie nécessitent l'usage de la morphine. Une épreuve radiographique montre une exostose en bec de perroquet réunissant les IIe et IIIe vertèbres lombaires du côté gauche. Le malade est opéré par le docteur Bréchot. Les apophyses épineuses et transverses ainsi que les faces latérales des corps vertébraux des IIe et IIIe lombaires sont ruginées, et une greffe tibiale du type Albee est placée au niveau des vertèbres.

Les auteurs désirent attirer l'attention sur les effets thérapeutiques survenus à la suite de l'intervention chirurgicale non réglée, un peu aveugle, consistant en un simple grattage de la région vertébrale. Celui-ci a amené une libération des nerfs rachidiens, soit directement, soit par modifications vasculaires, sans apporter grand changement à l'état pathologique du squelette vertébral.

Traitement du diabète par l'insuline huileuse. — MM. M. LABBÉ, BOULIN et SOULIÉ pensent, d'après leurs recherches, que l'insuline huileuse n'offre aucun avantage sur l'insuline ordinaire.

Traitement des septicémies pseudo-palustres de longue durée. — MM. Chr. ZOELLER et B. NOYER ont eu l'occasion de suivre un malade dont la période fébrile à forme pseudo-palustre dura du 10 novembre 1929 au 31 janvier 1930; la guérison ne coïncida ni avec la prescription d'un agent chimiothérapique, ni avec l'intervention d'un choc humoral, mais avec l'abstention de toute thérapeutique active et l'introduction d'un régime plus riche en vitamines.

Etude anatomo-clinique d'une lymphogranulomatose maligne. Intrication des lésions granulomateuses et de lésions tuberculeuses. (*Présentation de pièces et de microphotographies.*) — MM. BEZANÇON, DURUY, DELARUE et FOUQUET.

Recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose maligne. — MM. F. BEZANÇON, WEISSMANN-NETTER, OUMANSKY et DELARUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1930)

Luxations récidivantes de l'épaule. — M. MAUCLAIRE rappelle les principales lésions rencontrées dans ces luxations et expose les indications opératoires applicables aux différents cas.

Reconstitution de la voie biliaire principale. — M. DUJARIER a réopéré une femme qui présentait une fistule biliaire

persistante après cholecystectomie difficile. Devant un bloc d'adhérence il exécuta une reconstitution de la voie biliaire sur tube. A l'autopsie on constata que la fistule était située juste sous le foie.

Deux cas de contusion herniaire avec éclatement d'une anse grêle. — M. Brocq fait un rapport sur deux intéressantes observations de M. Chabrut. Dans le second cas le traumatisme fut minime : simple choc d'un portillon. Le deuxième de ces malades guérit. Le mécanisme de ces ruptures qui sont rares est parfois l'écrasement, plus souvent l'éclatement. Le blessé qui voit venir le coup contracte son abdomen : l'intestin chassé dans le sac sous pression éclate facilement. Dans les deux cas de M. Chabrut les signes furent abdominaux et non localisés au sac herniaire. M. Chabrut employa l'incision médiane, mais se demande si la hernio-laparotomie ne pourrait pas trouver là des indications.

M. Thiéry rappelle que Verneuil pensait que l'intestin pouvait parfois se couper sur la surface pectinéale.

Kystes hydatiques de la rate. — M. Launay rapporte ce travail de M. Oulié (Constantine) portant sur huit cas de kystes hydatiques de la rate. La réduction sans drainage après extirpation est l'opération de choix, mais la splénectomie trouve ses indications dans les cas de rate facile à enlever, et la marsupialisation est réservée à des cas spéciaux.

M. Michon rappelle que la splénectomie a été exécutée par lui dans un cas avec succès parfait.

M. Martin rappelle que l'extirpation suivie de réduction sans drainage est une méthode relativement récente.

Intervention précoce dans les péritonites à pneumocoques. — M. Mathieu en son nom et en celui de M. Gérard Marchand reprend cette question à propos d'une observation récente. Une intervention en pensant à une appendicite aiguë montre un appendice sain qu'on enlève. Abcès secondaire à pneumocoque qui fut incisé, et guérison. L'intervention précoce dans les péritonites à pneumocoques n'est pas sans danger. L'auteur précise les principaux signes : fréquence chez la petite fille de deux à six ans, extrême abondance des vomissements, diffusion d'emblée. Il faut essayer de lutter contre la septicémie à pneumocoques : lysats vaccins par exemple.

M. Picot insiste, une fois l'erreur reconnue, sur la nécessité de faire le minimum dans le ventre, de placer juste un drain et dans ces conditions de nombreux enfants guérissent.

M. Mouchet a opéré un cas très grave et l'abdomen contenait une énorme quantité de pus.

M. Bazy pense que l'intervention secondaire, tardive, est souvent indiquée dans toutes les infections des séreuses.

Pancréatite chronique : cholécysto-gastrostomie. — M. Desplas communique avec M. Lubin un cas de pancréatite chronique qu'ils guérirent grâce à une cholécysto-gastrostomie. La malade présenta ultérieurement une pancréatite suraiguë. Intervention : liquide bouillon sale chargé de graisse. Décès. M. Desplas insiste sur l'existence du reflux gastrique dans la vésicule après cholécysto-gastrostomie.

M. Dujarier a revu récemment en bonne santé un malade chez lequel il avait été pratiqué une cholécysto-gastrostomie vingt ans auparavant.

M. Brocq pense que la belle observation de M. Desplas présente un quadruple intérêt en montrant : 1° l'existence de la pancréatite chronique; 2° la succession fréquente de la

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Train express d'après-midi Brioude-Paris. — L'express d'après-midi Clermont-Ferrand-Paris (n° 1414) a, depuis le 15 mai, son point de départ reporté à Brioude, où il relève une correspondance de Saint-Flour. A Arvant, il reçoit une correspondance d'Aurillac, de Vic-sur-Cère et du Lioran, ce qui établit une nouvelle relation de jour entre la Haute Auvergne et Paris.

Départ d'Aurillac 9 h. 32, de Vic-sur-Cère 10 h. 11, du Lioran 11 h. 07, de Saint-Flour 12 h. 10, de Brioude 14 h., d'Arvant 14 h. 14, de Clermont-Ferrand 15 h. 40.

Arrivée à Nevers 18 h. 25, à Paris 22 h. 50.

Wagon-restaurant entre Nevers et Paris.

pancréatite chronique et aiguë; 3° la parenté des deux processus chronique et aiguë; 4° la fréquence des récidives dans les affections pancréatiques.

M. MONDOR a vu en assistant à l'intervention des plages grenues de bougie, jaunes et non blanches, mais ceci a la même valeur pour pancréatite aiguë.

Pathogénie de l'hydronéphrose. — M. CHEVASSU montre les progrès réalisés dans la connaissance des hydronéphroses grâce au cathétérisme des uretères, à la radiographie, à la pyélographie, à l'urétéro-pyélographie rétrograde qu'il a employés électivement. M. Chevassu s'est appliqué à l'étude des hydronéphroses commençantes : lorsqu'on constate une dilatation urétérale, la lésion doit siéger sur l'uretère, peut-être parfois réduite à un spasme qui, à la longue, peut entraîner l'hydronéphrose. M. Chevassu fait projeter une série de belles radiographies montrant la dilatation urétérale au-dessus d'obstacles divers (suites d'hystérectomie, tumeurs pelviennes, calcul urétéral, etc.). Il conclut que l'urétéro-pyélographie rétrograde donne plus de renseignements que la simple pyélographie.

LIVRES NOUVEAUX

Les enfants rachitiques (1), par le docteur BARRAUD de Châtelaillon-Plage.

C'est là un des sujets les plus étudiés par les pédiatres depuis cent ans et sur lequel les conceptions théoriques sont jusqu'à une époque récente restées bien imparfaites. Même à l'heure actuelle tout n'est pas encore élucidé et toutes les inconnues même ne sont peut-être pas dénombrées en dépit de récents et incontestables progrès.

Sans négliger l'intérêt du côté historique et théorique de la question, c'est surtout le côté pratique qu'on trouvera développé dans cette étude. Après une étude symptomatique complète quoique d'une étendue modérée, l'auteur étudie plus particulièrement les formes cliniques du rachitisme : rachitisme congénital ou tardif, ses rapports avec la syphilis, avec la tuberculose, avec la maladie de Barlow; son pronostic; ses séquelles.

L'étude étiologique et pathogénique sert de préface à une étude de thérapeutique plus développée où l'auteur passe en revue l'hygiène générale et l'hygiène alimentaire des rachitiques, le rôle de la stimulation cutanée, des traitements créno et thalassothérapique, ce dernier surtout qui représente actuellement l'un des éléments cardinaux du traitement du rachitisme.

Il est des armes plus nouvelles qui ne sont parfois qu'un mode plus récent de mise en œuvre de principes déjà connus : actinothérapie directe, aliments irradiés, ergostérine; médicaments chimiques et opothérapiques enfin.

Avec des dosages divers, selon les cas, aucun de ces moyens n'exclut les autres; ils doivent, au contraire, comme le montre l'auteur, s'associer dans tout traitement bien compris.

Ils ne suffisent pas d'ailleurs à remédier aux lésions établies; c'est ici qu'interviennent la chirurgie et surtout l'orthopédie que l'on pourra mettre très tôt en œuvre. La technique en est délicate mais un choix de radiographies et de dessins montrent clairement les moyens à employer et les beaux résultats qu'on en peut obtenir. Fidèle à sa méthode avant tout clinique, l'auteur termine sur une série de consultation appropriées aux diverses formes cliniques et sur une étude de thérapeutique préventive.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume in-8 couronne de 200 pages avec hors-texte sur papier couché. (Bibliothèque de pathologie infantile, publié sous la direction des professeurs Nobécourt et Cruchet. Secrétaire de la direction : docteur R. Pierret). — Prix : 20 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

Le Cœur. Les médicaments cardiaques et l'électrocardiogramme [2e édition] (1), par P. HENRIJEAN, professeur à l'Université de Liége.

Cette nouvelle édition est beaucoup plus étendue que la précédente et a été entièrement remaniée. L'auteur, en s'aidant de toutes les ressources nouvelles de l'exploration, y élucide le mécanisme du cœur grâce à l'étude des agents thérapeutiques susceptibles d'agir sur son fonctionnement.

TABLE DES CHAPITRES. — Anatomie du cœur. — Electrocardiogramme. Généralités. — Le pneumogastrique. — Action de l'adrénaline. — Action des vagues droit et gauche. — Action des médicaments cardiaques sur les nerfs du cœur. — Influences susceptibles d'agir sur l'activité des médicaments cardiaques. — Influence des ions sur la toxicité des cardiaques. — Action des médicaments sur la contraction des oreillettes. — Considérations générales. — Recherches électrocardiographiques. — Action du chloroforme, du chloral, de l'éther sur l'électrocardiogramme. — Physiologie du cœur primitif ou appareil de commande. — Théorie de la contraction cardiaque. — Conclusions. L. G.

Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale (2), par le docteur François ARNAUD, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Marseille, médecin consultant des hôpitaux.

La médecine pratique ne se résume pas dans le diagnostic et le pronostic, elle comporte un troisième facteur qui n'est le moins important ni pour le malade, ni pour le médecin : c'est le traitement. Or, on peut dire que dans la généralité des cas le praticien en est réduit au lendemain de son installation à parfaire lui-même son instruction thérapeutique.

S'il possède une pratique incontestable, acquise au contact incessant avec les malades, à l'hôpital où il a dû formuler lui-même des traitements d'urgence, ses connaissances préalables à la science thérapeutique sont souvent insuffisantes pour comprendre l'action physiologique et les propriétés générales des médicaments qu'il est appelé à employer.

Le *Traité de thérapeutique, de pharmacologie et de matière médicale* du docteur Arnaud a été précisément écrit afin de procurer à l'étudiant et au médecin un fil conducteur pour se diriger dans le dédale encombré de la pharmacopée actuelle. Facile à lire, commode à consulter, il embrasse l'ensemble de la science thérapeutique dans un cadre rationnel et méthodique, suivant un plan général.

Se basant sur une expérience de plus de trente ans comme praticien, comme médecin d'hôpital ou professeur, connaissant les besoins de l'étudiant et du médecin dans le domaine de la science thérapeutique, le docteur Arnaud a écrit un livre qui n'est pas un répertoire de formules, pas plus qu'un précis trop succinct, un manuel d'examen ou un Traité complet bourré de détails et de bibliographie.

La table des matières ne donne qu'un aperçu de l'ouvrage, mais c'est en usant de ce livre, en le consultant couramment, qu'on appréciera sa riche documentation et ses qualités didactiques. L. G.

(1) Un volume de 416 pages avec 187 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Grand in-8 de 878 pages. — Prix : broché, 80 fr.; relié toile, 95 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — MERCREDI 23 JUILLET 1930. 103e ANNEE. MERCREDI 23 JUILLET 1930. — N° 59.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place de médecin spécialiste suppléant des hospices pour la dermatologie et la syphiligraphie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 10 novembre 1930.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Cunéo, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu à ladite Faculté, en remplacement de M. Hartmann, admis à la retraite.

La chaire d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 17 juillet 1930.)

— Service des vacances. — La bibliothèque sera ouverte du 15 au 26 juillet et du 1er septembre au 12 octobre les mardis, jeudis et samedis, de 13 à 17 h.

Elle sera fermée pendant le mois d'août.

Le service normal reprendra le lundi 13 octobre.

— Alger. — La chaire de chimie biologique et toxicologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de chimie biologique et médicale.

M. Maillard, professeur de chimie biologique et de toxicologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé professeur de chimie biologique et médicale (chaire transformée).

La chaire de chimie minérale et de chimie organique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

M. Wunschendorff, professeur de chimie minérale et chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé professeur de chimie générale pharmaceutique et toxicologie (chaire transformée).

— Bordeaux. — Après concours, M. le docteur P. Broustet a été nommé chef de clinique médicale.

— Lyon. — La chaire de pharmacie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est transformée en chaire de pharmacie et pharmacologie.

M. Leulier, professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur de pharmacie et pharmacologie (chaire transformée).

SERVICE SANITAIRE MARITIME. — Un décret en date du 9 juillet 1930 (*Journal officiel* du 16 juillet) fixe les nouveaux traitements du personnel du service sanitaire maritime.

GUERRE. (Active.) — Sont nommés assistants des hôpitaux militaires et reçoivent les affectations suivantes avec la mention « service » les médecins capitaines ci-après désignés :

Section de chirurgie. — MM. Pesme (J.-L.), du 1er groupe d'ouvriers d'aéronautique, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Idrac (G.-E.-M.-G.), du 2e rég. de dragons portés, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon; Berty (J.-A.-F.-J.-G.), du 170e rég. d'infanterie, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Joly (M.-J.-P.), du 34e rég. d'aviation, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de Grâce.

Section d'électroradiologie. — M. Culty (R.-C.-F.), du 353e rég. d'artillerie lourde portée, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Ces officiers rejoindront leur nouvelle affectation le 2 novembre 1930.

(Troupes coloniales.) — A la suite du concours ouvert par la circulaire ministérielle n° 333 1/8 du 10 février 1930, pour

l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux, sont nommés assistants des hôpitaux coloniaux :

Pour la section bactériologie. — M. le médecin capitaine Jolly (A.-M.-D.), du 21e rég. d'infanterie coloniale.

Pour la section chirurgie. — M. le médecin capitaine Labbé (M.-O.), du 2e rég. d'infanterie coloniale.

Pour la section médecine. — M. le médecin capitaine Goiran (E.-J.-M.), du dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général Foutrein, en congé, a été placé, à compter du 16 juillet 1930, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — PRIX PUJOS. — Ce prix, d'une valeur habituelle de 500 fr., doit être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie. Le sujet n'ayant pas été distribué depuis plusieurs années sa valeur pour 1930 est de 2.000 fr.

Le sujet imposé par la Commission est le suivant : « Etude des variations de la morbidité, en Gironde, en fonction des facteurs climatiques. »

Les mémoires écrits très lisiblement en français doivent être adressés, franco de port, à M. de Coquet, secrétaire général de la Société, 15, rue du professeur Demons, à Bordeaux. Les membres associés résidants de la Société peuvent concourir ainsi que les étudiants ayant 16 inscriptions. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 1er avril 1931.

AVIS DE CONCOURS. — Il sera ouvert à la préfecture de Loir-et-Cher, à Blois, le 3 octobre 1930, un concours sur titres et sur épreuves pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français, âgé de moins de 45 ans, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée avant le 20 août 1930, dernier délai, au préfet de Loir-et-Cher avec le dossier réglementaire.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Tours (Indre-et-Loire).

Le traitement alloué est fixé à 13.000 fr. par an. Il pourra s'élever à 16.000 fr. par avancement de classes.

Indemnité de résidence : 1.400 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 16 juillet 1930.)

VOYAGE MÉDICAL PYRÉNÉES-OCÉAN (6-17 sept. 1930). — Pour le Voyage dont nous avons donné le programme (n° 53, 2 juillet 1930) les compagnies françaises de chemins de fer viennent d'accorder le même avantage qu'elles avaient antérieurement accordé à la Société médicale du Littoral méditerranéen ; dorénavant, les adhérents de nos Voyages médicaux Cévennes-Pyrénées et Pyrénées-Océans bénéficieront d'un permis individuel donnant droit à une réduction de 50 p. 100 sur les réseaux français, de la gare de départ en France ou de la frontière française, jusqu'au point de rassemblement du Voyage, et de même au retour. Ce permis de réduction sera valable pendant un mois.

Le prix de la cotisation, pour toute la durée du Voyage et tous frais compris (même les pourboires), est de 2.500 fr.

Désireux de faciliter l'accès du Voyage aux familles médicales, les organisateurs accorderont aux enfants la réduction accoutumée.

Renseignements et inscriptions : docteur M. Faure, Lamalou (Hérault).

LA CARTE DE SURCHARGE SUR LES TRANSPORTS EN COMMUN. — Sur la demande de M. Noël Pinelli, au nom de la Commission des transports en commun, le Conseil général de la Seine vient de prononcer le renvoi à l'administration d'une proposition de M. Charles Digeon tendant à la délivrance de la carte de surcharge aux docteurs en médecine de la banlieue.

UNE RUE LAVERAN. — Le Conseil municipal de Paris a été saisi d'une proposition tendant à donner le nom de Laveran à une rue de Paris ou à la place située devant l'entrée de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lacurie (de Marseille), Alexandre Cellard (de Carpentras), Léopold Nègre, médecin en chef de la marine en retraite, à Toulon ; Georges Lachaux (de Marseille), Molinghen (d'Angleur), Georges Trochon (de Pouancé) ; Paul Dufour (de Seclin, Nord), Camille Mabille (de Selzaette, Belgique) ; Pontal (du Bourg-Saint-Andéol), décédé accidentellement à Saint-Paul-trois-Chateaux) ; le médecin colonel en retraite Charles Brousse (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (1re série), par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau ; Vaudescal, agrégé ; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux ; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, de Peretti, Suzor, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; Mme Bardy-Goiran, de Manet, anciens et chefs de clinique adjoints assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 13 septembre 1930 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

Par P. ADIDA.

TUBERCULOSE

Clinique.

La périlobulite tuberculeuse. Le rôle des voies lymphatiques dans le processus de tuberculose pulmonaire interstitielle de l'adulte. (E. Sergent. *Presse méd.*, 1929, n° 41.) — L'auteur apporte, à propos de documents radiographiques, un certain nombre de faits qui contribuent à justifier l'existence d'une tuberculose fermée.

La tramite initiale de Bezançon, le stade anatomo-clinique précurseur de la phtisie chronique de l'adulte, serait déjà une preuve de cette tuberculose fermée. Mais pour Sergent, on peut admettre que c'est par les voies lymphatiques que se propage, le long de la trame, l'infection bacillaire et cela pour les réveils de tuberculose chez l'adulte d'une tuberculose contractée dans l'enfance. « C'est d'un foyer réactivé que partent les bacilles, emmurés vivants qui, par une cause intercurrente quelconque, essaiment et déclenchent une poussée nouvelle, un réveil. » C'est donc la *réinfection autogène*.

Le plus souvent, ce sont des foyers hilaires, des ganglions qui sont les points de départ et la fréquence de ce siège cadrerait bien avec les constatations radiologiques.

L'étude radiologique permet non seulement de voir la tramite des gros troncs, mais aussi celle des ramifications terminales, *la périlobulite* qui peut être discrète, fugace.

L'auteur insiste sur l'intérêt des radiographies en série pour étudier l'évolution de ces lésions, soit extensives, progressives, soit régressives, et qui surpassent ainsi l'étude histo-pathologique qui, en général, ne peut se faire qu'à la phase terminale.

Ainsi les voies lymphatiques ont un rôle important dans la propagation par contiguité ou à distance de la tuberculose pulmonaire, dans ses diverses formes anatomo-cliniques.

La tuberculose interstitielle ne doit pas être considérée comme une conception périmée. Elle reprend, au contraire, droit de cité.

Enfin, certains cas de tuberculoses fermées peuvent trouver leur déterminisme dans l'action des éléments filtrables. A l'appui de cette hypothèse, l'auteur cite l'observation d'un jeune homme présentant des crises d'asthme depuis son enfance; dans une première phase, les radiographies montraient une image de tramite avec périlobulite, pas de bacilles de Kock dans les crachats. L'inoculation de l'expectoration filtrée déterminait une tuberculose discrète du type de celle des virus filtrants. Dans une deuxième phase, où le malade fit une hémoptysie fébrile, à l'auscultation, on entendait un foyer congestif sous-claviculaire gauche et dans l'expectoration on trouvait des bacilles. Un an après, la radiographie montrait au siège de la périlobulite, une opacité confluente.

Iconographie radiologique de la périlobulite tuberculeuse. (E. Sergent. *Presse méd.*, 1929, n° 43, p. 699.)

Un essai allemand de traitement diététique de la tuberculose pulmonaire. Le régime de Gerson. (J. Mouzon. *Presse méd.*, 1929, p. 1251.) — L'auteur après avoir indiqué l'origine de la cure, son principe et la façon dont on peut la mettre en pratique, rapporte les résultats obtenus par son application dans *les tuberculoses cutanées* et en particulier *les lupiques*, *les tuberculoses osseuses*, *articulaires*, *ganglionnaires* enfin, *les tuberculoses pulmonaires*.

D'après Sauerbauch et Herrmanndorfer, et surtout Bommer et Bernhardt, les résultats sont fort impressionnants chez les lupiques même, déjà traités sans succès par des procédés variés. C'est d'ailleurs chez les lupiques que Gerson avait fait ses premiers essais heureux.

Les résultats sont également satisfaisants pour les tuberculoses ostéo-articulaires.

Pour le groupe des tuberculoses pulmonaires, une large expérience est en cours dans le service de physiothérapie de Baer, voisin du service de chirurgie de Sauerbruch. 116 tuberculeux ont été soumis au traitement : 20 ont eu une amélioration nette; 11 pas d'amélioration, 7 sont morts; 43 malades ont été suivis trop peu de temps; 35 ont eu une grande amélioration.

Pour ces auteurs allemands, la cure entraînerait une amélioration précoce de l'état général et les lésions locales elles-mêmes subiraient une évolution fibreuse cicatricielle avec diminution et disparition des bacilles de Koch.

Baer, Herrmanndorfer et Kausch sont très satisfaits de leurs résultats et voient dans la combinaison de la cure de Gerson et de la chirurgie le traitement d'avenir de la tuberculose.

Mouzon fait ensuite la critique de ce traitement. L'interprétation des résultats reste imprécise. La méthode ne s'inspire d'aucune donnée biologique ni expérimentale précise. Le régime de Gerson aurait une valeur alimentaire en calories bien inférieure à la ration de beaucoup de sanatoria allemands. La richesse en vitamine, qualité incontestable, n'est certes pas une prescription nouvelle dans la tuberculose.

Le minéralogène, composé complexe d'éléments insolubles dans l'eau, ou précipitants en présence de l'eau, est par conséquent peu absorbable par la muqueuse intestinale.

Aucune recherche biologique ne permet d'affirmer son action sur la réaction ou sur l'équilibre minéral du sang et des humeurs. Le pH urinaire et sanguin ne présente pas de modifications notables. La chlorurémie, la calcémie restent dans les limites de la normale.

Pour Jesionek, le régime déchloruré sans minéralogène serait aussi efficace. Enfin, le régime de Gerson présente des difficultés pratiques.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

En somme, sans nier *à priori* la nouvelle méthode allemande, Mouzon écrit : « Il serait prématuré de vouloir faire passer dès maintenant cette thérapeutique dans la pratique. Attendons des faits nouveaux avant d'imposer cet effort aux budgets de nos sanatoria, aux talents de nos cuisiniers et à la bonne volonté de nos malades. »

Tuberculose et diabète. (L. BERNARD. *Presse méd.*, 1930, n° 98, 1589.) — La tuberculose pulmonaire est une complication commune, grave chez les diabétiques. Les perfectionnements de la thérapeutique antidiabétique et les modes nouveaux de traitement de la tuberculose pulmonaire tendent à atténuer la gravité de la tuberculose des diabétiques.

Dans la première partie de son article, M. L. Bernard rapporte brièvement les données actuelles sur les diabètes et sur le traitement de la tuberculose.

Diabète sans dénutrition dont le traitement consiste à trouver la tolérance en hydrate de carbone.

Diabète avec dénutrition qui relève du traitement par l'insuline.

Les cures diététiques peuvent suffire dans les diabètes sans dénutrition. Mais dans les diabètes graves dont le coma est l'aboutissement naturel, l'indication de l'insuline est formelle.

Au point de vue tuberculose, ce sont les heureux effets du pneumothorax artificiel.

Ces données ont modifié l'aspect des relations de la tuberculose et du diabète. Alors que pour les anciens auteurs, la tuberculose entraînait une mortalité de 30 à 40 p. 100 chez les diabétiques, actuellement, ce pourcentage est tombé à 10-15 p. 100, et là encore pour L. Bernard, il y aurait à faire une différence entre les cas de clientèle hospitalèire et ceux traités en ville. C'est parce que le diabétique est mieux soigné, et que la tuberculose est le plus souvent dépistée au début que le pronostic devient meilleur. Il reste sérieux dans les cas de diabètes graves avec dénutrition accentuée.

L'auteur rapporte deux observations de diabètes graves, compliqués de tuberculose à marche rapide et fatale, malgré l'institution de traitements rationnels. Mais il est des cas heureux où une cure diététique bien réglée, ou bien la prescription d'insuline modifie l'évolution du diabète et aussi de la tuberculose. Le pneumothorax doit être fait chaque fois que les lésions pulmonaires le permettent. Quant aux sels d'or, jusqu'à présent ils ne se sont pas montrés utiles.

En somme, les résultats dépendent de la gravité et du diabète et de la tuberculose.

Diabète sans dénutrition avec tuberculose unilatérale, pronostic très favorable.

Diabète avec dénutrition et tuberculose généralisée ou très étendue, pronostic sombre. Il faut donc intervenir sans hésitation avant que survienne la dénutrition et tant que la tuberculose est unilatérale.

Tuberculose et dengue. Etude clinique. (N. CHANIOTIS et E. SCORDOMBEKIS. *Presse méd.*, 30 mars 1929, n° 27.) — L'étude clinique a porté sur les différents cas suivants :

1° Sujets n'ayant jamais présenté de signes de tuberculose avant la dengue.

La dengue a déclenché très exceptionnellement une tuberculose pulmonaire, 9 cas sur 1.500.

2° Sujets ayant présenté dans leur passé des signes suspects de tuberculose (température, amaigrissement, toux, hémoptysies).

Dans 3 cas sur 32, la dengue semble avoir précipité l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

Dans 6 cas, elle a été suivie de la réapparition des symptômes révélateurs d'infection tuberculeuse.

Dans 23 cas, aucune influence.

3° Tuberculeux latents et cliniquement guéris.

1 cas sur 10 a été suivi d'une poussée évolutive *bénigne par la suite.*

4° Tuberculeux confirmés, 56 cas. Dans 17 cas, la dengue a eu une influence nettement défavorable; 3 cas avec poussées évolutives graves dont 2 avec issues fatales; 9 cas avec évolutions graves et 5 avec poussées évolutives passagères.

Dans 39 cas de tuberculoses fibreuses hémoptoïques ou ulcéro-fibreuses, la dengue n'a entraîné aucune modification dans l'évolution de la tuberculose, ni dans les cas traités par le pneumothorax.

Enfin, la dengue n'est pas hémoptoïque. Il résulte donc de ces observations que :

La dengue est une maladie faiblement tuberculigène et anergisante à un degré moindre que la rougeole, la grippe, la coqueluche. Chez les tuberculeux déclarés, elle détermine une aggravation nette chez les sujets en évolution. Le pronostic, bon pour les tuberculoses chroniques fibreuses, doit être réservé pour les tuberculoses ulcéro-caséeuses.

En cas d'épidémie, il sera nécessaire de prendre chez les tuberculeux des mesures prophylactiques.

L'équilibre protéique du sérum dans la tuberculose pulmonaire. Sa valeur pronostique. (Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS. *Presse méd.*, 1929, n° 93.) — Ce sont surtout des travaux allemands qui ont paru sur la question.

Alder fut le premier à étudier les modifications des albumines et des globulines dans le sérum des tuberculeux. Puis Bircher, Durand, Frisch, G. Michels, Deutch firent des travaux sur le même sujet.

En France, cet article de MM. Ch. Achard, Bariéty et Codounis est le premier paru sur ce sujet.

Ces auteurs critiquent les procédés d'appréciation physique de la teneur en albumine des sérums. La réfractométrie n'en peut fournir la véritable teneur.

Ils ont utilisé les procédés chimiques. Dosage de l'azote total : méthode de Pregl; dosage de la sérine : méthode de Howe; dosage de l'azote non protéique.

Leur travail a porté sur 32 cas de tuberculose pulmonaire et ils ont obtenu les résultats suivants :

4 fois le quotient s'est trouvé normal dans les cas de formes fibreuses apyrétiques avec parfait état général.

7 fois le quotient s'est trouvé subnormal dans des formes ulcéro-caséeuses avec bon état général.

10 fois le quotient était franchement abaissé dans des formes évolutives sans cachexie.

10 fois le quotient était fortement abaissé dans des formes évolutives avec cachexie.

Les auteurs tirent de leurs travaux les conclusions suivantes :

L'augmentation des albumines totales est due à l'hyperglobulinémie.

Le taux de la sérine est d'autant plus abaissé que la forme est plus grave. Il est normal dans les formes torpides.

Le quotient albumineux est d'autant plus abaissé que l'atteinte de l'état général est plus grave.

Ce quotient a donc un gros intérêt pronostique, exception faite des cas de cachexie avec œdème où il peut être voisin de 1.

Le déséquilibre protéique serait avant tout dû à un trouble de nutrition générale. Tout se passerait comme si le malade détruisait sa sérine et produirait un excès de globuline.

Enfin dans le domaine de l'immunité ou d'allergie, les auteurs pensent qu'on ne peut faire que des hypothèses.

B. C. G.

Sensibilité à la tuberculine provoquée chez le vieillard par le B. C. G. (J. TROISSIER, S. DEVELAY, J. WEISS ROUDINESCO. *Presse méd.*, 30 janv. 1929, n° 9.) — Les auteurs reprennent l'étude des cuti-réactions négatives chez les vieillards de soixante-dix ans.

Ils distinguent les « *jeunes* » vieillards de la soixantaine


SÉDOBROL
"ROCHE"
tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré achloruré & bromuré
traitement bromuré intensif dissimulé
régime déchloruré rendu agréable
1 tablette SÉDOBROL "ROCHE"
= 1 gr. NaBr
DOSES :
adultes : 1 à 5 tablettes par jour
enfants : ½ à 2 tablettes selon âge
échantillon et littérature sur demande
PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, PLACE DES VOSGES - PARIS

capables de faire sous le coup de la sénilité débutante des tuberculoses évolutives, des octogénaires habitués à la sénilité qui ne voient plus leur tuberculose évoluer. Ils différencient quatre types de cuti-réaction : négatives, positives, frustes et retardées.

Leurs réactions ont été faites sur :

55 sujets de 70 à 79 ans;
54 sujets de 80 à 96 ans.

Les résultats furent les suivants :

Cuti-réactions....	70-79 ans	80-96 ans
Négatives........	3,6	11,1
Frustes..........	7,2	11,1
Retardées........	7,2	18,5
Positives........	82	59,3

Les réactions négatives doivent être considérées comme survenant chez des sujets ayant échappé à l'infection tuberculeuse.

Les auteurs rejettent l'action de la sénilité pour suspendre une réaction tuberculinique et ils le démontrent en pratiquant des inoculations sous-cutanées de B. C. G. Les vieillards firent alors des réactions semblables à celles observées chez des sujets jeunes.

De cette expérimentation, les auteurs dégagent une donnée pratique qu'ils expriment ainsi :

« La prémunisation des adultes et même des vieillards peut être envisagée surtout dans les milieux contaminés, chez les sujets à réaction tuberculinique négative ou sub-négative, car il existe des tuberculoses d'allure primitive débutant après la cinquantaine et même la soixantaine. »

Les réactions à l'infection tuberculeuse des nourrissons vaccinés par ingestion de B. C. G. (B. WEILL HALLÉ, R. TURPIN. *Presse méd.*, 1929, n° 73.) — Après une étude portant sur 944 nourrissons et avec un recul de huit ans, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

L'immunisation antituberculeuse exige une incubation de six à huit semaines.

Les deux facteurs étiologiques, le germe et le terrain interviennent avec leur importance coutumière.

Ces données sont capitales pour apprécier à leur juste valeur les résultats de cette longue étude.

Sur les 944 nourrissons, 395 sont restés en milieux tuberculeux, 21 ont présenté des signes morbides :

7 adénopathies trachéo-florides;
4 suppurations ganglionnaires;
1 tuberculose gommeuse dermo-épidermique;
5 cas de retard de croissance avec polyadénie;
2 cas de tuberculose ganglio-pulmonaire régressive;
2 méningites mortelles (infection dès la naissance et au delà pendant plusieurs mois).

Ces cas montrent l'importance de la précocité de la contagion.

La plupart des enfants ne sont pas affectés par le contact tuberculeux et n'en témoignent la réalité que par l'existence d'une réaction tuberculinique précoce.

Ces considérations jointes à la notion désormais incontestée de l'innocuité du vaccin B. C. G. engagent les auteurs à préconiser l'extension de la méthode de prémunition non seulement à tous les nourrissons nés en milieux contaminés, mais encore aux nourrissons nés en milieux sains.

Sur la vaccination préventive de la tuberculose par injection sous-cutanée de B. C. G. chez les infirmières de l'hôpital Ulleval, à Oslo [Norvège]. (J. HEIMBECK. *Presse méd.*, 1929, n° 86.) — La vaccination préventive a été pratiquée systématiquement depuis 1927 à l'école d'infirmières de l'hôpital Ulleval sans aucun accident, ni même aucune gêne ni aucun trouble de la santé des sujets vaccinés.

Ceux-ci ne présentent que très exceptionnellement des manifestations tuberculeuses.

Sur 136 sujets, 3 seulement soit 2,2 p. 100 ont présenté des légers signes de pleurésie sans gravité.

Sur 34 sujets non vaccinés, 14 soit 41,2 p. 100 ont contracté des formes plus ou moins graves. La vaccination par le B. C. G. confère donc manifestement l'immunité contre la tuberculose et dans les milieux particulièrement exposés elle réduit la morbidité à un taux bien moindre que le plus bas qui ait été observé.

Dans le district rural de Sollier, où la vaccination est très étendue, il n'y a pas eu de nouveaux cas de tuberculose depuis deux ans.

Sur la fixité des caractères d'atténuation de la virulence du vaccin B. C. G. (A. BOQUET et L. NÈGRE. *Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 290.) — A la suite des conclusions de certains auteurs sur l'atténuation des souches de B. C. G. et des expériences de Kraus (le B. C. G. inoculé à la dose de 5 à 10 milligrammes dans la cavité péritonéale du cobaye ne produirait plus de nodules épiploïques transitoires qui caractérisent l'action pathogène purement locale du vaccin), les auteurs ont fait une série d'expériences portant sur des souches de B. C. G. les unes arrêtées au 300e passage sur pomme de terre biliée et entretenue depuis lors sur pomme de terre au bouillon glycériné, les autres repiquées toutes les trois semaines sur milieu bilié et ainsi jusqu'au 377e passage. Il ressort de ces travaux que les deux souches se comportent de manière identique au point de vue de leur pouvoir antigène *in vitro* et *in vivo* et de leur activité. Leurs propriétés « nosogènes » (R. Kraus) restent limitées à la production de petits nodules épiploïques qui régressent lentement.

Les auteurs concluent donc : les caractères du B. C. G. depuis les expériences initiales de Calmette ne sont modifiées ni dans le sens d'une récupération partielle de la virulence, ni dans le sens d'une atténuation plus marquée.

Le pouvoir vaccinant du B. C. G. chez les animaux soumis à une infection ou à une intoxication concomitante. (P. MAURIAC et E. AUBERTIN. *Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, n° 6, p. 408.) — Les auteurs apportent les résultats de la vaccination par le B. C. G. chez les cobayes, lapins, chiens, singe et génisses soumis à une réinfection par le bacille de Koch virulent, puis à l'intoxication par le phosphore, la thyroxine, le nitrate d'urane.

Leur expérimentation peut être ainsi résumée.

Les *cobayes* intoxiqués par l'huile phosphorée présentent inconstamment des lésions tuberculeuses après réinfection. Avec la thyroxine, ils ne font pas de lésions.

Pour les *lapins*, pas de lésions après intoxication par le phosphore, mais lésions avec la thyroxine et l'urane.

Les *chiens* ne présentent aucune lésion après intoxication par des différents corps précités.

Les *génisses* sont également indemnes après intoxication.

Il résulte de ces expériences que :

Les cobayes et les lapins sont si sensibles à la tuberculose que le B. C. G. n'arrive pas à les immuniser sûrement, même quand ils sont sains (Calmette), contre une influence tuberculeuse pourtant minime, à fortiori chez les animaux malades.

L'immunité obtenue chez les bovidés et les chiens par le B. C. G. n'est nullement affaiblie par des processus pathologiques tels que : l'intoxication par le phosphore, la thyroxine ou le nitrate d'urane.

Immunité. Ultravirus.

Le blocage du système réticulo-endothélial et l'immunité antituberculeuse du cobaye. (J. PARAF. *Soc. de biol.*, t. CIII, n° 8, p. 589.) — L'auteur qui a déjà montré l'importance de ce système réticulo-endothélial et en particulier du monocyte tissulaire dans la bactériolyse du bacille de Koch chez l'animal sain et surtout chez l'animal tuberculeux

étudie maintenant l'action du blocage de ce système sur les réactions d'immunité vis-à-vis du bacille de Koch.

Son expérience est conduite de la façon suivante :

Des cobayes sont tuberculisés, puis par injection intracardiaque on introduit une solution d'encre de Chine à 5 p. 100.

Ces cobayes et des cobayes témoins sont réinjectés dans le derme avec 5 milligrammes de bacilles de Koch.

Les témoins présentent le phénomène de Koch.

Ceux qui ont reçu l'injection d'encre de Chine ne l'ont pas présenté et pour la plupart ont fait un nodule qui s'est ulcéré, puis s'est cicatrisé en quinze à vingt jours.

L'injection d'encre de Chine inhibe donc en partie tout au moins, les réactions d'allergie et d'immunité qui aboutissent à la production du phénomène de Koch lors de la réinjection massive des bacilles. Peut-être existe-t-il au niveau des cellules une hyperplasie consécutive au blocage avec élimination des granulations.

Le blocage n'apporte aucune action dans l'évolution de la tuberculose du cobaye, au contraire il y aurait certaines survies prolongées.

Le virus tuberculeux. Granulémie prébacillaire et bacillose. (A. Calmette. *Presse méd.*, 19 mars 1929, n° 23.) — Depuis la découverte en 1910 par Fontès, puis le travail de Vaudremer sur l'ultravirus tuberculeux, Calmette et ses collaborateurs ont entrepris une série de recherches expérimentales sur le même sujet.

Dans la première partie de l'article, l'auteur rappelle les différentes recherches sur l'ultravirus tuberculeux faites dans ses laboratoires et confirmées par certains travaux, allemands, italiens, belges.

1. Présence d'éléments virulents invisibles et filtrables dans les organes, le pus, les crachats, le sang, l'urine, le lait, les liquides de pleurésie séro-fibrineuse et les cultures jeunes des bacilles de Koch.

2. Passage de ces éléments à travers le placenta des femmes et femelles tuberculeuses.

3. Infection et intoxication fréquentes des fœtus et des nouveau-nés.

4. Au point de vue expérimental, détermination de tuberculoses atypiques.

5. Localisation spéciale sur les organes lymphatiques : ganglions coronaires, trachéo-bronchiques.

6. L'ultravirus rend tout de même les animaux allergiques. Il les sensibilise à la tuberculine.

7. Le bacille acido-résistant qui en dérive détermine une tuberculose occulte qui, dans une certaine mesure, est prémunisante.

Dans une deuxième partie, Calmette, donne les résultats de ses travaux récents.

Il propose le nom de « *granulémie prébacillaire* » pour un groupe de maladies aiguës déterminées par l'ultravirus et caractérisée par l'absence ou la rareté des formes anormales acido-résistantes du bacille de Koch. Dans ce groupe entreraient épanchements pleuraux, péritonéaux, péricardiques, articulaires, méningés, d'hydrocèle; les érythèmes noueux polymorphes et les formes de granulie dans lesquelles il est difficile de trouver des bacilles de Koch vrais.

Il existerait une étape « *prébacillaire virulente* » précédant les localisations tuberculeuses qui sont l'aboutissant d'une infection générale lymphatique ou sanguine réalisée soit par l'ultravirus, soit par les formes d'abord granuliques puis bacillaires qui en dérivent.

La tuberculose peut se propager par contagion, transmission de l'ultravirus que contiennent en abondance : expectorations, sang, exsudats, urines, lait des malades phtisiques.

Il faut désormais pour Calmette, faire une place à part au bacille de Koch découvert en 1882, qui représente la forme résistante du virus tuberculeux et délimiter la granulémie prébacillaire, de la granulie et de la bacillose à allure chronique.

Ainsi donc on peut individualiser deux groupes de bacilloses :

Les bacilloses vraies réalisées par l'ultravirus, puis les bacilles acido-résistants.

Les bacilloses dues à la pénétration directe de bacilles de Koch dans l'organisme.

Les filtrats de voiles jeunes de cultures tuberculeuses (ultravirus) exercent-ils un effet protecteur vis-à-vis de l'infection tuberculeuse virulente? (J. Valtis et A. Saenz. *Soc. de biol.*, 1er juin 1929, in *Presse méd.*, 8 juin 1929.)

TYPHOIDE

Contribution clinique et bactériologique à l'étude des infections à bacille paratyphique C. (P. Teissier, P. Gastinel et J. Reilly. *Presse méd.*, 20 fév. 1929, n° 16, p. 233.) — La première publication d'infection à bacilles paratyphiques C en clinique humaine a été faite en 1919 par L. Hirschfeld qui en avait observé de nombreux cas pendant les années 1916-1918 dans l'armée serbe. Des cas homologues ont été signalés ensuite en Pologne, en Angleterre, en Afrique Orientale, en Mésopotamie. Aucune observation n'a été jusqu'alors signalée en France.

L'identification de ce bacille n'a peut-être pas été faite étant donné que l'aspect clinique est différent de celui observé au cours des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

A propos d'un cas d'endocardite aiguë à bacilles paratyphiques C, les auteurs reprennent l'étude de ce bacille. Ils insistent sur les trois points suivants :

1° La localisation exceptionnelle sur l'endocarde d'un bacille du groupe typhique et paratyphique;

2° La localisation initiale sur l'endocarde chez ce malade qui présentait un rétrécissement mitral qui pouvait être un point d'appel;

3° L'intradermo-réaction pratiquée avec une émulsion de protéines extraites des B. E. a provoqué un placard érythémateux considérable accompagné d'adénopathie axillaire. Cette forte réaction peut s'expliquer par le fort degré de septicémie due à l'existence de l'endocardite qui lançait dans le torrent circulatoire des germes sans cesse lysés et incessamment renouvelés.

Une telle sensibilisation pourrait expliquer l'importance et la répétition des frissons notés au cours des endocardites par le professeur Lemierre et ses collaborateurs.

L'étude bactériologique du bacille trouvé à l'hémoculture présentait tous les caractères décrits par Hirschfeld : Caractères morphologiques et biochimiques du para B., sauf qu'il n'était pas agglutiné par les sérums anti A, anti B, mais agglutinable par le sérum anti-para C.

Il s'en diffère aussi par la non fermentation de la dulcite et la non coagulation du lait.

Dans un dernier chapitre, les auteurs discutent l'identification du bacile para C et la détermination du groupe para C.

D'après Mantenfeld et ses collaborateurs, le groupe para C répond à l'ensemble para β (B. type Voldagsen, B. type pestifer).

Pour Uhlenhut et Seiffert il comprendrait le groupe des bacilles ayant tous les attribus du B. paratyphique Weigmann (B. β, B. Erzindjan, para N) qui détermineraient cliniquement un syndrome typhique ou un ictère infectieux.

Les auteurs se demandent, si en se basant sur la sérologie, on ne pourrait établir un groupe para C qui serait pathogène pour l'homme et qui s'apparenterait au groupe typhique et aratyphique. Or, presque toutes les réactions sérologiques montrent que le bacille de provenance animale et le bacille

issu d'affections à allure typhoïde se comportent de la même façon vis-à-vis du bacille pestifer.

Cependant cette agglutination n'est pas constante, puisque pour le germe trouvé par les auteurs et ceux isolés, l'un en Serbie, l'autre en Belgique, elle faisait défaut.

Cette propriété ne permet donc pas de différencier ou d'apparenter ces bacilles à ceux du Hog choléra et d'isoler ainsi un bacille para C.

Les auteurs émettent l'hypothèse suivante : parmi les germes décrits sous le nom de para C, il existe peut-être une race adaptée à l'homme et qui emprunterait aux microbes typho-paratyphiques leur mode habituel de propagation.

Deux cas d'infections à bacilles paratyphiques C. (B. LE BOURDELLÉS. *Presse méd.*, 17 août 1929, n° 68, p. 1069.) — A propos de l'article de MM. Teissier, Gastinel et Reilly, les auteurs rapportent deux observations d'infections à bacilles paratyphiques C.

La première est celle d'un ictère infectieux bénin à évolution de courte durée; la seconde celle d'un état typhoïde bénin à évolution atténuée, avec deux rechutes et guérison.

Dans ces deux cas l'hémoculture permit de déceler deux bacilles apparentés étroitement.

Ils avaient les caractères morphologiques et biochimiques du para B, mais n'étaient pas agglutinés par le sérum anti-B. A. Eberth. Ils étaient agglutinés au 1/10.000 par les souches types du laboratoire.

En 1923 les auteurs avaient montré déjà leur parenté avec les bacilles paratyphiques C. Depuis, les souches ont été repiquées et actuellement elles ont conservé leurs propriétés biochimiques culturales et sérologiques.

Les cas d'infection à paratyphique C sont extrêmement rares en France. Aussi il importe que les échantillons que l'on rencontre chez l'homme fassent l'objet d'une étude comparée systématique dans le but d'élucider définitivement les relations qui unissent ces germes entre eux et les bacilles décrits par Uhlenhuth et Hübener.

Influence de la vaccination antityphoïdique au cours d'une grave épidémie familiale de fièvre typhoïde. (A. LEMIERRE. *Acad. de méd.*, 19 fév. 1929, in *Gaz. des hôpit.*, 23 fév. 1929, n° 16.)

ROUGEOLE. RUBÉOLE. SCARLATINE. VARIOLE. VARICELLE

La prophylaxie de la rougeole par le sérum d'adultes réactivé. (H. BAAR. *Wien. klin. Woch.*, 29 août 1929, t. XLII, n° 35.) — La sérothérapie par le sérum de convalescents dans la prophylaxie de la rougeole est difficile à appliquer. Aussi l'auteur, se basant sur le fait que les adultes ayant contracté la rougeole dans l'enfance, conservent une immunité solide, a préparé un sérum dit sérum réactivé de la façon suivante : il s'est injecté sous la peau 5 centimètres de sérum prélevé pendant la période d'invasion ou le premier jour de l'exanthème et conservé quarante-huit heures dans une solution qui a la propriété de conserver le virus et d'en renforcer l'action. Après deux à trois semaines, le sérum du sujet ainsi préparé a son pouvoir maximum.

Les résultats d'une expérimentation, qui a porté sur 75 enfants, ont été très favorables. Quand les sujets ont reçu deux ou plusieurs vaccinations, la rougeole est exceptionnelle.

Baar, en comptant ceux qui ont été immunisés au septième jour de l'inoculation, n'a eu qu'un seul cas de rougeole.

Lorsque les enfants ne reçoivent qu'une seule injection, les résultats sont moins bons, mais les enfants qui font par la suite une rougeole, présentent une forme très atténuée.

L'encéphalite de la rubéole. (Robert DEBRÉ, Roger TURQUETY, Robert BROCA. *Presse méd.*, 12 mars 1930, n° 21.) — Les auteurs rapportent les observations de deux cas d'encéphalite survenue chez deux enfants de huit ans et demi et sept ans, atteints de rubéole bénigne.

Les manifestations de cette complication ont été à peu près identiques chez les deux petits sujets.

Le début a été brutal, brusque, survenant au deuxième jour de l'éruption, marqué par un coma du type méningé : coma avec agitation, véritable ataxie aiguë, crises convulsives avec spasme glottique, désordres des mouvements respiratoires. Soubresauts musculaires généralisés et élévation nette de la température.

Au point de vue clinique, dans un cas, le malade présentait le signe de Kernig; dans l'autre, le petit malade était en orthotonos avec trismus, état tétaniforme, respiration bruyante, difficile, accélérée.

Cet ensemble symptomatique avait fait porter un pronostic grave. Mais l'évolution s'est faite en quelques jours vers la guérison, sans séquelles motrice ni mentale.

Dans le liquide céphalo-rachidien on décelait une réaction légère (lymphocytose, hyperalbuminose, hyperglycorachie) qui était éphémère.

Cette complication, en dehors de l'observation de M. Zabougle, n'a jamais été mentionnée jusqu'alors.

Dans les formes graves de rubéole hyperthermique, des réactions méningées, de polyomyélite, avaient été signalées.

MM. Debré, Turquety et Broca croient qu'il faut rapprocher ces cas d'encéphalite de ceux étudiés récemment au cours des fièvres éruptives : varicelle et vaccine, et ceux connus depuis fort longtemps de la rougeole.

En l'état actuel, on ne peut individualiser un type clinique d'encéphalite rubéolique, comme on individualise l'encéphalite vaccinale.

Les réactions d'immunité dans la scarlatine. (P. COSTE et J. PETRUC. *Presse méd.*, 12 janvier 1929, t. XIX, n° 2.) — Les auteurs ont étudié chez 30 scarlatineux : la réaction de Dick; la mesure du pouvoir extincteur du sérum d'un malade vis-à-vis d'une éruption scarlatineuse; le dosage du pouvoir neutralisateur vis-à-vis de la toxine streptococcique.

Voici leurs résultats :

La réaction de Dick peut virer quelquefois précocement, en tout cas toujours avant le vingtième jour. Chez les convalescents elle est toujours négative.

Pratiquée avec des doses de toxine supérieures à 10 et 100 unités, elles ne donnent qu'une idée imparfaite de l'immunité humorale et probablement même cutanée, car il y a beaucoup « de fausses réactions ».

La neutralisation de la toxine et l'extinction de l'éruption par le sérum d'un sujet donné sont parallèles et montrent également son état d'immunité.

Le sérum antiscarlatineux expérimental a un pouvoir extincteur cinq fois plus puissant que celui des sérums des convalescents; ce pouvoir est proportionnel à son pouvoir neutralisateur. Il se comporte d'une façon identique vis-à-vis de l'exanthème symptôme de la scarlatine et de l'érythème produit par la toxine à streptocoques scarlatineux.

On peut obtenir avec le streptocoque une antitoxine plus active vis-à-vis d'une manifestation scarlatineuse comme l'exanthème qu'avec le propre sérum des sujets guéris de la maladie.

Prophylaxie de la scarlatine par le contrôle bactériologique des convalescents. (M. LIÉGEOIS et J. FRICKER. *Presse méd.*, 14 sept. 1929, n° 74, p. 1200.) — Dans une première partie les auteurs font l'historique de la question.

D'après Friedmann, la recherche du streptocoque hémolytique dans le pharynx constituerait un procédé pratique permettant d'apprécier avec une grande précision la durée de la contagiosité de la scarlatine : avec trois examens pharyn-

giens négatifs, il n'y a plus à redouter de contagion. Ces résultats ont été confirmés par Alexiew en Russie, Seligmann au Congrès de Königsberg. Pour ce dernier, la recherche du streptocoque hémolytique est très importante, et c'est elle qui doit conditionner la sortie des malades. Des résultats non moins favorables ont été publiés par Judalewitch, Leschkow, Bauer (de Moscou).

A l'opposé, Elkeless et Marcusse firent la critique de la méthode. Dans le cas d'isolements écourtés les malades peuvent faire des complications. A la phase aiguë le streptocoque ne se retrouverait que dans 84 p. 100 des cas.

Enfin, Zlatogzoff a pu mettre en évidence des streptocoques dans les squames de convalescents.

La deuxième partie de l'article comporte la discussion des faits cités précédemment.

La fréquence du streptocoque hémolytique diminue à mesure qu'on s'éloigne davantage du début de l'affection.

La fréquence est variable suivant que l'on recherche le streptocoque dans le mucus projeté dans la boîte de Pétri, ou dans les mucosités recueillies directement par prélèvement dans le pharynx. Ce dernier procédé donnant le plus grand nombre de résultats positifs, 17 p. 100, un cinquième des convalescents est encore porteur de streptocoques, donc serait contagieux. Ceci prouve que la seule présence du streptocoque dans le pharynx ne doit pas constituer un danger grave de contagion.

De ce fait, l'isolement devrait être prolongé pour un grand nombre d'entre eux. On sait aussi les difficultés de la stérilisation des porteurs de germes.

75 p. 100 des sujets porteurs de lésions chirurgicales du cavum et des amygdales présentent un streptocoque hémolytique, et plusieurs même de ces streptocoques se seraient montrés toxigènes.

Dans une dernière partie, les auteurs apportent les résultats de leurs travaux et leurs conclusions.

Ils ont étudié 25 scarlatineux :

Pour 24, soit 96 p. 100, l'examen de gorge a été positif, en pleine évolution ;

20 p. 100 sont partis en convalescence porteurs de germes;

22 ont pu être suivis, et aucun n'a été la cause directe de la contagion. Pour eux donc la question de la contagiosité des convalescents de scarlatine porteurs de streptocoques n'est pas résolue.

Enfin, les auteurs soulèvent plusieurs questions qui entraînent des difficultés pratiques de la méthode.

Faut-il considérer comme positif un malade chez lequel on n'aura obtenu par isolement qu'une seule colonie de streptocoques? Faut-il négliger le streptocoque viridans? Sa fréquence dans les gorges des sujets sains, les théories émises sur les transformations de ce streptocoque en streptocoque hémolytique, son augmentation chez les sujets convalescents, tous ces points font que cette méthode est d'une application difficile en pratique.

En somme, la question est loin d'être résolue. Elle dépendrait essentiellement du rapport qui existe entre la scarlatine et le streptocoque hémolytique, soit comme agent causal, soit comme vecteur de virus.

Etiologie, pathogénie et physiologie de la scarlatine. *Congrès franç. de méd.*, Montpellier, 15-19 oct. 1929, rapporteurs : Cantacuzène, Sacquépée et Liégiois, P. Teissier et F. Coste, in *Gaz. des hôpit.*, 30 oct. 1929, n° 87.)

Rapports entre la varicelle et le zona. (T. M. Rivers et L. A. Eldrige. *Journ. of experim. med.*, juin 1929, t. XLIX, n° 6.) — Les auteurs rapportent les statistiques des cliniques de Vanderbilt et Bellevue et de l'hôpital Rockefeller :

La varicelle surviendrait presque toujours chez des sujets de moins de dix ans. Le zona, au contraire, apparaîtrait au-dessus de dix ans.

Dans l'île de Christmas depuis 1888, jamais un cas de varicelle n'a été signalé, alors que le zona a sa fréquence habituelle.

Ces faits ne plaideraient nullement en faveur de l'identité des agents de la varicelle et du zona.

Leurs expériences de neutralisation des virus ne sont pas non plus à l'appui de leurs identités. Le sérum de sujets ayant eu la varicelle de sept et trente ans auparavant ne neutralisent pas le virus varicelleux.

Deux sur trois des sérums de convalescents de zona ne neutralisent pas le virus varicelleux, alors que le sérum de convalescents de varicelle neutralise les sérums dans les deux cas négatifs précédents. Les auteurs ne s'expliquent pas pourquoi, dans ces cas, le virus varicelleux a été neutralisé.

Le zona ne serait pas toujours produit par l'agent de la varicelle, même dans les cas où la clinique plaiderait nettement en faveur de cette identité, comme on peut s'en rendre compte dans l'observation suivante : Une jeune fille fait une varicelle dix-neuf jours après le zona de son frère, et dans ce cas même le pouvoir neutralisant faisait défaut. Le sérum de la sœur neutralisait le virus varicelleux, celui du frère était dépourvu de tout pouvoir neutralisant.

Etudes sur la vaccine formolée et sur la réaction variolique. (Bussel et Mayzner. *Soc. de biol.*, t. CIII, n° 6, p. 411.) — Le vaccin formolé a été obtenu par Bussel et Mayzner en additionnant le vaccin de formol et en le laissant pendant six semaines à l'étuve à 37 degrés.

En partant de ce vaccin, ils ont pratiqué chez quatre nourrissons non vaccinés contre la variole une vaccination par trois injections sous-cutanées de 0cc5 et trois injections intradermiques. Au bout de deux semaines ils ont vacciné selon la méthode habituelle les quatre nourrissons.

Chez les enfants qui avaient reçu des injections sous-cutanées, les pustules varioliques étaient plus bénignes, mais la réaction était accélérée, ce qui prouve que le vaccin formolé conserve ses propriétés antigéniques et qu'il a pu produire chez les enfants une allergie assez marquée à l'égard de la toxine vaccinale, allergie qui doit être considérée comme l'expression d'une immunité partielle à l'égard de l'antigène en question.

Les auteurs ont essayé également de déterminer, à l'aide de vaccin dilué, le degré d'allergie des individus vaccinés.

Leurs expériences ont porté sur 45 sujets non vaccinés et 58 sujets vaccinés.

Les sujets vaccinés ont présenté des réactions semblables : infiltration avec pustule gonflée et renfermant en son centre une sérosité louche.

Chez les enfants non vaccinés, pas ou peu de réaction, exception faite pour un enfant qui a fait un séjour assez prolongé dans le service et qui, très problablement, avait déjà reçu une injection intradermique de vaccin.

Les réactions cutanées après injection intradermique de vaccine formolée sont donc une indication de l'allergie individuelle à l'égard de la vaccine et permettent d'apprécier l'immunité vis-à-vis du germe de la variole.

Elles ont peut-être une portée pratique en permettant de contrôler les résultats d'immunisation obtenus après la vaccination intradermique.

COQUELUCHE

Le diagnostic bactériologique de la coqueluche. Sa facilité et son intérêt. (R. Debré, J. Marie et H. Pretet. *Presse méd.*, 5 janv. 1929, n° 2.) — Les auteurs montrent les difficultés cliniques d'un diagnostic de coqueluche au début à la période catarrhale préquinteuse et surtout dans les formes frustes, atypiques, où la quinte est rare et peu nette. Il importe cependant que le diagnostic soit fait le plus pré-

cocement possible, dans un but prophylactique, et c'est pourquoi les auteurs ont voulu, dans cet article, montrer l'importance du diagnostic bactériologique de la coqueluche.

La méthode a été découverte par E. Mauritzen (de Copenhague), et c'est Meyer et Mme Chievitz qui, après avoir montré l'intérêt et la simplicité de cette méthode, la dénomment « méthode d'ensemencement par projection des gouttelettes ».

Les auteurs rapportent ensuite la technique de la méthode qui peut être ainsi résumée :

Ensemencer trois boîtes de Pétri au moins, contenant du milieu de Bordet-Gengou. L'ensemencement doit être fait de préférence par quelqu'un de l'entourage au moment de la quinte. La boîte ouverte est exposée à 10 centimètres de la bouche de l'enfant pendant un quart de minute environ.

Les colonies types se développent vers la fin du deuxième jour et ont leurs caractères propres le troisième jour : petites, 1 millimètre de diamètre, à bords réguliers, hémisphériques, luisantes, comparables à des gouttelettes de mercure posées sur la surface du milieu.

L'identification est encore assurée par l'examen microscopique, le repiquage sur gélose au sang, puis dès le deuxième passage sur gélose-ascite; enfin par l'agglutination rapide sur lame.

De l'expérience de l'Institut d'hygiène de Copenhague, de Lawson et Müller à Boston, et de leur expérience personnelle, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Le bacille de Bordet-Gengou n'est pas rencontré en dehors des cas de coqueluche nette ou fruste.

Dans l'entourage des coquelucheux, la constatation du bacille de Bordet-Gengou a permis de reconnaître avec certitude des coqueluches frustes et atypiques.

Dans la coqueluche typique, c'est à la phase catarrhale que l'ensemencement de la toux réussit le mieux. La présence du bacille de Bordet-Gengou serait même constante si l'ensemencement était pratiqué correctement.

Le pourcentage des résultats positifs diminue trois semaines après le début des quintes, et après cinq semaines il n'y a plus que 1 sujet sur 10 dont la toux fournisse une culture positive.

Si la présence du bacille est la condition nécessaire, elle n'est pas la condition suffisante pour déterminer la contagion, puisque, dès 1915, l'Etat danois a considéré la non-contagiosité après la fin de la quatrième semaine, et que depuis aucun cas de contagion intérieure dans les écoles n'a été observé.

Les bases bactériologiques de la coqueluche (diagnostic et prophylaxie). (Paul FOUCAUD. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 19, p. 334.)

TOXI-INFECTIONS. DIPHTÉRIE. TÉTANOS CHOLERA.

La vaccination antidiphtérique à l'hôpital des Enfants-Malades. (P. LEREBOULLET. *Acad. de méd.*, 16 avril 1929.) — Depuis la découverte de l'anatoxine de Ramon, P. Lereboullet et ses collaborateurs Joannon et Boulanger-Pilet ont vacciné, de 1924 à 1928, 17.000 enfants dont 12.000 depuis 1927, où il a pu être créé avec l'aide de Gournay un centre de *prophylaxie antidiphtérique*. Ce centre ne s'est pas seulement borné à pratiquer la vaccination, mais encore à dépister un assez grand nombre d'angines larvées qui auraient pu être des foyers de contagion.

La vaccination n'a jamais entraîné des réactions vraiment sévères.

Quant à son efficacité, elle n'est pas douteuse, puisque quatre angines bénignes ont été relevées chez des enfants vaccinés à trois piqûres, alors que chez ceux ayant reçu une seule injection, on a noté d'assez nombreux cas.

P. Lereboullet préconise donc la généralisation de la vaccination antidiphtérique à tous les jeunes enfants.

Un sujet en cours d'immunisation par l'anatoxine traverse-t-il une phase d'hyper-réception à la diphtérie? (Ch. ZŒLLER. *Soc. méd. des hôp.*, 12 avril 1929.)

Sérum de convalescents de choléra. Variabilité de sa richesse en anticorps spécifique. Son emploi en thérapeutique. (A. C. UKIL et S. R. GUHA THAKURTA. *Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 310.) — Le sérum de convalescents de choléra possède un pouvoir bactériologique à l'égard des vibrions cholériques.

Le pouvoir agglutinant, d'après Ukil et Guba Thakurta, peut être ainsi classé :

20 p. 100 des sérums	agglutinent à	1 p. 3.200
45 —	—	1 p. 600-800
20 —	—	au-dessous 1 1,800
15 —	—	pas d'agglutination.

Ukil et Guha Thakurta ont étudié le pouvoir bactériologique :

1° Au stade de la réaction alors que la bile apparaît dans les matières fécales.

2° Quand les selles deviennent solides.

3° Quand les fèces donnent des cultures négatives de vibrions.

Leurs conclusions sont les suivantes : les propriétés bactériologiques augmentent progressivement; elles atteignent leur maximum quand les selles ne contiennent plus de vibrions.

60 p. 100 des cas admis à l'hôpital peuvent fournir de 10 à 15 centimètres cubes de sérum ayant un fort pouvoir bactériolytique et pouvant être utilisé pour des cas de toxémie grave. Le traitement par ce sérum injecté par voie musculaire et veineuse a paru aux auteurs supérieur au sérum commercial. 10 à 15 centimètres cubes de ce sérum donneraient de meilleurs résultats que 100 centimètres cubes de sérum commercial administré par la même voie. Cette méthode peut aider à sauver des malades particulièrement graves dans les pays où le choléra est endémique.

Tétanos expérimental chez le chien. (P. DESCOMBY et V. ROBIN. *Soc. de biol.*, t. CIII, n° 8, p. 576.) — Suivant l'espèce d'animal et suivant que l'on injecte par voie sous-cutanée ou par voie intramusculaire de la toxine tétanique, on détermine deux types de tétanos.

1. Le tétanos généralisé, bulbaire, débutant par la face.

2. Le tétanos localisé médullaire, débutant par la région inoculée.

A la suite de leur expérimentation chez le chien, les auteurs ont montré qu'il existe chez cet animal des régions du corps où l'inoculation n'est pas suivie de signes locaux de tétanos.

L'inoculation aux extrémités des membres détermine, comme chez le lapin, le cobaye et autres espèces, un tétanos primitivement bulbaire tout comme celui qu'on peut réaliser par injection intravasculaire de toxine.

PALUDISME

Traitement du paludisme chronique par le cacodylate de soude à hautes doses. (Renée ULLMAN APOSTOLON et Georges APOSTOLON. *Presse méd.*, 31 août 1929, n° 80, p. 1137.) — D'après les auteurs la quinine peut juguler un accès palustre, mais ne guérira pas le paludéen avec spléno-hépatomégalie, anémie, subictère...

Ils ont essayé le traitement indiqué par MM. les professeurs Carnot et Ravaut et après une longue expérimentation sont arrivés à la formule suivante :

1 gramme, 1,50 et même 2 grammes de cacodylate de soude intraveineux, associé à 2 milligrammes de strychnine sous-cutanée et 1,50 à 2 grammes de quinine *per os*.

Ce traitement serait le traitement héroïque qui coupe net non seulement les accès, mais l'évolution du paludisme.

Voici la conduite du traitement :

Premier jour, 0,50 de cacodylate intraveineux, 1 milligramme de strychnine sous-cutané, 1g50 de quinine *per os*.

Deuxième jour, 1 gramme de cacodylate, 2 milligrammes de strychnine, 1g50 de quinine.

Vers le septième jour, s'il n'y a pas eu d'accidents, 1g50 de cacodylate, 2 milligrammes de strychnine, 1g50 de quinine.

Au total, il faut faire 15 à 18 grammes de cacodylate.

Repos de dix jours, puis nouvelle série identique, et ainsi jusqu'à quatre séries au maximum.

Pendant une expérience de dix ans, les auteurs n'ont pas eu d'échec, exception faite pour les cas rares de cachexie extrême où l'on n'a pas le temps d'agir.

Dans 3 à 5 p. 100 des cas, des accidents peuvent être observés, mais accidents bénins.

1. Eruption généralisée, placards rouges cuivrés prurigineux qui surviennent vers le sixième jour de traitement, en même temps que de la bouffissure de la face et de la tuméfaction de la région parotidienne et une température à 38°5.

2. Forme plus bénigne caractérisée par une légère diarrhée.

Ainsi le paludisme chronique voit dans le cacodylate de soude un médicament spécifique qui agit même dans les formes les plus malignes et en particulier dans les bilieuses hémoglobinuriques.

Sur l'emploi de la plasmoquine dans le traitement du paludisme. (FROILANO DE MELLO. *Presse méd.*, 18 sept. 1929, n° 75.) — A côté de la quinine et de l'arsenic, il est un nouveau produit dont l'action se serait montrée efficace dans les formes sexuées de l'hématozoaire : la plasmoquine.

L'auteur fait dans ce travail une étude d'ensemble de ce médicament et apporte également les résultats de son expérimentation.

Chimiquement, la plasmoquine est un η-diethyl-amino-isopentyl-8-amino-6-méthoxiquinoline. Il est employé *per os* selon la méthode de Muhlens dans le paludisme.

Le traitement comprend, pour les adultes, un traitement primaire de sept jours à la dose de trois comprimés de 0g02 par jour; un traitement secondaire de quatre à six séries comprenant chacun quatre jours de traitement à 0g06, suivis d'un intervalle de trois jours de repos. Pour les enfants, au-dessus de dix ans, il faut utiliser des doses moindres. Entre cinq à dix ans, deux à trois comprimés de 0g01 par jour.

L'efficacité de ce médicament a été confirmée par Schulemann, Memni, Sliwensky.

Froilano de Mello a constaté également son importance. La plasmoquine a non seulement une action gamétocyte, mais encore une action régénératrice des globules rouges et une action régressive sur les splénomégalies. Des cas d'intoxications graves ont été signalés par quelques auteurs, aussi ce médicament ne doit-il être employé que sous la surveillance de médecins.

La sérologie de l'infection palustre. Son intérêt clinique. (A. F. HENRY. *Paris méd.*, 29 juin 1929, p. 626.) — Les techniques des réactions de Henry sont détaillées dans le *Paris médical* du 29 juin 1929. Dans ce travail l'auteur montre l'intérêt de ses réactions pour confirmer ou infirmer un diagnostic de paludisme dans les cas où les recherches d'hématozoaires sont négatives et où les formules sanguines sont en défaut. Ainsi donc le test sérologique vient compléter le test parasitologique et le test cytologique.

La floculation dans le paludisme. (P. ADIDA. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 26.)

Paludisme, étude clinique, diagnostic et thérapeutique [à propos du Centenaire de l'Algérie]. (P. ADIDA. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 26.)

VACCINATION CURATIVE

Nouvelle méthode de vaccination curative; la vaccination régionale par la porte d'entrée. (P. POINCLOUX. *Presse méd.*, 17 juil. 1929, n° 57.) — La vaccination régionale consiste à injecter le vaccin spécifique d'une infection dans le tissu qui lui a servi de porte d'entrée. Le terme régional est défini de la façon suivante par l'auteur : l'ensemble des tissus d'un être vivant ayant la porte d'entrée du microbe pathogène comme sommet et comme base de tous les organes où ses affinités le portent.

C'est à la suite du traitement de métrites cervicales par injection muqueuse et sous-muqueuse de vaccin, d'une part, de la vérification du procédé de traitement du professeur Bourtakoff de Karkow pour les mamites aiguës, d'autre part, que Poincloux eut l'idée de cette nouvelle méthode. Son expérience jusqu'alors porte sur les différents cas suivants :

80 métrites (gonococciques, colibacillaires, à staphylocoques).

40 salpingites (gonococciques, colibacillaires, à staphylocoques).

8 bartholinites gonococciques.

20 complications de la blennorragie (10 femmes, 10 hommes).

18 orchi-épidydimites gonococciques.

3 urétrites chroniques.

3 otites moyennes.

1 fièvre typhoïde.

6 métrites aiguës gonococciques.

Chez tous les sujets, les résultats ont été tels que l'auteur donne les conclusions suivantes :

Etant en présence d'une infection par le gonocoque, le bacille coli, le staphylocoque, chaque fois qu'on réussira à injecter le vaccin correspondant dans les tissus par lesquels ces germes ont pénétré dans l'organisme, on engendrera une réaction franche, constante, salutaire, et l'on enrayera le processus inflammatoire en un temps bref.

Bien plus, la vaccination régionale pourrait être une méthode de portée générale comme le montrent les quelques applications positives au cours d'otites et de fièvre typhoïde.

Enfin, dans les phénomènes déclenchés par l'injection d'un vaccin, un lien existe quant aux effets engendrés entre ces effets, l'espèce utilisée à l'état vaccinal et le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme.

Les effets sont le plus favorables quand le vaccin contient le ou les germes pathogènes et quand il est offert à l'organisme par le point ayant servi de porte d'entrée au microbe qui cause la maladie qu'on se propose de guérir.

NOTES DE PRATIQUE

LA GRIPPE ET SES SUITES

La grippe, dans ses manifestations polymorphes, commande, à défaut de médication spécifique, une médication symptomatique.

Comme dans toutes les maladies infectieuses, le problème qui se pose dans la grippe est d'enrayer la pullulation microbienne, de neutraliser les toxines, de soutenir le cœur.

Le Cétémol, par ses éléments volatils et fortement antiseptiques, répond au mieux aux données de ce problème, et en période épidémique le Cétémol, par voie buccale, constitue un préventif de choix.

NOTES POUR L'INTERNAT

MYXŒDÈME

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

Intellectuellement, ces myxœdémateux sont des *idiots*; ce sont des êtres purement végétatifs ne pouvant ni parler correctement, ni lire, ni écrire, marchant très tard.

La *puberté ne se fait pas* : les organes génitaux restent infantiles et la peau glabre.

Evolution. — Ces individus ne vivent généralement pas plus de trente à quarante ans, et meurent fréquemment de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, l'on constate l'absence ou l'atrophie presque complète du corps thyroïde, l'étiologie de cette affection restant inconnue, bien que l'on ait pu incriminer dans certains cas l'alcoolisme ou la syphilis des parents.

B. **Myxœdème acquis.** — Il apparaît dans la deuxième enfance, relevant souvent d'une thyroïdite infectieuse.

Cliniquement, il réalise un mélange des signes du myxœdème congénital et du myxœdème de l'adulte, le malade *restant au point de son développement où il a été surpris par le myxœdème.*

C'est dire que le nanisme est ici moins accentué, l'idiotie moins complète et le sujet capable d'une instruction rudimentaire qui permet son utilisation sociale dans des travaux élémentaires,

Les organes génitaux restent infantiles, mais le développement de la taille est encore possible grâce à l'opothérapie, chez le grand enfant, à la condition que persiste le cartilage de conjugaison, ce que l'on vérifiera sur des clichés radiographiques.

C. **Myxœdème endémique ou crétinisme.** — Il règne à l'état chronique dans certains pays montagneux, alpestes en particulier, et réalise le tableau de l'idiotie de Bourneville avec, en plus, UN GOITRE souvent *volumineux* et multilobé.

Suivant que l'intelligence de ces sujets est plus ou moins fruste on les distingue en : crétineux, capables de travaux simples, agricoles par exemple; semi-crétins; crétins complets chez qui le corps thyroïde est atrophié et dépourvu de goitre.

IV. **Formes frustes du myxœdème.** — Il ne s'agit plus ici de la maladie typique, mais de toute une gamme de faits dont les plus discrets sont à la limite de l'insuffisance thyroïdienne.

1. Infantilisme myxœdémateux type Brissaud. — Le mieux individualisé de ces types est cette variété qui comprend des sujets ayant dépassé le cap de la puberté et gardant les caractères de l'enfance. De visage joufflu, de formes arrondies, ils ont des organes génitaux rudimentaires, la peau presque glabre et le psychisme infantile. La radiographie révèle la persistance des cartilages de conjugaison et le retard des points d'ossification.

2. Syndromes hypothyroïdiens plus discutables. — On a rapproché de l'hypothyroïdie, en se basant sur leur amélioration possible par l'opothérapie thyroïdiennes, les affections les plus disparates : colite muco-membraneuse, goutte, eczéma, icthyose, œdèmes chroniques localisés, rhumatisme chronique, prurit, etc...

Chez ces malades, on ne saurait parler d'insuffisance thyroïdienne sans avoir recherché les *petits signes de l'hypothyroïdien* : *frilosité*, acrocyanose, constipation, raréfaction des poils, signe de la queue du sourcil, céphalée, somnolence, etc. Chez eux, les *tests glandulaires* (signe de la thyroïde, épreuve de Gœtsch, test hypophysaire) seraient sans doute intéressants s'il n'existait presque toujours des *troubles polyglandulaires.* C'est ainsi que l'on a signalé, outre la coexistence extrêmement fréquente de *troubles ovariens*, l'insuffisance thyro-testiculaire, l'association du myœdème à l'acromégalie, au gigantisme, et même la possibilité d'un mélange du myxœdème et de signes de la série hyperthyroïdienne ou basedowiforme.

Dans ces cas, le *métabolisme basal* donnera un renseignement diagnostic de la plus grande valeur.

DIAGNOSTIC

Evident dans les formes typiques où le métabolisme basal ne vient donner qu'une simple confirmation, il ne se discute guère que dans les formes discrètes et frustes où le métabolisme basal est d'un grand secours diagnostique. Dans ces formes frustes, on ne saurait confondre le myxœdème :

Chez l'adulte, avec l'obésité sous ses diverses formes (obésité simple, syndromes adiposo-génitaux, maladie de Dercum), avec certains cellulites ou certains lymphangites localisées, avec les œdèmes véritables d'origine rénale ou cardiaque.

Chez l'enfant, deux ordres de phénomènes posent des questions diagnostiques différentes : troubles intellectuels, défaut de développement.

A cause des troubles intellectuels, il faut éliminer : *a.* l'idiotie mongolienne, mais le facies spécial à cette affection fait aisément le diagnostic; *b.* l'idiotie par sclérose cérébrale avec ses signes neurologiques; *c.* l'idiotie amaurotique familiale.

A cause des troubles du développement, l'erreur ne devra pas être commise avec le nanisme d'origine *a.* rachitique : *b.* achondroplasique; par arrêt de croissance chez les enfants d'alcooliques ou de syphilitiques; *d.* le nanisme type Lorrain où les proportions du corps restent harmonieuses et où il n'y a pas de troubles intellectuels.

TRAITEMENT

L'opothérapie thyroïdienne, la plus régulièrement active de toutes les opothérapies, connaît ici ses plus beaux succès et donne de véritables résurrections.

On utilise le plus couramment l'extrait thyroïdien sec, par voie buccale, en commençant par des doses faibles (0,02 par année d'âge; 0,10 chez l'adulte), et en augmentant progressivent *sous le contrôle du métabolisme basal.*

Grâce à cette opothérapie, on assiste, dans les cas typiques à une véritable transformation physique et psychique du malade avec poussée de croissance chez l'enfant. Mais il s'agit d'une médication purement *susbtitutive* qui devra être administrée *indéfiniment*, pendant toute la vie, sous peine de voir se réinstaller les symptômes du myxœdème. Quand l'amélioration maxima est obtenue, on peut intercaler dans le traitement opothérapique, de courtes périodes de repos.

Dans la petite insuffisance thyroïdienne, on donnera des doses plus faibles. C'est également dans ces cas que l'on devra fréquemment recourir aux opothérapies associées, surtout *ovarienne*, plus rarement hypophysaire ou surrénale.

Ce n'est pas très exceptionnellemrnt que l'on pourra recourir, en cas de myxœdème, à un traitement étiologique, antisyphilitique, par exemple.

Récemment, on a proposé, au lieu de l'extrait thyroïdien couramment employé, la *thyroxine synthétique*, dont l'effet est le même, mais qui est puissamment active et facilement toxique.

Dans tous les cas, on guettera au cours du traitement opothérapique, les moindres signes d'intolérance (tachycardie, troubles vaso-moteurs, sueurs, tremblement, diarrhée), petits signes de la série basedowienne qui doivent faire diminuer ou suspendre temporairement la dose d'extrait thyroïdien.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 57, p. 1038.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 60. — SAMEDI 26 JUILLET 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 26 JUILLET 1930. — N° 60.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Un décret en date du 19 juillet dispose que les chefs de laboratoire de clinique des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont nommés pour un an par le recteur de l'Académie, sur proposition du professeur intéressé et avis du doyen de la faculté (*J. O.*, 23 juillet 1930).

— LYON. — Ont été reçus aux examens du diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon.

Avec la mention (très bien) : MM. Gabas, Verrières.

Avec la mention (bien) : MM. Gau, Rouvier, Poulain, Crouzet, Rovegno, Balay, Hannequin, Le Huludut, Duroux, Lehmann, Bastard, Sohier, Boyer, Lubineau, Moutier, Roman-Monnier, Moroni, Perolini, Mlle Nicolas.

Avec la mention (assez bien) : M. Anthoine, Mme Brochier, MM. Dugué, Portalier, Hervé, Imbert, Sciaux, Conze, Mlle Fenestraz, MM. Gabrielle, Yonnis, Mlle Thiébaut, MM. Auglierinos, Morizet, Azoury, Salucky, Chanaleille, Groslebailly, Larraud, Perret, Pichat, Rodriguez, Epstein. Pujo, Picaut, Reymond.

Avec la mention (passable) : M. Rapousky.

Les épreuves terminales du diplôme ont été précédées des épreuves pour le certificat d'hygiène : 63 candidats étaient inscrits; 58 ont été reçus.

— MARSEILLE. — Le *Journal officiel* du 23 juillet publie le décret suivant daté du 19 juillet :

« *Article premier.* — Le titre de professeur sans chaire peut être attribué aux anciens professeurs titulaires de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille nommés chargés de cours sans limite de temps à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille.

Art. 2. — Le nombre des professeurs titulaires sans chaire nommés dans ces conditions ne pourra excéder la moitié du nombre des professeurs de ladite Faculté pourvus d'une chaire.

Ces nominations se feront dans les formes prévues par le paragraphe 2 de l'article 1er du décret du 4 janvier 1921.

Art. 3. — Les dispositions des articles 3 et 4 du décret du 4 janvier 1921 sont applicables aux professeurs sans chaire de la Faculté mixte de médecine de Marseille.

Art. 4. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret. »

— En exécution de ce décret, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1930, à MM. Audibert, Olmer et Silhol, anciens professeurs titulaires à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, chargés de cours sans limite de temps à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

— STRASBOURG. — Les chaires suivantes ont été déclarées vacantes :

1° La chaire de clinique médicale B à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg ;

2° La chaire de pharmacie galénique à la Faculté de pharmacie de ladite Université.

AGRÉGATION. — ARTICLE PREMIER. — L'article 7 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé est complété ainsi qu'il suit :

. . . .

Les candidats doivent également justifier :

Pour les sections 1 à 20 inclus, du grade de docteur en médecine.

Pour les sections 21, 22 et 23, du diplôme d'Etat de pharmacien.

ART. 2. — Les dispositions des articles 11 et 16 de l'ar-

rêté du 6 avril 1929 susvisé sont modifiées et complétées ainsi qu'il suit :

Art. 11. — Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

....

3e division. — Chirurgie et obstétrique.

....

Catégorie J *bis.* — Ophtalmologie : une composition de pathologie générale médicale ou chirurgicale, une composition d'ophtalmologie.

Catégorie J *ter.* — Oto-rhino-laryngologie : une composition de pathologie générale médicale ou chirurgicale, une composition d'oto-rhino-laryngologie.

Art. 16. — Les épreuves du concours du premier degré donnent accès aux épreuves du concours du deuxième degré suivant le tableau ci-après :

....

Catégorie J *bis.* — Ophtalmologie, à la section 17 Ophtalmologie.

Catégorie J *ter.* — Oto-rhino-laryngologie, à la section 18 Oto-rhino-laryngologie.

ART. 3. — L'article 44 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter au premier concours du second degré qui s'ouvrira sous le présent régime :

1° Les admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs.

Sont considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre de points avant ou *ex æquo* avec le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque;

2° Pour les sections ouvertes aux catégories I Médecine, J Chirurgie, K Obstétrique, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans les villes de facultés avant le 1er juillet 1929. » (*J. O.*, 19 juillet 1930.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aron (de Strasbourg), Aubry (d'Alger), Beltrami (de Marseille), Boudet (de Montpellier), Brémond (de Marseille), Clausmann et Cleret (de Paris), Cordier (de Lyon), Costantini et Coudray (d'Alger), Dufourt (de Lyon), Fabre (de Paris), Mlle Giraud et MM. Lapeyre (de Montpellier), Montpellier (d'Alger), Pujol (de Toulouse), Reeb (de Strasbourg), Rousseau (d'Orléans), Schwartz (de Strasbourg), Sigaud (de Grenoble), Verdier (de Toulouse), Violle (de Marseille).

CHRONIQUE

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE IL Y A CENT ANS LES TRIBULATIONS D'UN BUSTE ROYAL

On peut admirer dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie de médecine un beau buste de Louis XVIII par le sculpteur Gayrard. Il fait face à celui du baron Portal, premier président de l'Académie.

Le buste royal a connu à la suite des « Glorieuses » un certain nombre de vicissitudes. Jusqu'en 1830, il occupait, en effet, la place d'honneur qui lui revenait comme créateur de l'*Académie royale de médecine* par ordonnance du 20 décembre 1820. Il était à cette époque placé derrière le bureau dans la salle des séances du 8 de la rue de Poitiers.

A la mort de Louis XVIII, le buste de Charles X prit place à côté de lui, séparé par le buste d'Ambroise Paré (par David d'Angers).

Au moment des journées de juillet 1830 les deux bustes royaux disparurent. Cette disparition ne fut pas sans soulever quelques incidents dont on chercherait vainement la trace dans les Bulletins. On sait, en effet, que le premier Bulletin parut seulement en 1836.

Nous avons donc parcouru la *Lancette française*, *Gazette des hôpitaux* de l'époque et nous avons trouvé dans les comptes rendus de l'Académie (1) le récit de ces incidents.

A la séance du 17 août 1830, M. Cornac demande la parole : « Il s'étonne de trouver le buste d'Ambroise Paré *tout seul* derrière le bureau; il ne parle pas de celui de Charles X, mais il demande pourquoi le buste de l'auteur de la Charte a été enlevé.

« M. le Président (M. Double) couvre avec sa sonnette la voix de M. Cornac, il prétend que c'est une affaire administrative et que personne n'a le droit d'élever cette question. » (*Lancette française*, 1830, n° 81.)

Dans le numéro suivant, M. Cornac communique une note ainsi conçue : « Si M. le Président de l'Académie avait laissé M. le docteur Cornac développer son idée relativement à la disparition de l'enceinte du buste de Louis XVIII, il lui aurait entendu dire que c'est non seulement comme auteur de la Charte qu'il devait y rester, mais bien encore comme fondateur de la nouvelle Académie de médecine. »

L'incident paraissait clos lorsque, en 1831, la *Lancette* annonce que le buste d'Ambroise Paré a disparu à son tour, qu'il a « quitté son socle » et a cédé la place au roi Louis-Philippe.

« L'Académie délibère aujourd'hui : *Auspicante Philippo.* Le buste du roi citoyen occupe le juste milieu du mur septentrional, il domine le milieu du bureau. Il faut rendre justice à qui de droit, cette fois on n'a pas relégué Ambroise Paré dans l'antichambre, on a trouvé un terme moyen; on l'a transporté au beau milieu de la tribune réservée au public; quelques mauvais plaisants prétendent que de président il est devenu auditeur... »

En 1832, enfin, a lieu la *restauration du buste de Louis XVIII* dans la salle des séances.

« Aujourd'hui, écrit le rédacteur de la *Lancette* (1832, p. 331 et 332), à notre arrivée nous n'avons pas été médiocrement surpris du changement nouveau qui s'est opéré.

« Au-dessus de la tête de M. Breschet (le président), bien au-dessus, vers le tiers supérieur de la hauteur de la salle, est le portrait du célèbre anatomiste Vésale par le Titien, donné à l'Académie par le baron Portal; portrait fort beau et digne du peintre illustre au pinceau de qui il est dû ; au-dessous et de chaque côté, derrière MM. les secrétaires, sont deux bustes royaux; savoir : derrière M. Guéneau de Mussy, Louis XVIII avec cette inscription : *fondateur de l'Académie de médecine*, et derrière M. Pariset, celui du Roi des Français Louis-Philippe... *sans aucune inscription...* »

Nous ne pousserons pas plus loin l'histoire des tribulations du buste de Louis XVIII. D'autres subirent plus tard le même sort, et une visite dans le grenier de l'Académie nous permettrait sans doute de faire d'amusantes découvertes.

F. L. S.

(1) L'*Académie royale de médecine* avait, le 27 juillet 1830, pris le titre d'*Académie nationale provisoire de médecine.* Le 16 novembre de la même année, elle changea ce titre pour celui d'*Académie nationale de médecine.*

REVUE GÉNÉRALE

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DERMATOSES ET PARTICULIÈREMENT DU PSORIASIS

Par le docteur Paul BUSQUET

Le 10 avril 1910, dans un article intitulé « Contribution à l'étude de l'autosérothérapie », et publié dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (n° 15), nous faisions connaître qu'en 1898, *nous avions eu la pensée d'utiliser, sur les malades de notre service de l'hôpital militaire de Marseille, une méthode thérapeutique nouvelle.* Elle consistait à traiter le malade par son *propre sérum.* Nous avions donné à cette méthode le nom d'*autosérothérapie.*

Déjà, à cette époque, dans le laboratoire de bactériologie que nous avions l'honneur de diriger, à Marseille, nous avions entrepris des recherches, à l'effet d'élucider la question suivante :

Puisqu'il est certain que tout organisme infecté se défend et élabore dans son sang des produits protecteurs, pourquoi ne pas reverser ces produits eux-mêmes, dans la réserve dudit organisme, afin de l'assister, dans sa défense contre l'invasion du produit morbigène? *Le sérum sanguin, doté, chez le malade, de propriétés particulières, ne peut-il être considéré comme un agent thérapeutique utilisable par le malade ayant précisément fourni le sérum?*

On conçoit aisément la portée de ce problème. Chez deux individus infectés par des germes appartenant à la même espèce, les processus pathogéniques et la maladie elle-même sont quelque peu différents, suivant la manière de réagir de chacun de ces deux individus, suivant aussi les maladies infectieuses antérieurement subies, qui ont pu laisser après elles un certain degré d'immunité, laquelle immunité peut gêner ou retarder, ou au contraire favoriser et hâter le développement de la nouvelle infection, ce qui justifie cette affirmation qu'il y a des malades et non pas des maladies. Quand, donc, à chacun de ces deux individus on injecte un même sérum antitoxique, fourni par un animal préparé, les actions produites chez l'un et chez l'autre ne seront pas strictement identiques, en raison des facteurs ci-dessus mentionnés.

De plus, l'introduction, dans un organisme, d'un sérum hétérogène, peut être le point de départ d'accidents divers, d'ordre anaphylactique ou hémoclasique, qu'il importe au plus haut point d'éviter. *Quand on injecte à un individu son propre sérum, dans le tissu cellulaire sous-cutané, on écarte le danger de cette complication.* Et, en effet, la pratique a démontré que l'injection de l'autosérum est totalement inoffensive. Sur les très nombreuses injections que nous avons faites, dans nos services hospitaliers ou chez d'autres malades, nous n'avons jamais constaté le plus minime accident, et des voix autorisées, après emploi de notre procédé, ont proclamé cette innocuité. Il nous suffira de citer Widal, Abrami et Brissaud, qui déclarent « que l'autosérothérapie n'engendre chez les malades aucun accident; elle les met complètement à l'abri des manifestations anaphylactiques; elle peut être, par conséquent, poursuivie aussi longtemps qu'il est nécessaire, et répétée, sans crainte, à toute reprise nouvelle de la maladie » (*Semaine médicale*, 24 déc. 1913).

Nous avons, dès nos premiers essais, constaté cette innocuité et ce fait nous a permis d'*utiliser l'autosérothérapie, dans le traitement de nombreuses maladies internes*, dont nous avons cité quelques-unes, dans notre premier article de 1910 et dans une revue sommaire plus récente (*Tribune médicale* de juin 1928). Mais nous avons eu recours à l'autosérothérapie dans tous les cas cliniques, qui nous semblaient rebelles à tout traitement classique, parmi lesquels les cancers divers, des dermatoses nombreuses, des infections diverses.

En 1910, nous écrivions, dans l'article cité : « la multiplicité des affections, dans lesquelles nous avons essayé d'être utile à nos malades par l'autosérothérapie, montre bien clairement que nous pensions qu'il y a là une *méthode générale de traitement* utilisable dans la pratique et sans aucun risque ». Nous le pensons encore aujourd'hui.

C'est une méthode générale, en effet, que nous avions eu l'intention d'établir, et les nombreuses applications de cette méthode, *tant en France qu'à l'étranger*, ont montré que nous ne nous étions pas abusé sur ses avantages. On trouvera, à défaut d'une bibliographie complète de la question, de précieuses indications à cet égard, dans les pages 250 à 252 de la Revue publiée par nous, dans la *Tribune médicale* de juin 1928.

Il est encore une autre considération qu'il importe de bien mettre en lumière, car elle justifie plus hautement l'emploi de l'autosérothérapie. C'est ce fait, qu'étant donné une maladie infectieuse, il est impossible au clinicien de savoir si l'agent pathogène véritable est seul en cause, et s'il n'existe pas, en même temps que lui, des germes surajoutés, vivant en association morbigène complète, qui ajoutent à son action spécifique principale, l'action funeste et accessoire de leurs produits de sécrétion. Dans un mémoire communiqué à l'Académie de médecine, en janvier 1902, dans lequel nous établissions pour la première fois, les règles de l'hémoculture pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, et dans un article de la *Presse médcale*, du 21 juin 1902, nous avons insisté sur ces associations microbiennes, dans le processus typhoïdique.

Chez un tel malade, le sérum spécifique de l'agent causal principal, sérum antityphoïdique, par exemple, sera insuffisant pour juguler la maladie, car on aura aussi à compter avec les troubles fonctionnels et les lésions organiques attribuables aux germes associés. En outre, chez un malade, on rencontre une association déterminée, mais chez d'autres malades, on aura affaire à des combinaisons différentes, de sorte qu'il n'existe pas, actuellement, dans la thérapeutique médicale, des sérums polyvalents pour ces genres variés de maladies associées, qui sont cependant si répandues.

Au contraire, quand on s'adresse au sérum du malade lui-même, on est toujours certain d'avoir un

produit, qui renferme les substances protectrices contre les divers facteurs de l'association morbide qui atteint le malade. De sorte que cet emploi de l'autosérum simplifie, en réalité, le diagnostic clinique, en évitant les longues recherches du laboratoire et permet seul le traitement efficace et simultané des infections en cause, principale et associées.

Technique de la prise du sérum. — La saignée du malade fournit le sérum; c'est une opération extrêmement simple et *sans dangers*. Nous l'avons ainsi définie, en 1910 : « La prise du sérum sur le patient constitue une opération banale, à la condition que certaines précautions soient observées. »

« L'instrumentation est des plus simples : une aiguille en platine irridié (du type n° 2 de Tuffier), fixée sur un ajutage métallique; un tube de caoutchouc de 60 centimètres de longueur, se terminant par un tube de verre plongeant dans un flacon d'un litre, à travers un bouchon d'ouate. Le tout stérilisé soigneusement. »

« L'opération de la saignée n'est pas très compliquée : savonnage prolongé, lavage à l'alcool-éther, badigeonnage à la teinture d'iode de la peau de la région où affleure la veine qu'on veut ponctionner (dans nos recherches, nous avons toujours utilisé une veine du pli du coude, le plus souvent la médiane basilique ou la médiane céphalique). Constriction à la base du membre au moyen d'une bande en toile ou en tissu élastique, maintenue par le nœud dit de la saignée. Après quelques minutes d'attente, qui permettent à la stase sanguine de se produire, l'aiguille de platine est portée au rouge dans la flamme d'une lampe à alcool, puis est enfoncée rapidement à cette haute température à travers les téguments, pour empêcher toute infection d'origine cutanée. »

« Le sang est recueilli dans le récipient stérilisé, *laissé au frais*, pendant vingt-quatre à trente-six heures environ, puis le sérum est aspiré à l'aide d'une grosse pipette ou mieux d'un ballon-pipette Chamberland (rigoureusement stérilisé). »

« L'importance de cette saignée peut varier de 150 à 600 centimètres cubes, suivant les circonstances; mais il nous a paru indispensable, pour ne pas affaiblir le malade, de la faire suivre immédiatement de l'injection, sous la peau du flanc, d'une quantité équivalente de sérum artificiel (nous avons régulièrement employé celui préparé selon la formule de Lejars). Les saignées peuvent être répétées suivant cette technique, tous les six ou sept jours, sans inconvénients. ».

« Les doses de sérum (autosérum) injectées sous la peau du malade sérumifère, ont été, en général, de vingt (20) centimètres cubes tous les trois jours. Nous n'avons jamais pu noter ni intolérance, ni albuminurie, ni aucun de ces accidents dits *sérothérapiques*, si fréquemment observés après l'emploi des sérums thérapeutiques ordinaires (antidiphtérique, antitétanique, etc.). »

« Il est prudent de vérifier le sérum avant de l'utiliser et de s'assurer qu'il ne renferme aucun germe (cultures, etc.). »

Telles sont les données fondamentales de la méthode thérapeutique que nous avons utilisée, d'une façon continue, depuis 1898, d'abord, dans nos services cliniques des Hôpitaux militaires de Marseille, Alger, Bordeaux, puis chez de nombreux malades de provenances diverses.

Les recherches de laboratoires que nous avons entreprises, ne nous ont fourni aucune donnée pratique vraiment utilisable pour expliquer l'action, parfois véritablement étonnante, de l'injection d'autosérum. Nous avons constaté, entre autres choses, que le sérum du malade peut activer, chez lui-même les réactions phagocytaires. On doit donc se demander, si celles-ci n'agissent pas sur les produits de réaction organique (antitoxines, agglutinines, précipitines, bactériolysines). On sait, en effet, l'importance qu'acquiert la lymphocytose; Bergel, entre autres, affirme que les lymphocytes et leurs dérivés, les plasmazellen, sont la source des anticorps et que, de plus, ils jouent un rôle important, dans la résorption des produits de dégénérescence graisseuse.

Dans les nombreux travaux, qui ont été effectués depuis 1910, travaux suscités indiscutablement par nos propres recherches, cela tant en France qu'à l'étranger, nous n'avons trouvé aucune explication favorable du phénomène qui provoque les heureux effets de l'autosérum. Dans *El siglo medico*, du 6 août 1921, le professeur Edmundo Escomel, s'efforçant de résoudre ce problème, estime que le sérum est polyvalent, parce qu'il contient toujours : les immunisines naturelles ou acquises, les actionines et les réactionines, de même que les produits de sécrétion interne. Il pense que le rôle bienfaisant de la méthode tient à ce qu'elle annihile les actionines et exalte les réactionines.

Sans insister sur ce point indéterminé, nous avons considéré comme démontré que les bons effets de l'autosérothérapie résultaient probablement de l'augmentation de la teneur du sérum en antitoxines. Cette pensée nous avait été suggérée par la lecture d'un travail publié par Karasowa et Schick, en septembre 1910, dans le *Iahrb. für Kinderheilk*, et dans lequel ils ont constaté que trois enfants, ayant reçu une injection antidiphtérique, présentaient quarante-huit heures plus tard, un sérum riche en antitoxines.

Il faut donc, à ce jour, réserver son opinion sur le processus même de l'action de l'autosérothérapie. Examinons maintenant LES RÉSULTATS OBTENUS, PAR SON EMPLOI, DANS LES AFFECTIONS CUTANÉES, ET PARTICULIÈREMENT DANS LE PSORIASIS.

Nous avons recueilli, dans nos notes brèves, les indications suivantes sur ce point intéressant :

Traitement des urticaires, des prurits. — Dans une quarantaine de cas d'*urticaire* et, en particulier, d'urticaires à répétition, nous avons obtenu, chez *tous les malades*, une guérison assez rapide, parfois même seulement après quelques heures, avec des *doses élevées*, de 20 à 30 centimètres cubes, tous les deux jours. En ce qui concerne les *prurits*, les doses moyennes de 20 centimètres cubes tous les deux jours ont déterminé, chez environ 60 malades, une rapide guérison.

Nous conclurons donc que l'autosérothérapie, utilisée à doses suffisantes de sérum (20 centimètres

cubes tous les deux jours) peut guérir les urticaires, même les urticaires à répétition et les prurits.

De nombreux auteurs ont eu recours à l'autosérothérapie, depuis 1913, pour traiter ces mêmes maladies (*urticaire* et *prurit*). Sans chercher à faire la bibliographie complète de cette question, nous mentionnerons cependant quelques exemples qui confirment notre pratique personnelle :

En 1914 (*Presse méd.* n° 16, p. 576), Ch. Fouquet rapporte qu'il a traité 35 cas d'*urticaire* et 15 cas de *prurits* par l'autosérothérapie. Il écrit que, dès la première injection, souvent les malades sont soulagés et qu'on doit continuer à faire jusqu'à 12 injections, pour obtenir un résultat définitif. Parfois, l'éruption rétrocède rapidement, dès la première injection et il cite des cas guéris après, seulement, 5 injections.

Dans *les prurits* et spécialement dans le *prurit vulvaire*, il a enregistré de remarquables résultats qui lui permettent de conclure que quelques injections d'autosérum font disparaître complètement le prurit.

William G. Gottheil (*Med. record*, 8 juillet 1916) affirme que l'*urticaire chronique, les prurits et surtout le prurit sénile* sont guéris, parfois d'une façon très manifeste, par l'autosérothérapie.

Nous ne ferons que mentionner encore que les mêmes affirmations ont été fournies par le professeur Edmundo Escomel (*El siglo medico*, 6 août 1921) et par Hudelo (*Congrès de dermat.*, juillet 1923).

Traitement des eczémas. — Dans les *eczémas* divers, et particulièrement dans les *eczémas chroniques*, nous avons constaté les meilleurs effets. Sur 10 cas d'eczémas chroniques rebelles, nous avons noté 6 guérisons définitives, 3 améliorations considérables et un seul insuccès; toutefois, nous avons pu déterminer que cet insuccès pouvait provenir de ce que le malade, alcoolique invétéré, continua à boire plus que jamais pendant le traitement.

Sur 35 cas d'*eczéma aigu*, nous avons compté 32 guérisons; chez 5 ou 6 de nos malades, disparition de l'éczéma en deux à cinq jours seulement. Dans 3 cas, les malades améliorés ont disparu de notre observation. Nous insistons ici encore, sur la nécessité d'employer des doses élevées (20 à 30 centimètres cubes tous les deux jours); nous estimons, d'une manière formelle, que les résultats douteux enregistrés parfois par certains auteurs, *tiennent uniquement* à ce que, persuadés que l'autosérothépie n'agit que par choc hémoclasique, ils n'ont eu recours qu'à des doses de 1/2, 1, 2 centimètres cubes, doses absolument insuffisantes.

Nous conclurons donc que l'autosérothérapie constitue un moyen efficace de traiter les eczémas.

La littérature médicale nous fournit de *nombreux exemples qui confirment cette affirmation* :

Spiethoff (loc. cit.), a constaté que, dans l'*eczéma aigu*, l'autosérothérapie rend de bons services. Il a vu un eczéma de ce genre disparaître complètement en vingt-quatre heures, après une seule injection d'autosérum et en l'absence de tout traitement externe.

Dans les *lésions eczémateuses chroniques*, il a enregistré des résultats encourageants, mais parfois inconstants, ce qui, à notre avis, tient à l'insuffisance des doses employées.

Ch. Fouquet (loc. cit), dans les cas d'*eczéma aigu*, a obtenu, d'une façon constante et rapide, la disparition du prurit, ce qui permettait au malade de se reposer. Dans 2 cas, l'éruption s'effaça complètement et la malade guérit.

Ici encore, nous ferons remarquer que l'auteur utilise des doses insuffisantes : au début, il injectait 1 centimètre cube; ayant lui-même constaté l'insuffisance de ces doses, il injecta ensuite 5 centimètres cubes tous les deux jours, ce qui, à notre avis, est une dose encore trop faible. Toutefois, il est à remarquer qu'en dépit du taux peu élevé du sérum injecté, il a pu obtenir des guérisons.

William G. Gottheil (loc. cit.) rapporte que, dans l'*eczéma chronique*, il a noté des résultats remarquables et parfois des échecs; mais comme il n'indique pas les doses utilisées, il est très probable que ceux-ci résultent de l'insuffisance du sérum injecté.

Traitement de la furonculose. — Dans la furonculose, nous avons obtenu des améliorations considérables et des guérisons nombreuses. Ici encore, nous avons constaté que les résultats, parfois douteux, sont dus à l'utilisation de doses insuffisantes et insuffisamment prolongées. Il nous est arrivé de guérir, après 8 ou 10 injections, des cas très anciens de furonculose, qui avaient déjà été traités sans succès par l'autosérothérapie; nous avons pu établir alors que, dans le premier traitement subi, il n'avait pas été injecté en tout, plus de 20 à 30 centimètres cubes d'autosérum, dose manifestement insuffisante. Dans ces cas ayant résisté à une première série d'injections de sérum, nous avons pu, après 8 à 12 injections sous-cutanées, faites tous les deux jours, à la dose de 20 centimètres cubes, faire disparaître une affection remontant déjà à plusieurs mois et même à plus d'une année.

Dans 12 cas de *furonculose*, remontant de un à six mois, nous avons obtenu, par notre méthode, des *résultats parfois très rapides et amenant la guérison en vingt à trente jours.* On peut alors constater que dès les premières injections, la rougeur et les phénomènes congestifs de la peau s'atténuent en quelques heures; le pus des furoncles non ouverts se résorbe ou, plus rarement, s'enkyste pour quelque temps (deux à six semaines), puis disparaît complètement. Ces résultats furent constatés en dehors de tout autre traitement accessoire.

William G. Gottheil (loc. cit.) a obtenu des résultats peu favorables, dans la *furonculose*, dont il a traité 5 cas par l'autosérothérapie. Il déclare, en effet que le sérum ne lui a été d'aucune utilité dans ce traitement. Ces résultats sont certainement dus aux doses insuffisantes de sérum utilisé.

D'autres auteurs, en effet, ont employé, *avec le plus grand succès, l'autosérothérapie dans la furonculose*, avec des doses élevées de sérum. Hudelo (loc. cit.) rapporte qu'il a obtenu quelques succès, dans la *furonculose chronique*. Plusieurs de nos confrères, enfin, ayant employé notre méthode, ont obtenu des guérisons nombreuses.

Traitement du prurigo de Hébra. — Dans le *prurigo de Hébra*, sur quatre malades, *nous avons obtenu des guérisons totales,* dans un délai de six à vingt jours, après des injections de 20 centimètres cubes, et dont le nombre varia de 5 à 10. Fait à remarquer, nous avons eu, dans deux cas, une légère récidive, après la fin du traitement, mais il a suffi de quelques injections nouvelles d'autosérum, pour amener une guérison définitive et permanente.

Divers auteurs ont obtenu des résultats analogues aux nôtres, entre autres Spiethoff, qui guérit, en particulier, un garçon de douze ans, avec des doses de 8, 10, 12 et 15 centimètres cubes.

Traitement du psoriasis. — Le psoriasis, localisé ou généralisé, est justiciable de l'autosérothérapie, qui peut en amener la guérison définitive, si les doses d'autosérum sont suffisantes.

Depuis trente ans, nous avons traité plus de 50 cas de psoriasis, avec le plus grand succès, par l'autosérothérapie. Il s'est produit parfois, dans une dizaine de cas, des récidives, mais elles ont cessé après quelques injections sous-cutanées de doses élevées de sérum. Parmi ces cas, citons l'un d'entre eux, très démonstratif.

Un homme de vingt-huit ans, atteint de psoriasis depuis l'âge de douze ans, présente une forme généralisée, avec infiltration dermique accentuée, sous forme de placards symétriques, au niveau des articulations du genou, du coude, du poignet et de l'épaule. En plus, de nombreux foyers de psoriasis en gouttes sont répartis irrégulièrement, sur le tronc et les membres. Le malade a été soigné par de nombreux traitements, dont quelques-uns l'ont amélioré passagèrement, mais qui n'ont pu empêcher une récidive et d'autres poussées successives. Cet homme, très vigoureux, était considéré comme présentant un psoriasis invétéré et complètement incurable. Nous le soumîmes à l'autosérothérapie, après avoir supprimé tout autre traitement local ou général. Il reçut, tous les deux jours, une dose de sérum de 20 centimètres cubes. Déjà, après la quatrième injection, les placards en gouttes s'effacèrent nettement et disparurent totalement après la dixième injection. Les bandes annulaires des articulations commencèrent à s'atténuer et à s'amincir après la cinquième injection; elles disparurent progressivement et quarante jours après le début du traitement, c'est-à-dire après la vingtième injection, elles avaient totalement disparu. Pendant dix autres jours, malgré cela, le traitement fut continué; depuis lors, il ne s'est produit aucune récidive et le malade, revu de temps en temps, pendant six ans, n'a plus présenté aucune trace de psoriasis.

Chez un certain nombre de malades, il est vrai, on peut observer, quelques mois après la guérison du psoriasis, une récidive plus ou moins nette, le plus souvent sous forme de quelques efflorescences, au voisinage des articulations primitivement atteintes. Il suffit alors de refaire quelques injections d'autosérum, aux doses indiquées, pour faire disparaître totalement cette poussée légère, et, si on peut revoir le malade à des échéances plus ou moins éloignées, on trouve qu'il n'existe plus aucune trace de la maladie, ce qui semble infirmer cette sentence de Besnier que la guérison vraie d'un psoriaris vrai est rare.

Des 50 cas que nous avons traités ainsi, la presque totalité nous a permis de constater la guérison. Dans les six cas que nous avons notés comme rebelles, les malades sont venus irrégulièrement recevoir les injections, plusieurs d'entre eux les ont même interrompues, pendant un temps assez long, pour les reprendre ensuite d'une façon discontinue aussi. De sorte que ces insuccès apparents sont plus justiciables de la négligence des malades à se traiter et de l'insuffisance des doses reçues, que de l'inefficacité de la méthode thérapeutique employée. Pour notre part, *nous estimons que chaque fois qu'on soumet un psoriasique à l'autosérothérapie, dans ce que nous appelons des conditions normales c'est-à-dire, quand on pratique tous les deux jours une injection de 20 centimètres cubes (ou même de 30 centimètres cubes dans les cas invétérés), on peut obtenir une guérison définitive de cette maladie.* Il est vraiment curieux de constater, dans des cas légers ou peu étendus, avec quelle facilité l'éruption s'atténue, dès la troisième ou la quatrième injection. Il semble donc que l'autosérum, dans ces cas, agit avec une intensité d'action infiniment plus grande que dans les cas plus sévères.

Nous pensons aussi que si l'on veut se rendre compte de la possibilité de guérir un psoriasis par l'autosérothérapie, il faut supprimer rigoureusement tout autre traitement local ou général. Ceci n'exclut pas cependant l'obligation de placer le psoriasique dans les meilleurs conditions voulues d'hygiène corporelle ou alimentaire. Nous dirons même que nous sommes convaincu de l'utilité très grande, du facteur hygiène, dans le traitement de ces malades.

En résumé, nous conclurons que l'autosérothérapie est susceptible de guérir le psoriasis, même quand il revêt ses formes les plus graves.

Si on parcourt la littérature médicale, on trouve *qu'un certain nombre d'auteurs sont arrivés à des conclusions identiques*, bien que toutefois moins nettes dans leurs résultats. Nous sommes convaincu que cette circonstance est due surtout, à ce que les auteurs ont employé des doses insuffisantes et ont fait des injections trop espacées et en nombre trop petit. Ils ont eu aussi, à notre avis, le tort de continuer des traitements locaux divers sous forme de pommades variées, espérant parvenir ainsi plus vite à la guérison. Quand on utilise un traitement, dans lequel on doit avoir confiance, il faut abandonner tout autre moyen thérapeutique; le mélange de divers traitements ne permet pas de se prononcer, dans de bonnes conditions. Il est toutefois des auteurs qui ont employé, eux aussi, l'autosérothérapie, à l'exclusion de tout autre médicament.

En 1913, Spiethoff (*Münch. med. Woch.*, nº 10 du 11 mars) a traité, par l'autosérothérapie, divers cas de *psoriasis*. Il obtint deux succès remarquables et, à côté de cela, quelques échecs. Il mentionne un cas de psoriasis géographique étendu qui fut très notablement atténué après trois injections.

Dans un autre cas de psoriasis avec plaques per-

sistant depuis longtemps aux avant-bras et aux jambes, il obtint la guérison après la cinquième injection. Déjà une première, de 13 centimètres cubes de sérum inactivé, avait fait rétrograder les foyers localisés aux avant-bras, qui disparurent tout à fait après une cinquième injection. Aux jambes, il se manifesta également une tendance nette à l'involution des lésions, mais ici le processus fut plus lent et l'auteur, après la cinquième injection, s'aida de pommades qui très rapidement achevèrent la guérison.

Nous ferons remarquer la dose relativement moyenne de sérum utilisée par Spiethoff (13 centimètres cubes).

William G. Gottheil, dans un mémoire publié dans le *Medical Record*, en juillet 1916 (The value of autoserum Injections in skin diseases), a rassemblé, dans la littérature médicale, 35 observations de *psoriasis* qui ont été traitées par l'autosérothérapie. *Il estime que certains cas de psoriasis ont été indiscutablement guéris par l'injection d'autosérum*; d'autres fois, les résultats sont moins satisfaisants au point de vue de la guérison absolue; alors l'autosérothérapie influence considérablement le type de la maladie, en l'améliorant, de sorte que les lésions qui persistent sont minimes, insignifiantes et guérissent aisément par un traitement local. Il a pu dire que dans ces cas, si l'autosérothérapie ne guérit pas complètement, elle-même, la maladie, elle constitue cependant un important facteur de traitement dans le psoriasis, dont elle diminue beaucoup la durée et empêche les récidives.

Nous avons, nous-même, essayé sur quelques psoriasiques l'action curative d'un autosérum, d'abord aux doses de 5 centimètres cubes tous les deux jours, puis de 10 centimètres cubes dans les mêmes conditions. Nous avons constaté, d'une façon très nette, que les malades recevant 5 centimètres cubes s'amélioraient, mais très lentement; que ceux recevant 10 centimètres cubes s'amélioraient aussi, mais d'une façon beaucoup plus accentuée, et dans un cas même cette dose de 10 centimètres cubes a suffi pour provoquer la guérison complète. Cependant, si ces mêmes malades, à amélioration lente, étaient ensuite soumis à un traitement, par des doses de 20 centimètres cubes tous les deux jours, on voyait se modifier rapidement les symptômes, s'effacer les lésions, parfois d'une façon très manifeste et très rapide, et en quelques semaines le psoriasique guérissait complètement et définitivement.

En raison de ces considérations, on doit admettre que les résultats *partiellement* favorables signalés par William G. Gottheil sont dus à l'emploi de doses de sérum trop faibles, et que s'il avait utilisé les doses de 20 centimètres cubes, et au besoin de 30 centimètres cubes, il eût obtenu des résultats régulièrement favorables.

En résumé, il nous semble établi que le *psoriasis*, traité par l'autosérum dans les conditions que nous avons précisées pour la prise du sérum et les doses à employer, peut être complètement et radicalement guéri par la méthode de l'autosérothérapie.

La durée du traitement a varié dans des limites assez étendues entre deux semaines et deux mois, ce qui, croyons-nous, est sous la dépendance de l'ancienneté de la maladie et par suite du degré de l'imprégnation de l'organisme par le principe morbide, en même temps que par l'étendue des lésions.

Une sorte de contrôle des résultats que nous avançons a été établi par l'institution, *en 1913*, par Ravaut, d'une méthode de traitement voisine, à laquelle il a donné le nom d'autohématothérapie. « Estimant, dit-il, que la méthode d'autosérothérapie préconisée par les *dermatologistes allemands* nécessite de multiples préparations, au cours desquelles le sérum est susceptible de s'infecter, j'ai pensé qu'il serait plus simple de réinjecter au patient directement son propre sang et de pratiquer ainsi une véritable autohématothérapie. » Nous ferons remarquer que Ravaut vise, sous la dénomination de dermatologistes allemands, les travaux de Spiethoff et de ses élèves. La date de 1913 indique clairement que les dits auteurs allemands ont connu notre publication du 10 avril 1910 et nos indications sur l'emploi de la sérothérapie, comme méthode générale de traitement. D'ailleurs, dans nos services cliniques, nous ne faisions pas mystère de la façon dont nous utilisions l'autosérothérapie, et plus d'un confrère civil ou militaire a pu, sur nos malades, constater les résultats acquis. Déjà en *1900*, nous avons traité, dans notre service à Alger, et guéri une dizaine de psoriasiques. Nous pouvons donc légitimement conclure que la méthode d'autosérothérapie préconisée par les dermatologistes allemands n'est qu'une conséquence et une suite de notre propre pratique personnelle.

Pour en revenir à l'autohématothérapie, on sait qu'elle a donné des résultats satisfaisants, dans les maladies que nous étudions actuellement. Nous nous demandons toutefois si les insuccès, qu'on a pu attribuer à cette méthode, ne tiennent pas à ce que la quantité de sang injecté est trop faible et contient une quantité insuffisante de sérum. Enfin, les accidents qui lui ont été attribués ne doivent pas être perdus de vue.

Plus d'un auteur a écrit *que l'autohématothérapie donne des résultats absolument identiques à ceux de l'autosérothérapie*. Sous prétexte de simplification, l'autohématothérapie s'efforce aujourd'hui de remplacer l'autosérothérapie. Elle n'en constitue qu'une sorte de démarquage, à action limitée et plus restreinte, si l'on considère la quantité de sang qu'on devrait injecter, pour correspondre à la dose contenant 20 centimètres cubes de sérum, qui nous paraît nécessaire pour un traitement efficace du psoriasis.

L'autosérothérapie nécessite évidemment une instrumentation spéciale et l'observation d'une technique rigoureuse, comme, d'ailleurs, tant d'autres procédés thérapeutiques, dont cependant la pratique courante fait bénéficier chaque jour les malades.

L'autosérothérapie est une méthode simple, utile et efficace, qui a été utilisée largement en France et à l'étranger, par de nombreux cliniciens et qui a donné entre leurs mains les résultats les plus satisfaisants. Elle est sans dangers. Edmundo Escomel,

de Madrid, entre autres, déclare cette méthode « si merveilleuse » qu'il conseille à ses collègues de l'utiliser largement.

NOUS CONCLURONS que l'autosérothérapie, méthode que LE PREMIER nous avons établie et indiquée, comme *méthode générale de traitement pour de nombreuses maladies internes est applicable au traitement des dermatoses et particulièrement du psoriasis, dans lequel on obtient une guérison radicale des malades.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1930)

M. LE PRÉSIDENT a annoncé la mort, à l'âge de soixante-quatorze ans, d'Alphonse Théophile Schloesing, membre de la section d'économie rurale depuis 1903, dont les travaux en biologie végétale sont si considérables.

A. T. Schloesing était le fils de J. J. T. Schloesing, également membre de la section d'économie rurale, décédé en 1919, à l'âge de quatre-vingt-quinze ans.

Présence de l'uranium dans les eaux minérales. Rapport de cet élément avec le radium. — M. HERCULANO DE CARVALHO. L'uranium accompagne le radium dissous dans les eaux radio-actives proprement dites. Dans les eaux étudiées au Portugal, par l'auteur, il n'y a pas de rapport constant entre l'uranium et le radium. Il semble intéressant que le dosage du radium dissous qui s'effectue aujourd'hui couramment soit complété par la recherche et le dosage de l'uranium.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1930)

La circulation de retour du sang vers le cœur. — MM. Ch. LAUBRY et A. TZANCK, se basant sur une série d'expériences, montrent que la circulation de retour du sang vers le cœur est insuffisamment expliquée par les données actuellement admises (vide pleural, aspiration cardiaque, vis a tergo). Le rôle primordial appartient aux vaso-moteurs capillaires et veineux qui assurent la tonicité permanente d'un réservoir dont la capacité est très supérieure au contenu. On conçoit dès lors qu'un relâchement des parois d'un pareil réservoir réalisera la stagnation de la masse sanguine et l'arrêt de la circulation de retour vers le cœur.

Ainsi se trouve réalisé un système régulateur d'une sensibilité parfaite qui moule constamment les parois du contenant veineux sur la masse sanguine sujette à des variations incessantes.

Un très grand nombre de phénomènes, tant physiologiques que pathologiques, se trouvent éclairés par cette conception de la circulation de retour. Ainsi s'expliquent en effet :

La possibilité de saignées même abondantes et sans retentissement sur la pression artérielle, car le prélèvement ne porte que sur la masse de réserve.

Le caractère si soudain de la mort alors que le cœur continue à se contracter pendant plusieurs minutes et qu'il peut même reprendre ses contractions sous l'influence d'une circulation réalisée artificiellement. L'instant de la mort traduit non l'arrêt du cœur, mais l'arrêt de la circulation de retour.

La disparition subite de la pression artérielle lors du collapsus, de la syncope tandis que le cœur continue à battre.

L'inefficacité si remarquable du massage du cœur (qui dans ces conditions apparaît moins la cause que la victime de la syncope).

Inversement, l'efficacité si remarquable de l'adrénaline dans certaines syncopes par son rôle vaso-constricteur (que révèle à l'écran la contraction splénique). Le rôle de l'adrénaline apparaît comme périphérique alors même que le médicament est introduit par la voie intracardiaque.

Ainsi peut aussi s'expliquer la crampe des nageurs lorsque la digestion retient une masse sanguine importante et que les muscles réalisent eux aussi une dérivation notable de la masse sanguine. Cette fois c'est le contenu qui peut se trouver insuffisant...

En réalité, cette conception jette un jour tout à fait particulier sur la plupart des problèmes de l'hydraulique circulatoire. Les auteurs se réservent d'ailleurs d'en montrer toute l'importance dans les problèmes si controversés, à l'heure actuelle, de l'hypotension et de l'hypertension.

La fièvre récurrente en Afrique centrale. — M. le médecin général inspecteur LASNET. Partie de la Haute-Guinée en 1921, la fièvre récurrente s'est dirigée vers l'Est suivant le Niger et les routes des caravanes pour traverser en nappe le Soudan et la Haute-Volta, la colonie du Niger, contourner le Tchad, envahir le nord de l'Afrique équatoriale et s'arrêter vers le sud au contact des populations fétéchistes sans vêtements.

Dans les régions atteintes, la morbidité moyenne a été d'environ 10 p. 100 de la population avec une mortalité variant de 5 à 25 p. 100 des cas. La mortalité totale pendant les neuf années où elle vient de déferler sur l'Afrique centrale française n'a pas été inférieure à 70.000.

Actuellement l'épidémie a cessé, mais il reste quelques petits îlots d'épidémicité atténuée (Kouhala-Tombouctou) dans la Haute-Volta et dans le Tchad.

Le traitement employé a été basé sur les arsenicaux. La prophylaxie a surtout consisté dans l'épouillage et la désinfection. Ces mesures ont permis d'enrayer la marche de la maladie, et le résultat obtenu est tout à l'honneur de l'administration et du Corps médical colonial.

L'anatoxine diphtérique dans son application à l'immunisation active de l'homme et à la prophylaxie de la diphtérie. — M. G. RAMON. C'est en 1923 que l'auteur de cette communication a fait connaître l'anatoxine et l'a proposée pour l'immunisation active de l'homme et la prophylaxie de la diphtérie. Depuis six ans il a été préparé et contrôlé plus de 7.000 litres d'anatoxine avec lesquels plus de trois millions d'injections ont déjà été pratiquées en France seulement. Aucun incident fâcheux n'est survenu. Ainsi s'affirment sans conteste et la parfaite innocuité de l'anatoxine et la sûreté des procédés de contrôle de cette innocuité.

Les premières statistiques publiées tant à l'étranger qu'en France montrent déjà la réduction de la morbidité diphtérique. Cette réduction est surtout manifeste dans certaines collectivités où la vaccination par l'anatoxine a été convenablement appliquée et systématiquement étendue à tous les sujets. Ceci trace la ligne de conduite à suivre maintenant : appliquer la méthode selon les règles et la généraliser.

La méthode de vaccination par l'anatoxine s'est étendue et s'étend chaque jour davantage non seulement en France mais encore dans l'Europe entière : en Belgique, au Danemark, en Hongrie, Tchéco-Slovaquie, Russie, Turquie, etc..., en Suisse, en Italie, etc..., de même en Egypte, en Amérique, en particulier aux Etats-Unis et surtout au Canada.

Actuellement plus d'un million d'individus ont été vaccinés en France, 700.000 au Canada, 100.000 en Belgique, etc., etc..., ce qui fait un total général certainement bien supérieur à

deux millions de sujets vaccinés au moyen de l'anatoxine.

Cet essor on peut dire mondial pris par la méthode de vaccination par l'anatoxine diphtérique est le meilleur témoignage de son innocuité et de sa valeur pour la prophylaxie individuelle et collective de la diphtérie.

Note préliminaire sur l'emploi du benzène sulfonate d'oxydimorphine en thérapeutique. — MM. Leulier et Ponne.

Stabilisation des glandes animales destinées aux usages thérapeutiques. — M. Pellerin.

La limite d'âge des professeurs appartenant à l'Académie. — Comme nous le laissions prévoir l'Académie a décidé en comité secret dans sa dernière séance par 34 voix contre 10, de garder le statu quo en ce qui concerne la limite d'âge des professeurs, membres de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 juin 1930)

Eruption zostériforme faciale récidivante. Lésions particulières du ganglion de Gasser. Hypertension artérielle paroxystique consécutive. — MM. Lhermitte, Trémolières et P. Véran. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans chez lequel apparurent une série de crises d'hypertension artérielle accompagnées de céphalée, d'amblyopie, de convulsions épileptiques et parfois de coma, crises dont l'originalité tient dans leur précession par une poussée de vésicules zostériformes sur divers territoires du trijumeau. Au cours de l'affection, l'hypertension vasculaire devient permanente et le malade présente tous les signes de la néphrite azotémique. La mort survint dans le coma

L'autopsie montra, d'une part, les lésions typiques de la néphrite chronique en évolution avec aortite thoracique, et, d'autre part, révéla l'existence d'altérations très spéciales des deux ganglions de Gasser.

Les caractères spéciaux de ces lésions inflammatoires gassériennes ne permettent pas de penser au zona authentique, et, par certains points, ressemblent beaucoup à ceux des altérations syphilitiques.

Mécanisme de certaines syncopes dites « cardiaques ». — MM. Ch. Laubry et A. Tzanck. Les syncopes sont le plus souvent attribuées à l'insuffisance subite du cœur.

Les auteurs proposent une interprétation différente. Pour eux le cœur continue à fonctionner, mais la circulation sanguine de retour n'est pas assurée (du fait de la paralysie des vaso-moteurs veineux et viscéraux et probablement des capillaires).

La notion de cette véritable autonomie de la circulation de retour éclaire plusieurs problèmes de la pathologie générale tels que l'hypotension, l'hypertension, les divers états de schock, etc.

Cette conception explique en particulier les faits signalés par MM. Monier-Vinard et Desmarets qui ont observé, au cours d'une syncope provoquée par une anesthésie rachidienne, la tension tomber subitement puis remonter exactement au même chiffre qu'avant la syncope.

Cancer cavitaire du poumon à type d'abcès. — MM. Sergent, Kourilsky, Imbert et Poumeau-Delille rapportent deux cas de cancer cavitaire du poumon à type d'abcès, l'un ayant évolué comme un abcès amibien avec pus aseptique, l'autre ayant simulé un abcès putride avec expectoration purulente, fétide par intermittence. L'autopsie a révélé la nature cancéreuse.

Sténose congénitale associée de l'orifice sigmoïdien et de l'isthme aortique. Pouls anacrote et pouls en dôme. — MM. Laubry et van Bogaert présentent un sujet atteint d'une sténose congénitale aortique portant à la fois sur l'orifice sigmoïdien de ce vaisseau et sur son isthme. Cette cardiopathie, parfaitement tolérée par le sujet, se caractérise par l'existence à la palpation, dans le deuxième espace intercostal droit, d'un frémissement systolique correspondant à un souffle rude holosystolique, se propageant dans toute l'aire précordiale et particulièrement vers la pointe du cœur, vers les clavicules, dans les vaisseaux du cou et se percevant encore dans la fossette sus-épineuse de l'omoplate droite.

Cette observation confirme de manière éloquente l'opinion des auteurs sur le mécanisme du pouls anacrote, à savoir qu'une sténose de l'aorte ne peut engendrer qu'un pouls en dôme et que l'anacrotisme est l'expression de l'augmentation des substances périphériques.

Occlusion intestinale aiguë incomplète par péri-diverticulite de Meckel. Utilité de l'examen radiologique pour le diagnostic des occlusions intestinales. — MM. F. Trémolières, Bertrand, Zadoc-Kahn et Kwong relatent l'observation d'un cas d'occlusion intestinale aiguë incomplète où, lors de l'entrée à l'hôpital, l'atténuation des signes fonctionnels, l'état général satisfaisant, les signes physiques très discrets laissaient hésitant le diagnostic jusqu'à l'apparition de vomissements noirs. Un examen radiologique le confirma par l'aspect d'images hydro-aériques à niveaux étagés. L'intervention fit constater l'occlusion incomplète d'une anse grêle par deux brides inflammatoires.

Cette observation montre les difficultés que comporte parfois le diagnostic de l'occlusion intestinale et l'aide que peut y apporter l'examen radiologique.

Variations de la formule leucocytaire par actions toxiques et médicamenteuses. Influence du système nerveux végétatif sur la régulation sanguine. — MM. J. Tinel et J. Henrion établissent la notion d'une action régulatrice exercée par le tonus vago-sympathique sur l'équilibre sanguin. C'est ainsi que les états d'hypertonie sympathique, d'agitation anxieuse ou d'excitation maniaque s'accompagnent en général de polynucléose.

Paralysies unilatérales multiples des nerfs craniens. Syphilis nerveuse. — MM. Dargein et Plazy.

Ictère infectieux suivi d'un zona chez un hérédo-syphilitique. — MM. J. Gaté et Giraud.

Rhumatisme gonococcique chez un syphilitique. Inefficacité relative de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antigonococcique. Guérison par le traitement antisyphilitique. — MM. J. Gaté et Giraud.

Placards érysipélatoïdes au cours d'une streptococcémie avec phlébite de l'axillaire gauche. Guérison. — MM. Gaté et Giraud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 2 juillet 1930)

Drainage interne des voies biliaires sur tube de caoutchouc. — M. Duval insiste sur la nécessité de distinguer cette intervention de la cholédocoplastie sur tube de caoutchouc.

Vaccination pré-opératoire. — M. Lambret précise les conditions dans lesquelles il pratique la vaccination et l'intradermoréaction dans son service, après étude de la flore microbienne gastrique. Il rappelle la variabilité des causes des complications pulmonaires (état pulmonaire déficient, embolie non microbienne), et il insiste surtout sur les deux causes principales de ces complications : la laparotomie sus-ombilicale favorisant les troubles respiratoires, les embolies

microbiennes. Sur 385 opérés, il a eu 2 décès par complications pulmonaires.

Ectopie pelvienne du rein et grossesse. — M. MICHON rapporte cette observation de M. Laffitte (de Niort). L'intervention, alors qu'on pensait à une grossesse extra-utérine, montre que la masse perçue est un rein ectopique, diagnostic vérifié par biopsie. On dut pratiquer au moment de l'accouchement une césarienne basse qui permit de sauver la mère et l'enfant. Ces ectopies congénitales du rein sont assez rares (Murard, 102 cas), difficiles à enlever. Seul le cathétérisme de l'uretère avec pyélographie permet un diagnostic certain de ces lésions.

M. MOURE a constaté, lors d'une autopsie, un rein ectopique déterminant une coudure iléale.

M. ALGLAVE a constaté deux fois l'existence d'un rein en ectopie pelvienne.

M. MICHON rappelle que la classification des ectopies pelviennes secondaires du rein et des ectopies primitives est basée sur la topographie de naissance des vaisseaux rénaux.

Contusion associée de la rate et du rein gauche. — M. D'ALLAINES fait un rapport sur une observation de M. Goinard (d'Alger) et trois observations analogues de ses collègues d'Alger. Ces lésions associées sont assez fréquentes et existeraient dans environ 10 p. 100 des cas de plaies de la rate. Le pronostic est grave : 50 p. 100 de mortalité dans les cas rassemblés par M. Goinard. M. d'Allaines insiste sur le fait que la rupture de la rate passe plus facilement inaperçue que celle du rein, et que c'est la lésion splénique qui nécessite l'intervention. La voie d'abord logique est la laparotomie qui permettra de traiter les deux lésions. En cas d'abord d'un rein par voie lombaire il faut se méfier d'une lésion splénique, et M. Pierre Duval a déjà conseillé l'ouverture péritonéale pour vérifier l'état de la rate.

Fracture ouverte de l'humérus par balle. — M. GOSSET rapporte cette observation de MM. Botreau-Roussel et Bourguignon : blessure très grave du bras, avec conservation du seul paquet vasculo-nerveux principal, section du radial suturé. Sous l'influence de l'ionisation les adhérences osseuses se libèrent, le nerf radial se régénère rapidement.

Diagnostic des pancréatites chroniques. — M. GRÉGOIRE montre la difficulté de ce diagnostic. Dans un cas observé par M. Grégoire une jeune femme de vingt-sept ans présentait une tumeur épigastrique. A l'intervention on constate une masse pancréatique. Depuis quatre ans, l'état général de la malade étant resté excellent, les signes locaux persistent. Les différentes recherches de laboratoire ne montrent aucune déficience pancréatique. Le Wassermann est positif. En somme, il s'agit d'une hypertrophie scléreuse de la tête pancréatique de cause inconnue.

M. BAZY a observé un cas de fibromyome du muscle de Treitz qui simulait une tumeur pancréatique.

M. CUNÉO se demande si la syphilis n'est pas en cause.

M. DUVAL a opéré une sténose duodénale due à une lésion pancréatique absolument analogue.

M. GOSSET insiste sur le fait que les tumeurs de la tête pancréatique ne sont pas douloureuses, contrairement à celles du corps.

M. BROCQ considère que la pancréatite chronique favorise le cancer.

Présentation d'instruments :

M. BASSET présente une aiguille de Reverdin à fermeture automatique fabriquée par M. Lacroix.

M. CADENAT rappelle qu'on connait déjà des aiguilles basées sur le même principe.

M. J.-L. FAURE présente un excellent appareil pour donner le Schleich.

M. MOCQUOT a obtenu d'excellents résultats de l'appareil de Bunsel.

Présentation de radiographies :

M. MICHON présente des radiographies après injections intraveineuses d'urosélectan, méthode intéressante quand le cathétérisme urétéral est impossible.

M. DUVAL pense qu'il ne faut pas utiliser trop l'urosélectan car des morts ont été publiées.

M. CHEVASSU recommande une grande prudence dans l'emploi de cette méthode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 6 MAI 1930)

Fracture du pariétal chez un enfant, avec volumineux hématome sous-cutané suppuré et hématome extradural. (*Présentation du sujet.*) — M. CORDONNIER signale à propos de cette observation :

L'absence complète d'anamnèse pour un traumatisme qui a dû être très important.

La complète latence de l'hématome sus-dural infecté, tant au point de vue clinique qu'au point de vue des examens de laboratoire (liquide céphalo-rachidien normal).

L'intérêt médico-légal de faits semblables, où la fracture peut rester méconnue.

Remarques sur deux cas de granulie aiguë. Etude comparative des radiographies ante et postmortem. — MM. LANGERON et D'HOUR.

Purpura hémorragique avec agranulocytose. Les syndromes agranulocytaires. — MM. LANGERON, PROUVOST et POUYET rapportent une observation clinique de purpura hémorragique grave et rapidement mortel, accompagné d'une réaction hématologique du type agranulocytaire. Ils montrent, par l'examen critique des divers observations et travaux relatifs à l'agranulocytose, que l'on doit entendre par ce terme, non une maladie véritablement autonome comme l'ont pensé les premiers observateurs, mais un mode particulier de réaction hématologique à des causes variables, et susceptible d'associations variables aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique. C'est seulement la notion étiologique qui, lorsqu'elle est connue, peut caractériser suffisamment les diverses éventualités rencontrées, pour les élever au rang de maladie.

Sur un cas de fracture latente de la colonne vertébrale. — MM. COURTY, CALLENS et BÉRA. Femme de vingt-huit ans, brutalement tamponnée par une auto : contusions multiples, plaies du cuir chevelu, fractures de côtes. Rien n'attire l'attention sur la colonne vertébrale, et l'accidentée, dix jours plus tard, demande à quitter l'hôpital.

Elle revient, un mois après, pour quelques douleurs au sacrum, éveillées par la fatigue. Une radio montre alors un écrasement de toute la moitié droite de la IVe lombaire. Extension continue, consolidation avec déformation, mais sans accidents de compression.

Fractures et luxations de la colonne peuvent rester latentes; la radiographie s'impose dès que l'attention est attirée.

De l'utilité de la radiographie dans les fractures du crâne. — M. VINCENT, Mlle SÉNELLART et M. BÉRA.

(SÉANCE DU 20 MAI 1930)

Arythmie complète paroxystique. (*Présentation de tracés électriques.*) — M. L. LANGERON. Observation clinique,

appuyée sur des tracés électro-cardiographiques, d'un cas d'arythmie complète paroxystique survenue sans causes appréciables et sur un cœur par ailleurs sain; les crises étaient perçues par le malade sous forme de palpitations douloureuses, le début en était brusque mais la fin progressive; la durée s'en est progressivement allongée au cours de l'évolution de la maladie, allant de quelques heures à plusieurs jours; la quinidine semble avoir eu sur elles une heureuse influence; le diagnostic hésitant sur les seuls anamnestiques a pu être affirmé sur la constatation de la crise et la prise d'un tracé électrique.

Curieux processus de défense au cours d'une tentative d'occlusion intestinale expérimentale chez le chien. (*Présentation de pièces.*) — MM. A. Le Grand et J. Piet présentent le rectum d'un chien qui avait été cerclé par un câble métallique en vue d'une occlusion expérimentale basse.

Le sixième jour après l'opération, le transit intestinal s'était rétabli normalement.

La pièce anatomique permet de constater que le cerclage métallique a traversé la paroi intestinale à laquelle il n'adhère plus qu'en un point. La réparation des tissus est parfaite.

Grâce à la rapidité de ce processus de défense, l'animal n'a pas succombé à son occlusion et a été sacrifié six semaines plus tard.

Quelques remarques pratiques relatives à la détermination de la chlorurémie. — M. Paget a montré antérieurement que, dans les cas d'occlusion haute, il faut, avant de vérifier la chlorurémie, effectuer la détermination de la réserve alcaline et du volume globulaire du sang total. Pour simplifier les opérations préliminaires, il a fait faire des tubes centrifugeurs très exactement gradués, dans lesquels on recueille le sang rendu incoagulable par addition d'oxalate de potasse. Le volume du sang est déterminé par simple lecture; une centrifugation rapide permet de connaître le volume globulaire. Si le rapport de ces deux volumes est compris entre 0,85 et 0,95, le dosage doit être effectué dans le sang total; si ce rapport est supérieur à 0,95, le dosage des chlorures doit être pratiqué à la fois dans le sang total et dans le plasma.

Accidents d'évolution de la dent de sagesse chez un homme de cinquante-cinq ans. (*Présentation de pièce.*) — MM. Billet et Drappier.

Examen de l'appareil urinaire par l'uro-sélectan. — M. Lepoutre.

CONGRÈS

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE. — Le Ier Congrès organisé par la Société internationale de microbiologie s'est ouvert lundi dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence d'honneur du docteur Roux et la présidence effective du docteur Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Belgique. Trente-neuf nations étaient représentées.

Le professeur Calmette prit le premier la parole pour excuser le docteur Roux, qu'une indisposition empêche de prendre part aux travaux du Congrès, il salua en son nom les très nombreux congressistes et lut l'allocution que le directeur de l'Institut Pasteur devait prononcer. Dans cette allocution, le docteur Roux rappela l'œuvre immortelle de Pasteur et montra comment la microbiologie est, « plus encore que les autres sciences, capable d'unir les nations dans un idéal de paix inaltérable et de solidarité ». Puis M. Bordet donna, dans un discours très applaudi, des précisions sur l'œuvre entreprise par la Société internationale de microbiologie, qui se propose d'unifier méthodes et nomenclatures et d'assurer une collaboration constante entre chercheurs assujettis aux mêmes disciplines, puis il évoqua les bienfaits que celles-ci promettent à l'humanité.

M. Madsen (Danemark), président du Comité d'hygiène de la Société des nations, parla ensuite au nom des délégués étrangers. Prirent encore la parole MM. Hahn (Allemagne), Wright (Angleterre), Sacho (Autriche), Park (Etats-Unis), Sanarelli et Belfonti (Italie), Tello (Espagne).

Les assistants allèrent ensuite, en corps, s'incliner devant le tombeau de Pasteur.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique de l'autopsie pour l'étudiant et le praticien (1), par J. Montpellier, chef des travaux d'anatomie pathologique et P. Witas, préparateur chargé des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine d'Alger. Préface du professeur G. Poujol.

L'anatomie pathologique macroscopique, et plus généralement l'autopsie, est volontiers négligée par l'étudiant.

Et pourtant l'ouverture du cadavre lui donne la clé de bien des diagnostics et lui explique bien des symptômes. Elle lui offre surtout la possibilité de fixer sur quelque chose de concret, maintes connaissances qui sans cela risquent fort d'être fugitives. La pratique de l'autopsie apparaît vraiment comme une base fondamentale au développement normal des études médicales.

Ces connaissances d'anatomie pathologique macroscopique ne sont pas moins utiles au praticien, lorsqu'il se voit confier une autopsie médico-légale dont le rapport va décider de la responsabilité civile ou pénale d'un accusé.

Les manuels ne pullulent pas qui traitent de l'anatomie pathologique macroscopique envisagée sous ces deux angles. Celui-ci vient à son heure, combler un vide. Il condense très heureusement en quelque trois cents pages, les données essentielles de la pratique des autopsies hospitalières et médico-légales.

Dans un premier livre, il conduit l'étudiant près du cadavre, le guide dans la technique rigoureuse, méthodique, de l'extirpation et de l'examen des organes et lui apprend à voir et à relever les caractères pathologiques de chacun d'eux.

Dans un second, il retrace au praticien le chemin qu'il doit suivre dans la recherche des causes de la mort accidentelle, tout en lui remémorant ses vieux souvenirs de médecine légale. Il lui précise la manière d'établir un rapport d'expertise et aussi une note d'honoraires.

Ainsi ce guide-manuel mérite de prendre place sur la table de travail de tout étudiant en médecine, en attendant de le suivre plus tard dans sa bibliothèque de praticien.

L. G.

Traité de technique sanitaire, publié sous la direction de MM. les professeurs F. Putzeys et F. Schoofs (de Liége). Tome V : *La réforme économique et technique des constructions hospitalières. Propreté, désinfection*, par MM. Putzeys, Schoofs, Mankels et Vellut. — Paris et Liége, librairie Polytechnique Ch. Béranger.

Le Traitement de l'asthme et de ses équivalents respiratoires par la rœntgenthérapie, par H. Ronceray. In-8 raisin de 92 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

(1) Un vol. in-8 de 330 pages, avec 90 figures dans le texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le livre de l'homme, par le docteur Albert Nast. Préface du professeur Henri Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. — Paris 1930, Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

IL Y A CENT ANS

LA « LANCETTE » PENDANT LES JOURNÉES DE JUILLET 1830

Le 25 juillet 1830, une ordonnance royale suspendit la liberté de la presse. Les journaux parurent néanmoins le mardi 27. Le préfet de police fit saisir les numéros et détruire la composition. La Lancette française *du 27 juillet n'échappa pas à cette mesure, mais elle improvisa aussitôt, sur une feuille simple, un numéro de fortune portant la date du 1er août que nous reproduisons plus loin.*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LES HÔPITAUX EN BANLIEUE. — La construction d'hôpitaux intercommunaux en banlieue entre dans la voie des réalisations.

Il manque à l'heure actuelle 3.000 à 4.000 lits dans les établissements de l'Assistance publique pour faire face aux besoins.

Le Conseil général, sur la proposition de M. Henri Sellier, a adopté la construction de deux grands hôpitaux de 1.000 lits à Garches et Rosny-sous-Bois, construits et gérés par l'Assistance publique, et quatre petits hôpitaux de 400 à 500 lits, réservés aux malades de la banlieue et gérés par les communes constituées en syndicat.

La construction de trois hôpitaux intercommunaux a d'abord été décidée.

L'hôpital de Créteil devant réunir les malades de Bonneuil, Créteil, Joinville, Saint-Maur, Charenton, Maisons-Alfort.

L'hôpital du Plessis-Robinson devant recevoir ceux d'Antony, de Bourg-la-Reine, Fontenay-aux-Roses, Châtenay, Sceaux, Plessis-Robinson, Bagneux et Montrouge.

L'hôpital de Nanterre pour les malades de Nanterre, Puteaux, Suresnes, Colombes, La Garenne-Colombes et Courbevoie.

Un accord entre le préfet de police et les communes du groupe de Nanterre, Suresnes, Puteaux, permettra de réserver 150 lits à l'infirmerie de Nanterre pour les malades des communes voisines.

Enfin, deux autres groupes de communes ont demandé et obtenu la construction par le département d'un hôpital dans leur région; l'un, dans le canton de Vanves, pour les communes d'Issy-les-Moulineaux, Vanves et Clamart; l'autre, dans le canton de Villejuif, pour les communes d'Arcueil, Chevilly, Fresnes, l'Hay, Rungis et Le Kremlin-Bicêtre.

Il ne restera donc plus au Conseil général qu'à statuer au cours de la prochaine session sur les projets techniques d'exécution et sur le financement du programme. (*Moniteur de la capitale et de la banlieue.*)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Il est créé, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, un emploi de chef de travaux de micrographie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Chabry (d'Ermont, Oise), ancien radiologue de l'hôpital Necker, victime de son dévouement.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Brun (de Tunis).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Delastre (de Tunis).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Augier (de Paris), Auguste (de Lille), Ballet (de Nantes), Binet du Jassoneix (de Paris), Blanchard (de Marseille), Bonnet-Roy (de Paris), Breuil (de Toulon), Cartier et Castéran (de Paris), Chatellier (de Toulouse), Chaton (d'Autun), Costedoat (de

Paris), de Butler d'Ormond (d'Amiens), de Coquet (de Bordeaux), Devic (de Lyon), Didiée, Dumont et Mlle Eliascheff (de Paris), Fabre (de Bordeaux), Fourment (d'Alger), Gayet (de Paris), Girard (de Bordeaux), Granclaude (de Paris), Larrousse (de Strasbourg), Lebon (d'Alger), Libert (de Paris), Liégeois (de Lyon), Morin (de Nancy), Morvan (de Paris), Muler (de Lille), Renard (de Paris), Ribet (d'Alger), Riser (de Toulouse), Robiolis (de Marseille), Rochet (de Lyon), Roland (de Besançon), Roques et Sempé (de Toulouse), Terracol (de Montpellier), Truffert et Veil (de Paris), Vérain (de Nancy), Verrière (de Lyon), Viennot (de Paris), Villedieu (de Tours), Vincent (de Lille) et Volmat (de Besançon).

Mlle Hérody, maîtresse sage-femme à l'Ecole de médecine d'Amiens.

MARINE. — Ont été nommés, après concours, aux emplois ci-après :

Pour une période de cinq ans, comptant du 1er novembre 1930. — Professeur de physique, chimie, histoire naturelle et matière médicale à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, M. Quere, pharmacien chimiste de 1re classe en service à la fonderie de Ruelle.

Pour une période de trois ans comptant du 1er décembre 1930. — Chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique à l'Ecole d'application de Toulon, M. Farges, médecin de 1re classe, médecin-major de l'école des torpilleurs et T. S. F. à Toulon.

— Ont été maintenus dans leurs fonctions actuelles de professeur pendant l'année scolaire 1930-1931 :

Professeur de pathologie interne et de thérapeutique à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux, M. Jeanniot, médecin principal.

Professeur de physique biologique à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest, M. Leteux, pharmacien chimiste principal.

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN INDOCHINE. — Le *Journal officiel* du 23 juillet 1930 publie un décret relatif à l'assistance psychiatrique en Indochine.

A LA MÉMOIRE DE SICARD. — Nous recevons le beau numéro du *Marseille médical* consacré à la mémoire de J.-A. Sicard. Ce numéro contient une autobiographie de Sicard, puis les discours prononcés à l'inauguration de son médaillon à l'hôpital Necker, le 22 décembre 1929, et à l'inauguration du monument de l'Hôtel-Dieu de Marseille le 15 février 1930.

Tous ceux qui ont connu et aimé notre regretté collègue liront avec émotion, comme nous l'avons fait nous-même, ces pages pleines de son grand souvenir.

AVIS DE VACANCE. — L'emploi de médecin chef de serviee à l'asile de la Charité (Nièvre) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Gardes, appelé à un autre poste.

LE SOLARIUM TOURNANT D'AIX-LES-BAINS. — On a inauguré le 26 juillet, à Aix-les-Bains, un solarium tournant ayant pour but de capter les radiations solaires, de les filtrer en les concentrant et de les associer aux diverses sources de la polyradiothérapie.

Ce solarium, dû au docteur Jean Saidman, directeur de l'Institut d'actinologie, comprend une tour fixe et une plate-forme mobile de 28 mètres de largeur sur 4 à 11 mètres de profondeur contenant dix cabines d'irradiation et au centre un observatoire pour l'étude du rayonnement solaire.

La façade s'oriente de façon à toujours regarder le soleil. Ce solarium tournant, dont la conception et la réalisation sont uniques au monde, fonctionne depuis le 30 juin 1930.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Marchegay, décédé à la Roche-filée (Vendée), Aristide Boutin (de Paris), Contamin, père du docteur Contamin, radiologiste des hôpitaux de Lyon, à qui nous adressons nos sincères condoléances; Maurice Ancelin (de Leuze), Ch. Jamain (de Liége), Laurent Flament (de Vecle, Belgique), Maurice Beaux, interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à Argentat (Dordogne), Henri Leduc, ancien interne des hôpitaux de Paris.

REVUE DES THÈSES

Les Evénements de juillet 1830 au point de vue chirurgical dans les hôpitaux de Paris (1), par le docteur L. GALPERIN.

Dans cet intéressant travail, M. Galperin a réuni les documents épars sur les enseignements que l'on put, il y a cent ans, tirer au point de vue chirurgical des sanglantes journées de juillet.

« Si l'on essaie de dresser une statistique générale des blessés et des morts de juillet, écrit-il, on arrive à des chiffres un peu différents suivant les auteurs.

« Il y eut, d'après Vaulabelle qui dit citer des chiffres d'une *certitude irrécusable*, 788 citoyens tués et 4.500 blessés, 163 militaires tués et 578 blessés.

« Ménière indique 1.200 blessés civils soignés dans les hôpitaux, 800 blessés civils soignés à domicile, 390 morts sur le champ de bataille, 304 individus ayant succombé dans les hôpitaux.

« Pour les militaires, H. Larrey donne : 266 blessés dont 8 moururent immédiatement et 12 consécutivement.

« Dans les hôpitaux civils la mortalité fut en somme assez marquée; les chiffres sont cependant inférieurs à ceux de 1815 et à ceux qui furent observés plus tard à la suite des collisions sanglantes dont Paris fut le théâtre. C'est l'Hôtel-Dieu qui perdit le plus de blessés, sans doute parce qu'il reçut les plus graves. C'est là que les hémorragies consécutives, les érysipèles et l'infection purulente firent le plus de victimes, et c'est le seul hôpital où la pourriture d'hôpital se soit montrée... »

M. Galperin a réuni les impressions de Ménière à l'Hôtel-Dieu, celles du baron H. Larrey à l'hôpital de la Garde royale (Gros-Caillou), celles de Jobert de Lamballe, celles de Roux, celles d'Arnal. Il insiste surtout avec raison sur les leçons de clinique chirurgicale que Dupuytren fit trois fois par semaine pendant les vacances de 1830. — Notons que dès le 19 août 1830 la *Lancette française-Gazette des hôpitaux* commença la publication des leçons de Dupuytren sur les plaies par armes à feu.

On doit féliciter M. Galperin d'avoir réuni de précieux enseignements chirurgicaux et d'avoir ainsi contribué utilement à écrire l'histoire des trois Glorieuses. L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1930. — Paris, Marcel Vigné.

[FAC SIMILE DU NUMÉRO IMPRIMÉ PENDANT LES JOURNÉES DE JUILLET 1830]

On s'abonne à Paris au bureau du Journal, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et dans les Départemens chez les Directeurs des Postes et les principaux libraires.
On ne reçoit que les lettres affranchies.

TOME 3. N° 73.

TROISIÈME ANNÉE.

Le prix de l'abonnement est, pour Paris. . . . . . pr six mois 18 fr.
pr un an 36 fr.
Pour les Départem^s pr six mois 20 fr.
pr un an 40 fr.
Pour l'étranger. . pr un an, 45 fr.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

Gazette DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

PARAISSANT LES MARDI JEUDI ET SAMEDI.

PARIS, DIMANCHE 1er AOUT 1830.

PARIS. — 31 JUILLET 1830.

Par la plus ridicule, comme la plus oppressive ordonnance, les journaux scientifiques eux-mêmes avaient été compris dans la confiscation prononcée contre la presse.

Notre numéro du mardi, 27 juillet, avait été composé et imprimé. Nous en avons distribué un assez grand nombre d'exemplaires; les autres n'ont pu être remis à domicile; on les recevra avec le numéro d'aujourd'hui.

Aujourd'hui que le repos et un peu de loisir ont permis à nos compositeurs de reparaître, nous nous hâtons de donner signe de vie; nous avons aussi des devoirs à remplir; c'est à nous qu'il appartient de signaler les efforts que l'on a faits dans les hôpitaux, les services rendus. Assez d'autres ont signalé les combats, les traits de bravoure, d'énergie; appelés à réparer les maux de la guerre, à fermer les blessures, nous avons à faire connaître aussi des actes de courage; nous avons à suivre nos braves hors du champ de bataille, à signaler la force morale qui les soutient contre le danger, contre la douleur des mutilations que plusieurs ont subies ou ont à subir, contre l'affaiblissement involontaire de leurs forces physiques.

NOUVELLES DES HOPITAUX.

Chirurgiens, élèves, sœurs de la charité, infirmiers, etc., tout le monde a fait son devoir; rendus à leurs postes dès la première nouvelle du combat, ils ne l'ont plus quitté; jour et nuit les soins les plus touchans ont été prodigués. Les élèves en médecine qui ont offert de former un bataillon d'officiers de santé, ne se vantent pas aujourd'hui de leurs services; braves, généreux, mais modestes, ils servent et ne se font pas signaler dans les journaux; leurs services qui ont été si utiles dans les maisons particulières d'ambulances et dans les rues, n'ont pas été nécessaires dans la plupart des hôpitaux, tant le zèle était grand parmi les employés.

A l'Hôtel-Dieu, cinq cents blessés environ ont été reçus; militaires et bourgeois couchés à côté l'un de l'autre, aucune animosité ne leur reste, tous se croyent frères, tous reçoivent indistinctement les mêmes secours. Cent de ces malheureux sont morts dans les 48 heures, presque tous les autres sont dans un état rassurant.

On en a pansé un bien plus grand nombre qui ont été ensuite transportés dans leur domicile.

Renseignemens sur le jeune homme de 17 ans qui a marché en tête des citoyens sur le Louvre.

Ce malheureux et héroïque enfant est couché à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe; le même coup de feu l'a atteint au bras gauche et à la jambe droite. Son état est fort grave, il y a fracture des os; la poitrine s'embarrasse. On craint beaucoup pour sa vie. Il s'appelle Rigaut (Henri-Adolphe), âgé de 17 ans, domestique, rue de la Juiverie, n° 6.

Il nous disait avec une triste résignation : « La veille (le mercredi), je m'étais trouvé au milieu des balles et de la mitraille, je n'avais pas été atteint; je n'ai fait que paraître au Louvre, et la même balle m'a frappé en deux endroits. » Au moment où nous l'avons vu, il attendait avec impatience *un potage* qu'une bonne sœur de charité lui a fait prendre.

— De tous côtés on a reçu les objets nécessaires aux pansemens; matelas, charpie, linge, rien n'a manqué; des hommes, des dames en grand nombre arrivaient à chaque instant chargés des objets nécessaires. La charpie est pour ainsi dire en surabondance.

— Nous devons signaler aux citoyens charitables le seul besoin qui se fasse sentir; les compresses, les bandes sont rares; mais on a besoin surtout de linge fenêtré. (C'est du linge dans lequel on a pratiqué avec des ciseaux un grand nombre de trous, et que l'on place sur les plaies, enduit de cérat.)

— Une souscription a été faite parmi les médecins et élèves de l'Hôtel-Dieu; elle s'élève déjà à plus de 500 francs; elle est destinée à fournir quelques secours aux blessés au fur et à mesure de leur sortie de l'hôpital; nous ne saurions trop engager les médecins et élèves des autres hôpitaux à suivre ce noble exemple.

— Tout le linge pris à l'archevêché a été aussitôt et fidèlement apporté à l'Hôtel-Dieu, où il a servi aux pansemens.

— Les blessés reçus jusqu'à ce jour à *la Charité* sont au nombre de 109.

— Un grand nombre d'amputations de membres ont été faites.

— Beaucoup de militaires blessés ont été renvoyés, après avoir été pansés, dans les hôpitaux militaires.

— La fermeté la plus étonnante soutient les malheureux blessés; beaucoup d'entre eux, nous n'en doutons pas, devront la vie à cette fermeté surhumaine.

Hôpital Saint-Antoine. — Deux cent cinquante blessés, militaires et bourgeois, ont été pansés; une cinquantaine seulement ont été reçus.

On a observé que les militaires étaient beaucoup plus légèrement blessés, et la plupart avaient des contusions par des pierres, il n'est pas mort un seul d'entre eux; sept ou huit citoyens ont succombé.

— Plusieurs femmes blessées ont été reçues; une d'elles a eu la poitrine traversée d'une balle; elle est dans un bon état.

— Une autre a reçu une balle dans la jambe, la gangrène est survenue, elle a succombé.

On a pris la précaution d'isoler les militaires des citoyens dans cet hôpital; précaution de prudence, mais qui dans les autres hôpitaux n'a pas été prise, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

L'hôpital était pourvu de tous les objets nécessaires aux pansemens; rien n'a manqué.

Quelques chirurgiens des environs ont offert leurs services, qui ont été acceptés avec reconnaissance.

Zèle et dévouement, telles sont les qualités qui ont distingué les chirurgiens et les élèves de cet hôpital, comme de tous les autres.

— Deux obus sont tombés dans l'hôpital; ils n'ont produit aucun mal; le feu le plus meurtrier a été essuyé sans malheurs à l'intérieur.

On a remarqué parmi les blessés beaucoup de curieux, beaucoup de citoyens qui n'avaient pris aucune part au combat.

Hôpital Saint-Louis. — Cent blessés; même zèle, même dévouement de la part des chirurgiens et des élèves.

On a remarqué que la plupart des balles avaient porté à la partie supérieure de la cuisse, dans la hanche.

Beaucoup de plaies de tête qui n'ont été suivies d'aucun accident cérébral.

— Nous annonçons avec plaisir que peu d'étudians en médecine ont été blessés.

A l'Hôtel-Dieu. — Un étudiant en droit a eu la cuisse emportée par un boulet; *je croyais qu'un boulet de canon faisait plus de mal*, a-t-il dit. On lui proposait l'amputation : *Me fera-t-elle souffrir davantage*, a-t-il répondu; — *non.* — Eh bien! coupez; et il a subi l'amputation sans jeter un cri.

— Un clerc de notaire a tendu avec sang-froid son bras, et a subi l'amputation sans mot dire. Aujourd'hui son état est satisfaisant; comme on s'informait de sa situation : *Comment vont les affaires*; — bien, lui a-t-on dit. — *En ce cas, je suis guéri.*

— L'administration des hôpitaux a pris une excellente mesure : il a été décidé qu'on écrirait *franc de port* à tous les parens des blessés pour les informer de leur position.

— On a remarqué que très peu de citoyens sont arrivés avec une seule blessure : presque tous en ont reçu plusieurs.

— L'état moral des militaires blessés est bien différent de celui des citoyens. Ceux-ci sont calmes, fermes, pleins d'espoir; les autres, abattus, honteux et désespérant de leur salut.

Au petit hospice Saint-Merry, les chirurgiens se sont distingués; dix morts, vingt ou trente blessés y ont été apportés; ces derniers ont été transférés à l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Leroux de Rennes s'est fait distinguer non seulement par les soins donnés aux blessés, mais encore par son dévouement; l'un des premiers, il s'est mis à la tête des citoyens, et a essuyé le feu.

— C'est aux élèves de l'Hôtel-Dieu qu'est due la conservation de la plus grande partie des effets mobiliers de l'archevêché. Ils ont engagé les citoyens à les apporter à l'Hôtel-Dieu, où ils seraient consacrés au secours des blessés. Ils ont eux-mêmes donné l'exemple, et cet exemple a été suivi avec un touchant ensemble.

— Les premiers blessés que l'on a apportés à l'Hôtel-Dieu, ont été reçus à la porte par les citoyens et les élèves, à genoux et la tête découverte. Plus tard l'affluence a été si grande que les mêmes démonstrations de respect n'ont pu avoir lieu; on se contentait d'ôter le chapeau. *Nous allons te venger*, disaient les citoyens, et ils couraient au feu.

— Six enfans, cinq femmes plus ou moins gravement blessés sont couchés à l'Hôtel-Dieu.

A la Pitié, cent blessés environ ont été reçus, les élèves ne se sont pas contentés de les panser; ils s'étaient divisés par moitié, les uns combattaient pendant que les autres soignaient les blessés, et ainsi alternativement.

— Madame la supérieure de l'hôpital de la Pitié s'est fait distinguer par son zèle patriotique; elle a fait de ses propres mains *le drapeau tricolore*, qui flotte sur la porte de l'hôpital.

A Beaujon, une centaine de blessés; mêmes soins, même zèle.

— Les blessures faites par les suisses sont les plus dangereuses; elles portent presque toutes à hauteur de ceinture.

— L'Ecole de médecine a été fermée ces jours derniers.

— Un de nos imprimeurs, le sieur Bertrand a été tué d'un coup de fusil dans la poitrine.

IMPRIMERIE DE DEMONVILLE, RUE CHRISTINE, N° 2.



LE DRAINAGE OSMOTIQUE

Par le docteur JEAN SWYNGEDAUW.

Le professeur E. Doumer a fait connaître, en 1923 (1), sous le nom de drainage osmotique, une ingénieuse méthode de traitement pour les muqueuses malades, qui peut recevoir des applications variées et fort intéressantes.

Cette méthode, purement physique, est basée sur les phénomènes osmotiques et elle utilise le courant aqueux qui se produit dans l'intérieur de la membrane qui sépare des solutions miscibles à concentrations moléculaires différentes. On sait, en effet, que dans ces conditions, il s'établit un courant d'eau allant de la solution la plus diluée à la solution la plus concentrée. Ce courant d'eau lave donc cette membrane, et par action mécanique entraîne les substances colloïdales ou autres qui peuvent s'y trouver.

Il est facile de démontrer expérimentalement et d'une façon visible cet entraînement. Si on imprègne une membrane osmotique, une baudruche par exemple, avec du lait ou une fermentation en pleine action on verra sous l'influence du courant osmotique, les particules de beurre ou les microbes de la fermentation transportés vers la solution la plus riche, et au bout de peu de temps, si on examine cette membrane au microscope, on n'y verra plus — ou presque plus — de ces éléments en suspension.

Ce fait est d'ailleurs apparu dans la première expérience de Dutrochet ; on sait que cet auteur a découvert les phénomènes osmotiques d'une façon tout à fait fortuite. En vue d'un examen ultérieur, et pour les empêcher de se dessécher, cet auteur avait placé dans de l'eau distillée des sacs spermatiques de limaces. Or, quelques heures après, il s'aperçut que tous ces sacs avaient subi une modification très apparente et tout à fait inattendue. Au lieu d'être entièrement granuleux, remplis d'un liquide uniformément louche, il constata qu'une partie de ce liquide spermatique sourdait par l'orifice béant sous forme d'une grosse goutte opalescente, tandis que le fond du sac était rempli d'un liquide parfaitement hyalin, « comme si, dit cet auteur, l'eau distillée du vase extérieur avait pénétré à *travers les membranes des sacs* par une sorte de *vis à tergo*, et avait chassé devant lui le liquide opalescent que contenait ce sac. »

Voilà donc un fait mécanique dont l'importance thérapeutique n'avait pas tout d'abord attiré l'attention des savants plus préoccupés à juste titre par les phénomènes physiques eux-mêmes. Mais c'est lui qui a frappé mon maître, M. Doumer, qui a vu tout de suite les avantages qu'on en pourrait tirer en thérapeutique, car il permettait de faire sur les muqueuses malades un lavage *a retro* autrement actif que les lavages superficiels que l'on fait d'habitude pour les nettoyer. On conçoit, en effet, que pour réaliser un tel lavage, il suffira de placer sur la muqueuse infectée une couche d'une liqueur très concentrée par rapport au milieu interne, du sirop par exemple, pour que cette muqueuse placée entre le milieu externe d'une part et la liqueur concentrée, soit aussitôt le siège de phénomènes osmotiques et soit, par conséquent, *traversée par un courant d'eau puissant allant du milieu interne vers la solution hypertonique employée* et réalisant de ce fait un lavage *a retro* puissant.

Telles sont les idées directrices qui ont conduit M. Doumer au drainage osmotique, dont il a développé la théorie et la technique dans une série de communications (1).

A la vérité, sans le savoir, il avait été devancé dans cette voie par M. E. Bonnefon qui avait, dès 1919, employé cette action physique pour les yeux ypérités (2) et en avait obtenu de très heureux résultats. Ces publications, où l'auteur expose très nettement les principes physiques sur lesquels, quatre ans plus tard, M. Doumer devait se baser dans sa première communication, avaient échappé à ce dernier. Mais, dès qu'il en eut connaissance, il s'empressa avec une parfaite bonne foi de le reconnaître et d'en tirer de nouveaux arguments en faveur du drainage osmotique.

Aussi bien, à la réflexion, on s'aperçoit que le drainage osmotique n'est pas si nouveau qu'on pourrait le supposer. Depuis longtemps, les praticiens font du drainage osmotique sans le savoir, lorsqu'ils recouvrent les mains crevassées d'une couche de glycérine. On en fait aussi dans cette vieille méthode bien oubliée aujourd'hui, dans le sucrage des plaies. On en fait encore sur la muqueuse vaginale quand on emploie les ovules Chaumel à la glycérine solidifiée ou, sur la muqueuse oculaire lorsqu'on se sert du collyre glucoflavine. Il est même probable que beaucoup de médicaments, employés depuis les temps les plus reculés, n'agissent que par drainage osmotique. Mais cela n'enlève rien au mérite de M. Doumer qui a montré les bases et les règles physiques de cette nouvelle thérapeutique et en a pressenti les multiples et diverses applications.

En réalité, les premières applications conscientes de cette méthode ont été faites sur la muqueuse oculaire. Dans l'inflammation causée par l'ypérite d'abord (travaux de E. Bonnefon), dans la conjonctivite catarrhale et dans la blépharite marginale ensuite (travaux de E. Doumer).

Les premiers résultats obtenus sont si encourageants qu'ils en font espérer d'autres plus importants encore, notamment dans tous les états inflammatoires de l'œil et de ses annexes. Nous savons que certains ophtalmologistes en ont obtenu de très bons dans les ulcérations de la cornée et même dans l'iritis. Dans ces cas, on peut se servir d'une solution

(1) E. DOUMER. Le drainage osmotique en thérapeutique, *Acad. de méd.*, 29 fév. 1923. — Cf. E. CHAUMIER et Henri FISCHER. Le drainage osmotique en otologie, Acad. de méd., 7 juillet 1930 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 58, p. 1054).

(1) E. DOUMER. Le drainage osmotique, *Acad. des sciences*, 1er juin 1929 ; — Le drainage osmotique, *C. R. de la Soc. de biol.*, juillet 1929 ; — Le drainage osmotique en ophtalmologie, *Arch. d'ophtalm.*, août 1929.

(2) E. BONNEFON. *C. R. de la Soc. de biol.*, 25 oct. 1919 ; — L'œil ypérité, impression chimique et thérapeutique, *Ann. d'oculistique*, oct. 1919.

de saccharose à 50 p. 100 que l'on aura bien entendu le soin d'aseptiser par ébullition avant chaque application, car une pareille solution fermente assez facilement.

On peut, tout aussi bien employer de la glucoflavine qui par sa teneur en acide benzoïque et en tripaflavine résiste parfaitement aux fermentations. On peut les employer pures ou diluées de leur propre volume d'eau bouillie. On peut procéder par instillations ou mieux par bains d'œil à raison de une ou deux applications par jour; chaque application devra durer une à deux minutes. Au moment de l'application, le malade ressent un picotement assez douloureux de l'œil suivi d'exsudation d'un liquide louche et chargé de globules de pus; sans doute s'y mêle-t-il une sécrétion lacrymale réflexe consécutive à l'irritation conjonctivale, mais pour que le liquide ait l'apparence trouble qu'il possède, il faut nécessairement qu'il s'y mêle des sérosités d'exsudation transconjonctivale. D'ailleurs certains antiseptiques peuvent provoquer les mêmes phénomènes réflexes, sans amener l'amélioration considérable et rapide que produit le drainage osmotique.

Comme la dit M. E. Doumer, le drainage osmotique peut être employé dans les maladies inflammatoires d'autres muqueuses. Quoiqu'elles n'aient pas encore été publiées, nous pouvons faire état de deux applications intéressantes à la muqueuse nasale : nous savons qu'on en a obtenu des résultats fort encourageants dans l'ozène et dans les rhinites en général. On m'a cité notamment deux cas d'ozène : l'un très ancien (quatorze ans), l'autre plus récent (un an) qui ont guéri très rapidement et ont été désodorisés en deux ou trois jours. On se contentait de faire renifler deux ou trois fois par jour une quinzaine de gouttes de glucoflavine pure dans chaque narine. On eût obtenu évidemment les mêmes résultats avec la solution de saccharose à 50 p. 100 aseptisée.

On me signale aussi deux cas d'otorrhée assez rebelles, qui ont cédé en quelques jours au drainage osmotique obtenu avec les solutions de saccharose (dans l'un) ou avec la glucoflavine (dans l'autre).

Ce sont là, je le répète, des résultats fort encourageants et qu'il était bon de faire connaître aux praticiens. Ils sont intéressants par eux-mêmes car les cas de blépharite, de conjonctivite et de rhinite sont fréquents; mais ils le sont surtout car ils montrent l'extensibilité de cette ingénieuse méthode et font espérer que dans les inflammations d'autres muqueuses, la muqueuse urétrale, par exemple, on pourra en tirer des avantages réels. C'est là un point que je signale à mes confrères urologistes.

Les Syndromes ictériques, par le docteur P.-A. Carrié, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 452 pages. — Prix : 85 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine. Ses indications et ses effets chez l'homme, par J. Auclair, médecin de l'hôpital temporaire du bastion 29. Un volume de 186 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

HOPITAL MILITAIRE DE GALATZ (ROUMANIE)
(Service chirurgical)

ULCÈRES CHRONIQUES DE LA JAMBE
TRAITÉS PAR LA MÉTHODE DE LERICHE

Par Aurel DRAGOS.

On connaît bien les effets de la sympathectomie péri-artérielle de Leriche, et l'extension qui lui a été donnée dans le traitement des ulcères de jambe. Nous rappellerons aussi les essais faits par Ecot, Guillemin, Bardon, Mathey, Cornat, etc., dans les ulcères chroniques. Leriche avec Fontaine, ayant étudié les cas des récidives, a conclu qu'il faut s'adresser à toutes les causes qui provoquent et entretiennent les ulcères, c'est-à-dire aux trois éléments constitutifs : l'infection, l'état vasculaire, et la perte de substance cutanée. La méthode est donc la suivante :

D'abord, toujours essai de traitement spécifique, même si le Wassermann est négatif. M. Leriche y insiste beaucoup même et surtout dans les cas traumatiques et dans les ulcères dits variqueux, quand il n'y a pas de varices.

1. Ulcères chroniques petits, récents, et sans varices. *Le traitement = sympathectomie périfémorale et greffes.*

2. Ulcères chroniques sans varices, plus étendus, et de longue durée. *Le traitement = sympathectomie périfémorale, excision de l'ulcère, et greffes.*

3. Ulcères variqueux avec varices. *Le traitement = sympathectomie périfémorale, excision de l'ulcère, greffes.* Après un mois et demi on fait la saphénectomie.

*
* *

Les deux cas suivants sont de la deuxième catégorie : ulcères chroniques étendus, datant de cinq ans, et sans varices.

Observation I. — Le soldat I. L. T., vingt-trois ans, photographe, vient dans le service le 15 juin 1929. A dix-huit ans, il a eu un traumatisme sur les deux jambes contre une barre de fer, pendant qu'il était au patinage. Il a eu des plaies, et ensuite des ulcérations aux deux jambes. A droite, les ulcérations sont devenues chroniques et permanentes.

Etat actuel. — Au niveau de la jambe droite (fig. 1), dans les deux tiers en face sur les deux régions, on trouve trois ulcérations superposées, de diverses formes, entre 2-3 centimètres de diamètre, avec des bords anfractueux. Les ulcérations sont superficielles, avec le fond sale, sécrétant une sérosité mi-purulente, avec des bourgeons atones et violacés. Les téguments environnants sont macérés et puis luisants et violacés.

Au même niveau de l'autre jambe, on voit une pigmentation grisâtre. C'est le vestige de l'ancien traumatisme.

Réaction Bordet-Wassermann négative. Pourtant on fait le traitement spécifique d'épreuve, sans aucun résultat. Les divers traitements et pansements, la thermo-cautérisation, l'héliothérapie, aussi sans résultat.

Opération le 16 août 1929 (Dragos-Galisciuc). — Rachianesthésie. Par une incision de 15 centimètres, on fait la

sympathectomie périfémorale au niveau du canal de Hunter. En même temps, l'excision de l'ulcère et des tissus environnants, 11 centimètres sur 7; pansement à plat.



FIG. 1.

Opération le 23 août 1929 (Dragos-Galisciuc). — Anesthésie locale. Novocaïne 1 p. 100. Greffes de Davis.

Le résultat est donné par la figure 2.



FIG. 2.

OBS. II. — Le soldat H. F., vingt-trois ans, entre dans le service le 15 juillet 1929.

Au mois de janvier 1925, il a eu un petit abcès sur la malléole interne droite. A l'endroit de l'abcès s'est produit l'ulcère qu'on voit sur la figure 3, qui a résisté à tous les traitements. Ce malade a été pendant quelques mois dans un hôpital civil sans aucun résultat.

Etat actuel. — Au niveau de la malléole interne droite, on voit une ulcération transversale de 3 centimètres et demi sur 2 centimètres, superficielle, avec un fond sanieux, sécrétant un liquide jaunâtre. Les bords sont anfractueux, à tons violacés. Les téguments de voisinage violacés et luisants sur 5 centimètres sur 6, comme on le voit sur la photographie.



FIG. 3.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. On fait le traitement spécifique d'épreuve, héliothérapie, thermocautérisation, et divers pansements, sans aucun résultat.

Opération le 17 octobre 1929 (Dragos-Galisciuc). — Rachianesthésie. Sympathectomie péri-artérielle sur la fémorale (8 centimètres au niveau du canal de Hunter). Excision de l'ulcère sur une zone ovalaire de 5 centimètres sur 6 centimètres.



FIG. 4.

Opération le 29 octobre 1929 (Dragos-Galisciuc). — Anesthésie locale avec du novocaïne 1 p. 100. Greffes de Davis.

Le résultat est donné par la figure 4.

* *
*

Considérations. — Ces ulcères étaient chroniques depuis cinq années. En regardant la première photo, on remarque deux zones :

a. Une zone blanchâtre autour des ulcères, avec les téguments macérés et friables, sécrétant un liquide rosâtre. Par places il y avait de petits orifices, par où le liquide suintait en plus grande quantité. Le diamètre de la zone était de 4 sur 6 centimètres, avec les trois ulcères au milieu.

b. Une zone de dermite pigmentaire, à partir de la 1/3 jusqu'à la moitié de la 3/3, soit 20 centimètres de hauteur. Cette zone entourait la jambe comme un manchon, ne laissant en arrière qu'une bande de 4 travers de doigts. Sur cette zone apparaissaient de temps en temps des pustules d'ecthyma, qui laissaient toujours des ulcérations très difficiles à guérir. Il y avait aussi des croûtes. Le tissu était luisant, très douloureux et très friable. Le malade était obligé de se faire des pansements en permanence pour protéger la région malade. La couleur de l'ensemble était violacée. Au même niveau sur l'autre jambe, on voit une tache grisâtre.

Nous avons fait la sympathectomie périfémorale au niveau du canal de Hunter par une incision de 15 centimètres. L'artère fémorale a été dénudée sur une longueur de 8 centimètres. Les effets physiologiques sont venus promptement. Le membre inférieur est devenu chaud vers quatre heures de l'après-midi. Le malade a eu une sensation de brûlure pendant un mois. Les oscillations étaient normales.

L'excision de l'ulcère et des tissus voisins a été faite très largement, sur une zone de 11 sur 7 centimètres, jusqu'à l'aponévrose superficielle. Le quatrième jour, la plaie était couverte par des bourgeons uniformément répandus. Le septième jour, nous avons fait le greffage. Au lieu de *tulle gras Lumière* (qu'on emploie à Strasbourg, dans la clinique du professeur Leriche), nous avons utilisé une compresse avec du Ol. Olivarum 80, baume de Pérou 20. Nous avons greffé 74 morceaux, 73 petits greffons ont pris, et le 74e avait l'aspect d'une goutte de pus. L'épiderme s'est éliminé, mais le derme et la couche basale sont restés. Une nouvelle formation tégumentaire est apparue presque identique à la normale.

A l'occasion du greffage du deuxième cas, nous avons remarqué la même chose. Au premier pansement, toutes les greffes avaient l'aspect de gouttes de pus. Nous avons eu l'impression que le résultat était définitivement compromis. En conséquence, nous avons essayé de les détacher, mais les greffes tenaient bien en leur place. Peu à peu l'épiderme des greffes s'est éliminé. De nouvelles formations tégumentaires ont apparu, comme on voit dans la figure 4.

Le résultat de l'opération est photographié après trois mois. En faisant la comparaison des deux photos, avant et après l'opération, on voit :

Une profonde modification s'est opérée dans la jambe droite. Les téguments ne sont plus luisants. La peau est devenue souple. La nouvelle cicatrice est mobile sur le plan osseux. La couleur est devenue grisâtre, au lieu de violacée. La pigmentation est moins marquée, comme un tatouage inoffensif. La circulation veineuse qu'on observait avant l'intervention a disparu maintenant. Le système pileux couvre aussi la jambe malade comme l'autre.

Dans le deuxième cas, le tégument néo-formé est aussi mobile sur le plan sous-jacent. En regardant avec attention, on observe bien les greffes, malgré l'élimination de l'épiderme. La cicatrisation s'est effectuée très lentement, plus lentement que dans le premier cas.

Les résultats de la méthode sont donc très bons, surtout quand on a vu l'état des malades. La peau greffée est de très bonne qualité, indolore, non rétractile, non adhérente, etc. Evidemment, il faut attendre un temps encore plus long avant de parler de guérison définitive, mais ce que nous avons obtenu nous engage à poursuivre l'emploi de la méthode en l'estimant la meilleure de celles qu'on peut essayer dans les ulcères chroniques de la jambe.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. Leriche et R. Fontaine. *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 17 janv. 1926 ; *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*
2. R. Leriche. *XXXVIe Congrès français de chir.*, 29 oct. 1927.
3. A. Dragos et Al. Floresco. *Revue Stiintelor med.*, juillet 1927, n° 7.
4. Dragos. *Miscarea med.*, oct.-nov. 1928, nos 10-11.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

Xe SESSION.

28 juin-3 juillet 1930 (1).

Les conférences. — Il y en avait une cinquantaine d'annoncées au programme. Cette abondance rendait la tâche d'un chroniqueur très difficile. Comment choisir, parmi tant de sujets aussi intéressants les uns que les autres? J'ai suivi les suggestions de mes affinités, et j'ai entendu tout d'abord M. André Meyer, professeur au Collège de France, traiter ce sujet : *Cent ans de médecine expérimentale*. Je n'ai pas besoin d'ajouter que Claude Bernard fut à l'honneur, et que de larges emprunts furent faits à ses œuvres diverses, et notamment à son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, qu'on a nommée le *Discours de la méthode de la médecine française*.

Dans un résumé forcément court, je ne puis noter que des aperçus. L'auteur démontre la solidarité qui existe entre tous les êtres, dans la Nature tout entière « Pas d'hirondelles sans mouches, et vice versa... »

L'homme est un être organisé dont l'autonomie n'est que partielle. Tout se tient dans la Nature. A l'homme, il faut de l'oxygène. Mais l'oxygène n'existe que par la chlorophylle des plantes. Et les plantes elles-mêmes ne vivent que parce que le sol renferme des bactéries et des protozoaires. Cent ans d'expérimentation ont montré l'homme intégré dans la

(1) *Association de la Presse médicale française*. — Voir, pour la séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, n° 54, 5 juillet 1930, p. 974.

nature vivante avec sa composition et sa structure. La médecine s'en est trouvée transformée, et nous possédons des notions plus précises sur l'homme et sur ses maladies.

Avec certains micro-organismes l'homme vit en symbiose; avec d'autres, en violente compétition. De cette compétition résultent les maladies. Enfin, l'équilibre dynamique qui existe chez les être organisés est sujet à de faibles oscillations, il n'en résulte rien d'appréciable. Si ces oscillations sont vastes la maladie apparaît. Elle se traduit par des lésions qui sont modificatrices de la structure, par des symptômes qui sont des perturbations de fonctionnement, par des signes qui sont des ensembles de symptômes. La maladie, c'est un fonctionnement dévié (Claude Bernard).

Ce qu'il y a de plus beau dans la marche de la médecine, c'est qu'elle ne s'arrête pas de progresser pour devenir une science. Car les phénomènes qu'étudie la médecine sont soumis à des lois, et ces lois l'ont dotée de méthodes de mesure.

M. P. DE AZEVEDO NEVES, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lisbonne, a parlé du *Masque du cadavre*.

La légende, l'histoire, les œuvres d'art, certains travaux scientifiques, accordent aux cadavres certaines aptitudes à conserver des attitudes corporelles et des expressions physionomiques. Qu'y a-t-il de vrai là-dedans? Si le masque du cadavre conserve parfois certaines expressions, il faut savoir que la mort est incapable de créer le sourire ou la douleur sur le visage calme. Le plus souvent, nous sommes victimes d'auto et d'hétéro-suggestions. C'est notre propre pensée que nous projetons sur l'inertie du masque cadavérique. Elle anime les traits, jusqu'à leur donner la représentation de ce que nous sentons. En réalité, la mort ne donne que le calme et l'éternel repos.

La rigidité cadavérique peut communiquer au masque des expressions transitoires; elle fixe la contraction des muscles qui produisent la mimique. Et le spasme cadavérique peut maintenir ces muscles dans la position où la mort les a surpris (1).

M. le professeur MOURIQUAND (de Lyon), a parlé de la *précarence chez l'enfant; ses aspects cliniques et biologiques*.

Les maladies par carence sont rares, et le rachitisme, le scorbut, le béribéri, ne courent pas les services hospitaliers. Mais, sans en arriver à des états affirmés, il est permis de soutenir que les états de précarence sont fréquents. Il semble qu'il existe chez l'enfant un terrain favorisant le développement de maladies nombreuses.

Il est donc intéressant de savoir rechercher et reconnaître ces états de précarence. Dans le rachitisme, la précarence se traduit généralement, chez un enfant de douze, treize, quatorze mois, par les syndromes suivants : l'enfant cesse de marcher; il devient asthénique; sa grande fontanelle ne se soude pas; de petites dystrophies thoraciques, un petit chapelet costal sont décelables; même du craniotabes. La radiographie montre un défaut de calcification des os du poignet, des genoux, des cous-de-pied. Mais avant ces manifestations diverses, des troubles d'origine biochimique peuvent être discernés. Si l'on prend le soin de doser les selles et les urines, on découvre dans les premières une débâcle calcique, et dans les autres, une débâcle phosphorée, et cela même dès l'âge de deux ou trois mois.

La précarence de l'avitaminose A, dont l'aboutissement est la xérophtalmie, peut être reconnue par l'examen macroscopique et microscopique des yeux. Des recherches expérimentales chez le rat ont montré que, dans l'œil panophtalmique, les microbes pullulent. Si on administre à l'animal en expérience III gouttes d'huile de foie de morue, tout rentre dans l'ordre, et les microbes disparaissent. L'auteur insiste en passant sur la signification de ce fait en pathologie générale. Il met en évidence, une fois de plus, l'importance du terrain. L'œil est le miroir microscopique de la nutrition. C'est de ce côté qu'il faut pousser les recherches.

La précarence scorbutique se traduit par du retard dans la marche, avec asthénie, anémie, douleurs vagues notamment au niveau de l'extrémité inférieure du fémur. Des jus frais de citron, d'orange, de tomate, combattent avec succès ces états précarencés.

On a objecté à ces considérations que, parmi les enfants soumis aux régimes carencés, les uns ne faisaient ni précarence, ni carence; les autres, au contraire, en faisaient. Il faut tenir compte du terrain, de l'âge. L'inanition n'est pas favorable à l'apparition de la carence. Des sujets inanitiés soumis à un régime carencé ne présentent pas d'accidents de précarence. Quand on les nourrit avec des rations normales encore que carencées, les accidents apparaissent.

Dans la pratique, les états de précarence ne sont pas aussi nettement différenciés. Ils sont plutôt complexes et ressortissent alors à un déséquilibre de la ration carencée en diverses vitamines.

M. E. JOLTRAIN, directeur de l'Institut de recherches du professeur Widal (Cochin), a exposé ce qui a trait à la *sensibilité aux médicaments*.

De tout temps, on a remarqué que certains sujets s'accoutument à diverses substances médicamenteuses, tandis que d'autres ne les tolèrent pas. Et l'histoire, ou la légende, ont consacré le terme de mithridatisation pour exprimer cette accoutumance aux poisons à laquelle le roi du Pont était parvenu. Or, accoutumance et intolérance, ce sont des phénomènes que la science moderne a élucidés et qui se rapprochent des phénomènes anaphylactiques. L'anaphylaxie et le choc hémoclasique qui la provoque, peuvent être déclenchés par les médicaments en apparence les plus inoffensifs : le bicarbonate de soude, l'hyposulfite de soude... Les arsénobenzènes jouissent aussi de cette dangereuse propriété.

Widal et Pasteur Vallery-Radot ont observé le premier cas d'anaphylaxie à l'antipyrine. D'autres observations ont ensuite été recueillies, de plus en plus nombreuses, montrant la sensibilité et l'intolérance de certains organismes pour les substances les plus diverses : les opiacés, l'ipéca, l'insuline. L'urticaire, l'eczéma, l'asthme, sont les réactions provoquées par ces anaphylaxies.

On observe des intolérances congénitales, et d'autres acquises. Les animaux eux-mêmes peuvent présenter de l'intolérance vis-à-vis de quelques médicaments.

L'auteur rappelle les accidents dus aux arsénobenzènes et de curieux cas de sensibilisation à la quinine, à l'huile de cade, à l'huile de ricin... Il s'efforce ensuite d'en donner les raisons. Elles sont difficiles à saisir. On est en droit cependant de penser à un certain déséquilibre endocrino-végétatif.

Les cuti-réactions sont précieuses pour déceler ces sensibilisations. On les combattra par la désensibilisation dont Joltrain expose pour finir les diverses méthodes.

Le professeur Paul DELMAS (de Montpellier), a précisé sa conception des *évacuations extemporanées de l'utérus*, et de ce que l'on peut en attendre. C'est un plaidoyer en faveur d'une méthode codifiée par lui, qu'il a prononcé avec chaleur, bonne humeur, et esprit. Les critiques qu'a soulevées sa communication princeps, la malveillance avec laquelle certaines d'entre elles se sont exprimées, les exagérations, les déformations dont elles se sont fait l'écho, lui ont créé une obligation de redresser tant d'erreurs, et de mettre les choses au point.

L'anesthésie rachidienne obtenue avec l'introduction de 10 centigrammes de novocaïne, dissous dans quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien extemporanément extrait et réinjecté, permet trois temps successifs de l'accouchement extemporané : la dilatation du col, la libre pratique

(1) D'intéressantes projections ont illustré cette conférence qui a été particulièrement goûtée.

de l'utérus, son évacuation. Chacun de ces temps comporte des manœuvres qui ne sont pas immuables et doivent être commandées par le cas particulier envisagé. Si ces manœuvres sont brutalement ou intempestivement pratiquées, si l'accoucheur est imprudent ou maladroit, s'il ne se conforme pas exactement à la technique de l'auteur, les désastres qui en peuvent résulter ne prévalent pas contre la méthode, qui conserve des indications très nettes, et d'ailleurs relativement rares.

Delmas cite le cas de cet accoucheur américain qui débarqua un beau jour dans son service en le priant de lui faire une démonstration de son procédé d'évacuation sous rachi de l'utérus gravide. « Je n'en ai pas sous la main. Patientez. Attendez un jour, une semaine... Je ne sais... Si l'occasion se présente, vous en profiterez, *mais je ne la ferai pas naître.* »

Dans le même temps, le professeur Brouha, dans une langue séduisante, exposait les *tendances actuelles de l'obstétrique.*

Il montra comment l'accoucheur a dû peu à peu se doubler d'un chirurgien, pour exécuter ces césariennes basses, qui ont conquis droit de cité en obstétrique, et remplacé les symphyséotomies, les pubiotomies, les versions compliquées et dangereuses.

Il s'arrêta longuement sur le placenta prævia, et dit très impartialement à ce sujet : « Je regrette de n'avoir pu entendre l'exposé de M. Delmas dont le procédé est préconisé dans ce cas. Je ne connais pas sa méthode et n'en ai point l'expérience. Je n'en puis rien dire. » Impartialité tout à fait honorable pour l'un et l'autre de ces accoucheurs.

Le professeur Achard a parlé sur l'*hypochlorémie.* Intéressante leçon clinique, illustrée par l'observation de deux malades, atteints de néphrites, avec déchloruration. Dans ce cas, la rechloruration demeura inopérante. Dans l'autre au contraire, elle fit merveille, et, d'une anurique, fit rapidement une polyurique.

C'est, dit-il, qu'il faut que le rein ait conservé certaines aptitudes fonctionnelles. Si ses éléments nobles sont trop altérés, quelle que soit la déchloruration du plasma, imputable parfois aux vomissements répétés de l'urémie, la rechloruration ne pourra remédier à cette destruction organique : c'était le cas du premier sujet observé. Par contre, si le rein a conservé la propriété d'éliminer l'eau en quantité suffisante et de concentrer l'urée à un taux suffisamment éliminateur, les résultats sont favorables : ce fut le cas du second sujet observé, qui devra néanmoins rester soumis à un régime et prendre de grandes précautions.

Le professeur Calmette a parlé de l'*ultravirus tuberculeux de l'infection bacillaire* (1).

Certaines maladies végétales, la mosaïque du tabac, les pestes animales, les fièvres éruptives chez l'homme, les tumeurs verruqueuses... sont dues à des ultravirus. Ils sont permanents. D'autres ne le sont que durant une période de leur évolution, tel celui de la péripneumonie contagieuse des bovidés, des trypanosomiases, et probablement celui de la syphilis.

Le virus tuberculeux se range lui-même parmi les ultravirus intermittents.

Calmette rappelle les beaux travaux de Fontès de Rio de Janeiro, en 1910, et plus près de nous, ceux de Vaudremer en 1922. Reprenant l'expérience de Fontès-Baltis en 1923 obtint des résultats positifs. C'est ainsi qu'en inoculant du pus filtré, on obtient une forme atypique de tuberculose, avec engorgement ganglionnaire *sans tubercules* mais où l'on trouve des éléments microbiens de forme identique à celle du bacille de Koch vrai. Puis, à la suite de six à sept passages successifs sur des animaux neufs, on provoque des lésions nodulaires avec bacille de Koch vrai. Mêmes résultats sont obtenus en inoculant des filtrats de cultures tuberculeuses jeunes, d'exsudats articulaires ou pleurétiques. Les lésions de la granulie des enfants sont riches en ultravirus. Des inoculations étant faites à des femelles pleines, les petits apportent de l'ultravirus dans leurs organismes.

Et l'on peut expliquer ainsi les morts prématurées que l'on attribuait naguère à la débilité congénitale, à l'inanition, à la dénutrition progressive. Des recherches faites dans le service du professeur Couvelaire, où se trouve une section de parturientes tuberculeuses, on a pu reconnaître qu'il s'agit d'une intoxication agissant sans doute sur les éléments nerveux.

Calmette a vérifié dans son laboratoire que, tout d'abord, les cultures d'ultravirus ne contiennent qu'une poussière de très fines granulations. Puis celles-ci deviennent de plus en plus grosses, et finalement on voit apparaître des formes bacillaires analogues au bacille de Koch mais qui ne sont pas réensemençables. Les expérimentations sur le cobaye montrent qu'il s'agit d'une toxémie qui se manifeste au moment où apparaissent les formes bacillaires, et ces phénomènes sont analogues à ceux que présentent les enfants nés de mères tuberculeuses et mourant de morts inexpliquées.

Ce sont là des faits curieux et intéressants qui conduisent à reviser les notions que nous possédons sur l'évolution et la pathogénie de la tuberculose. A vrai dire, on arrive à admettre que le bacille de Koch n'est que la forme terminale du virus tuberculeux. C'est ainsi que les épanchements péricardiques, articulaires, dus à l'ultravirus renferment les granulations prébacillaires, en opposition avec les bacilloses où l'on découvre des nodules et des bacilles de Koch.

La typho-bacillose de Landouzy, la granulie ressortiraient à des formes intermédiaires.

(*A suivre.*) G. Duchesne.

(1) Un ultravirus est un virus qui passe à travers tous les filtres et reste constamment invisible. Le virus rabique est un ultravirus.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES COMAS

GÉNÉRALITÉS

Le coma est un état dû à la perte de la sensibilité, de la motilité et de la conscience, avec conservation des fonctions de la vie végétative plus au moins perturbées. Il importe toujours d'en dépister la cause qui, dans certains cas (coma diabétique par exemple), nécessite une thérapeutique d'extrême urgence.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic s'impose, en général : le malade est en décubitus dorsal, le regard éteint, incapable de toute mobilité consciente, ne réagissant plus aux excitations extérieures. Les membres soulevés retombent lourdement, les sphincters sont incontinents. Parfois, le coma n'est pas complet et le malade réagit aux excitations extérieures par quelques mouvements réflexes ou paroles incohérentes.

En présence d'un tel malade, il faut examiner le facies (paralysie faciale), les pupilles, les réflexes, l'appareil cardio-vasculaire, les urines, et parfois faire une ponction lombaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'asphyxie, la syncope, l'encéphalite épidémique sont aisément distingués du coma. Il en est de même de l'état de shock avec collapsus cardiaque, de la stupeur au cours de certains états pithiatiques. Seule, la somnolence des surme-

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

La station thermale de Vals-les-Bains se développe et se modernise d'année en année. Située en plein cœur du Vivarais, elle est le point de départ des plus belles excursions dans cette région pittoresque. Jusqu'au 20 septembre, en particulier, les autocars P.-L.-M. sillonneront les environs en assurant les circuits suivants :

Lac d'Issarlès, les mardi, jeudi et dimanche ; — Monts de Coiron, Gorges de l'Erieux, Abbaye de Mozan, Saint-Agrève, à jours indéterminés.

Il est très facile, par ailleurs, d'accéder à Vals-les-Bains.

Lorsqu'on vient des directions de Paris, Marseille et Sète, on peut s'y rendre par les trains de la ligne Le Teil-Vals en empruntant, entre Montélimar et Le Teil, l'autobus qui fait la navette entre ces deux gares.

On peut aussi atteindre Vals par le service P.-L.-M. d'autocars qui, jusqu'au 20 septembre, relie cette station, dans les deux sens, à Valence par Privas, et par le service P.-L.-M. d'autobus Montélimar-Vals qui fonctionnera jusqu'au 25 sept.

Ces services sont en correspondance à Valence et à Montélimar avec les principaux trains de la grande ligne Paris-Marseille.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages (transport par chemin de fer de bout en bout), sont délivrés par des grandes gares P.-L.-M. pour Vals par Valence ou par Montélimar ; pour Privas ou Aubenas par Valence.

nés, de certains malades intoxiqués peut en imposer pour le coma auquel elle peut d'ailleurs conduire, dans le dernier cas.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Diagnostiquer l'état de coma est donc facile. Il faut en chercher la cause et rechercher tout d'abord l'antécédent d'un traumatisme parfois prouvé par les traces de la blessure cranienne.

I. Comas traumatiques. — Une question se pose tout d'abord : y a-t-il simple commotion, ou y a-t-il fracture du crâne? Le coma de la *commotion* rétrocède en quelques heures ne laissant aucune séquelle.

Fracture du crâne. — L'otorrhagie, l'écoulement beaucoup plus rare du liquide céphalo-rachidien par le nez ou l'oreille, les paralysies des IIIe, VIe, VIIe paires, plaident en faveur d'une fracture de la base. S'il y a fracture de la voûte on peut observer des signes de localisation. La ponction lombaire peut ramener un liquide sanglant, ne coagulant pas, donnant par sédimentation un culot hématique surmonté de liquide xanthochromique. Elle a en même temps un but thérapeutique et doit être répétée.

Compression cérébrale. — Parfois après l'accident, le malade qui n'a eu qu'une obnubilation passagère paraît indemne de toute fracture. Puis, après un intervalle libre, apparaît une torpeur progressive aboutissant au coma, avec ou sans signes de localisation : monoplégie, accidents convulsifs, mydriase unilatérale. Il faut recourir d'extrême urgence à la trépanation décompressive.

Dans tous ces cas, il peut être important de savoir si le coma est secondaire au traumatisme ou si c'est la cause même du coma, telle une hémorragie, qui a entraîné la chute. Ce problème peut être d'intérêt médico-légal.

II. Comas de cause médicale. — *A.* **Coma avec signes de localisation dénotant une lésion en foyer.** — 1. HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE. — Réalisant un coma très profond, elle survient brusquement chez un homme de quarante à cinquante ans, hypertendu, à l'occasion d'un paroxysme hypertensif dont elle est la manifestation. Il s'agit d'un coma hémiplégique avec paralysie faciale, déviation conjugée de la tête et des yeux, et souvent Babinski précoce. La brusquerie du début, le clangor aortique, le bruit de galop, aident à ce diagnostic. La ponction lombaire ne ramène du liquide sanglant qu'en cas d'*hémorragie cérébro-méningée* avec inondation ventriculaire, s'accompagnant par ailleurs de contractures et de Babinski bilatéral. Le coma est généralement mortel à bref délai, en cas d'hémorragie cérébrale. Il l'est toujours, et très rapidement, dans l'hémorragie cérébro-méningée.

2. RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. — Il peut être délicat à différencier de l'hémorragie. Il est rare qu'une embolie cérébrale, au cours d'un rétrécissement mitral, provoque le coma. Celui-ci se voit par contre à la phase terminale, chez les vieillards pseudo-bulbaires, ayant été précédé de petits ictus successifs par ramollissement athéromateux.

B. **Coma consécutif à des accidents convulsifs.** — Il peut survenir au cours de l'*état de mal épileptique*, qu'il s'agisse d'épilepsie *généralisée* ou *partielle*, surtout lorsque celle-ci atteint la face. Il faut également penser en ce cas à l'éventualité d'une *tumeur cérébrale*, rechercher les signes d'hypertension intracranienne, la stase papillaire, penser encore à l'*abcès du cerveau* lorsqu'il existe une otorrhée chronique.

C. **Comas méningés.** — 1° HÉMORRAGIE MÉNINGÉE. — Ici, le diagnostic est plus facile : les signes de réaction méningée (contracture, raideur de la nuque, signe de Kernig), la fièvre, parfois la glycosurie et l'albuminurie suggèrent un diagnostic que vient confirmer la ponction lombaire qui ramène un liquide sanglant incoagulable ou xantochromique;

2° Nous ne ferons que citer les courtes phases comateuses au cours des PACHYMÉNINGITES CHRONIQUES, témoignant de petites hémorragies méningées, et d'un diagnostic clinique très difficile;

3° MÉNINGITES. — Le coma peut être l'aboutissant d'une méningite tuberculeuse ou purulente évoluant depuis longtemps. Mais il peut être aussi le premier signe d'une *méningite tuberculeuse* de l'adulte où la ponction lombaire ramènera un liquide riche en lymphocytes, hyperalbumineux, contenant des bacilles de Koch dans le culot d'une patiente centrifugation. Il peut se voir au cours d'une méningite *syphilitique, aiguë secondaire*, ce qui, en cas de doute, doit faire bénéficier le malade d'un traitement d'épreuve. Au cours d'un coma fébrile avec raideurs, signes infectieux il faut enfin penser à la *cérébro-spinale* : l'examen du liquide céphalo-rachidien, purulent et riche en méningocoques, fait le diagnostic.

D. **Comas toxiques.** — A côté de ces causes infectieuses des comas, il faut accorder une très large place aux comas toxiques et y penser en l'absence de signes de localisation ou de signes méningés.

1° COMA URÉMIQUE. — La pâleur extrême du malade, le myosis, le Cheynes-Stokes, le bruit de galop y font penser; l'hyperazotémie signe le diagnostic et fournit le pronostic ainsi que l'abaissement de la réserve alcaline et du pH sanguin.

2° COMA DIABÉTIQUE. — Précédé de signes d'acidose qui pouvaient la faire prévoir, et prévenir par un traitement insulinique énergique, il est caractérisé par la pâleur avec mydriase, respiration de Küssmaul, odeur acétonique de l'haleine, et surtout signes d'acidose révélés par l'examen des urines (réaction de Gehrart révélant la présence d'acide diacétique, réaction de Legal, celle d'acétone). Il faut pratiquer d'urgence le traitement insulinique, sous forme d'une injection de 20 unités toutes les heures, puis toutes les deux heures, environ, en surveillant en même temps les urines et en sucrant le malade. Cette thérapeutique a transformé le pronostic de ce coma, mais encore faut-il arriver à temps, et c'est une question d'heures et presque de minutes. Le malade étant sorti du coma recevra *indéfiniment* des injections d'insuline.

Chez le diabétique acidosique, il faudra distinguer le coma diabétique du *coma par hyperinsulinémie* et du coma *cardiaque*.

3° COMA ÉCLAMPTIQUE. — Il faut toujours y penser chez la femme enceinte. Il survient après des crises convulsives liées à des paroxysmes hypertensifs, chez une malade albuminurique. Une saignée copieuse et l'expulsion du fœtus peuvent en venir à bout.

4° COMA SATURNIN. — Terminaison possible des formes nerveuses du saturnisme, son diagnostic est grandement facilité par le liséré de Burton, l'hypertension artérielle.

5° COMA ALCOOLIQUE. — D'un diagnostic facile grâce aux vomissements, à l'aspect du malade, à l'odeur de l'haleine.

Nous ne ferons que citer :

6° Le COMA DYSPEPTIQUE chez les malades atteints de sténose du pylore ou chez les enfants gastro-entéritiques. Enfin, il faut toujours penser, en présence d'un malade comateux, à la possibilité d'une :

7° INTOXICATION EXOGÈNE, MÉDICAMENTEUSE OU ACCIDENTELLE, par les barbituriques, l'opium, la belladone, la strychnine, l'oxyde de carbone.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION DES HOSPICES CIVILS DE NANCY A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de la commission administrative et du personnel de tout ordre des hospices civils de Nancy.

Pendant toute la durée des hostilités, les hospices civils de Nancy ont assumé, à quelques kilomètres du front, une charge écrasante dans des conditions extrêmement pénibles et particulièrement dangereuses.

Malgré les bombardements répétés de l'ennemi, par canons et par avions, au cours desquels par dix-huit fois ils ont été atteints, les hospices civils de Nancy ont assuré sans trève et sans la moindre défaillance l'hospitalisation et les soins de 25.150 blessés ou malades militaires et de 23.714 blessés ou malades civils, ainsi que l'existence de leur importante population habituelle de vieillards, d'orphelins et d'enfants assistés.

En rendant à l'armée d'incalculables services et en continuant vis-à-vis de la population civile de Nancy et de la région, cruellement éprouvée pendant cette période tragique, leur mission charitable et humanitaire, les hospices civils de Nancy ont symbolisé, dans une sérénité confiante, un patriotisme et une abnégation au-dessus de tout éloge, les plus belles vertus de la bienfaisance française.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Durand (de Tunis).

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Laurent (de Bretteville-l'Orgueilleuse), Fauche (de Créon), Pasquet (d'Uzerche), Foix (d'Oloron).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — CLASSES ET TRAITEMENTS DES MÉDECINS DES SANATORIUMS PUBLICS. — Les classes et traitements des médecins des sanatoriums publics sont fixés ainsi qu'il suit :

	A compter du 1er juillet 1929.	1er octobre 1930.
Médecins directeurs :		
1re classe..........	46.000	52.000
2e classe..........	43.250	48.750
3e classe..........	40.500	45.500
4e classe..........	37.750	42.250
5e classe..........	35.000	39.000
Médecins adjoints :		
1re classe..........	32.500	36.000
2e classe..........	28.500	31.000
3e classe..........	24.500	26.500
4e classe..........	20.500	22.000

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine, le 24 novembre prochain, en vue du recrutement de 35 médecins inspecteurs d'écoles de banlieue (indemnité annuelle 6.000 fr.).

Une notice sur les conditions d'inscription à ce concours, ainsi que le programme, sont envoyés sur demande adressée au service administratif de l'inspection médicale scolaire, 2, rue Lobau (IVe).

BOURSES CRÉÉES PAR M. LE DOCTEUR ROUSSEL EN FAVEUR DES FAMILLES NOMBREUSES DU CORPS MÉDICAL. — La Commission chargée de répartir les 10 bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le docteur Roussel en faveur des familles nombreuses du Corps médical a examiné 71 demandes.

Des bourses ont été attribuées à 7 confrères, pères de 17, 13, 12, 11, 10 et 9 enfants et à 3 veuves de médecins ayant à leur charge 12, 7 et 6 enfants.

La Commission de répartition était composée de Mme Jayle et M. le docteur Watelet, de la Société de femmes et enfants de médecins, MM. les docteurs Bellencontre, Darras, Thiéry et Bongrand, de l'Association générale des médecins de France, M. le professeur Bazy, président de l'Association des médecins de la Seine, M. le médecin commandant Camper, représentant M. le médecin général Cadiot, empêché et M. le docteur Carte, représentant M. le docteur Roussel.

AU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Conseil d'administration du S. M. S. communique aux journaux les motions qu'il a votées à l'unanimité le 1er juillet dernier.

Ces motions réprouvent la campagne faite auprès du grand public contre la dichotomie comme de nature à jeter « sur toute une profession une suspicion imméritée et pouvant porter le plus grave préjudice aux malades eux-mêmes en insinuant dans leur esprit et dans celui du médecin le doute qui arrête les décisions à prendre ».

Elles réprouvent aussi « certaines communications peu discrètes aux journaux politiques ».

Elles réprouvent, enfin, la réclame commerciale dans les annuaires : « Réclame commerciale qui n'est pas dans l'usage des médecins. »

« Le Conseil d'administration du S. M. S. condamne toute publicité de ce genre comme opposée aux règles de la déontologie et aux francs rapports confraternels. »

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Savoie est ouvert à Chambéry jusqu'au 15 septembre 1930.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur J. H. A. d'Espine, de l'Université de Genève. Ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1867), le professeur d'Espine passa sa thèse de doctorat à Paris en 1872, puis retourna à Genève où son enseignement eut pendant plus de quarante ans un remarquable éclat. Parmi ses nombreuses publications, rappelons son *Traité de pathologie interne* écrit en collaboration avec Picot. Ce fut le livre classique de nombreuses générations médicales.

Le professeur d'Espine était un ami dévoué de la France, il laissera dans notre pays d'unanimes regrets.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Jules Auclair, médecin des hôpitaux de Paris; Georges Lèques, médecin colonel en retraite, à Paris; Eugène Meyer (de Benfeld), François Billon, administrateur délégué de la Société parisienne d'expansion chimique, décédé à Paris; le professeur Allvar Cullstrand, le célèbre ophtalmologiste prix Nobel en 1911; Levrat (de Nantua).

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTROLOGISTES ET RADIOLOGISTES (section de la Seine). — Membres du Syndicat ayant communiqué leur présence à Paris en août :

Les docteurs Aubourg, Haret, Moret, Quivy, du 1er au 15 août.

Les docteurs Aubourg, Dariaux, Moutard, à partir du 15 août.

HÔPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO DE BARCELONE. — Le cours de pathologie digestive organisé par le professeur F. Gallart Monès aura lieu du 13 octobre au 20 décembre 1930. — Droit d'inscription : 100 pesetas.

Le cours de radiodiagnostic de l'appareil digestif, organisé par le docteur A. Pinos, comprendra douze leçons. — Droit d'inscription : 50 pesetas.

— S'adresser pour inscriptions et renseignements à l'administration de l'hôpital de la Sta Cruz y S. Pablo, dépositaria Barcelone.

CHRONIQUE

POUR LA MÉDECINE FRANÇAISE ET CONTRE LES ÉQUIVALENCES DU BACCALAURÉAT

Poursuivant victorieusement sa campagne en faveur de la médecine française, notre ami Maurice Mordagne a publié dans l'*Information universitaire* du 5 juillet 1930 une interview de M. le doyen Roger au sujet de la proposition de loi Armbruster et la Réforme des études médicales. Parmi les déclarations de M. Roger, il en est qui ne manqueront pas d'impressionner favorablement l'opinion intellectuelle française.

« Ce qu'il faut surtout que l'on sache, dit notamment le doyen, c'est que la France très accueillante est heureuse de recevoir chez elle tous les étrangers, mais à une condition, c'est qu'ils passent les examens et acquièrent les grades universitaires imposés à nos nationaux.

« La France, pays d'égalité, n'admet pas de faveur entre citoyens français; il est donc juste que les étrangers, s'ils veulent exercer en France, acceptent le règlement de la nation qui leur ouvre si libéralement ses portes. »

Et M. Roger de montrer comment des étrangers d'élite, qui s'étaient soumis à toutes les disciplines de l'Université de France, avaient brillé sur notre sol, et d'évoquer les noms d'Orfila, de Brown-Séquard, de Damaschine, de Panas, d'Albarran, de Darier, de Babinski, de Roubinovitch et d'Enriquez.

Il était nécessaire qu'au moment où le Parlement va mettre un peu d'ordre dans l'exercice de la profession médicale, le doyen de la Faculté de Paris donnât son avis autorisé qui sera écouté certainement par le Sénat. Les 84 signataires de la proposition de loi Armbruster, parmi lesquels il faut citer des hommes comme Chauveau, Léon Bérard, Maurice Sarraut, Debierre, le comte de Blois, Jean Durand et Labrousse, ne renieront pas leur signature.

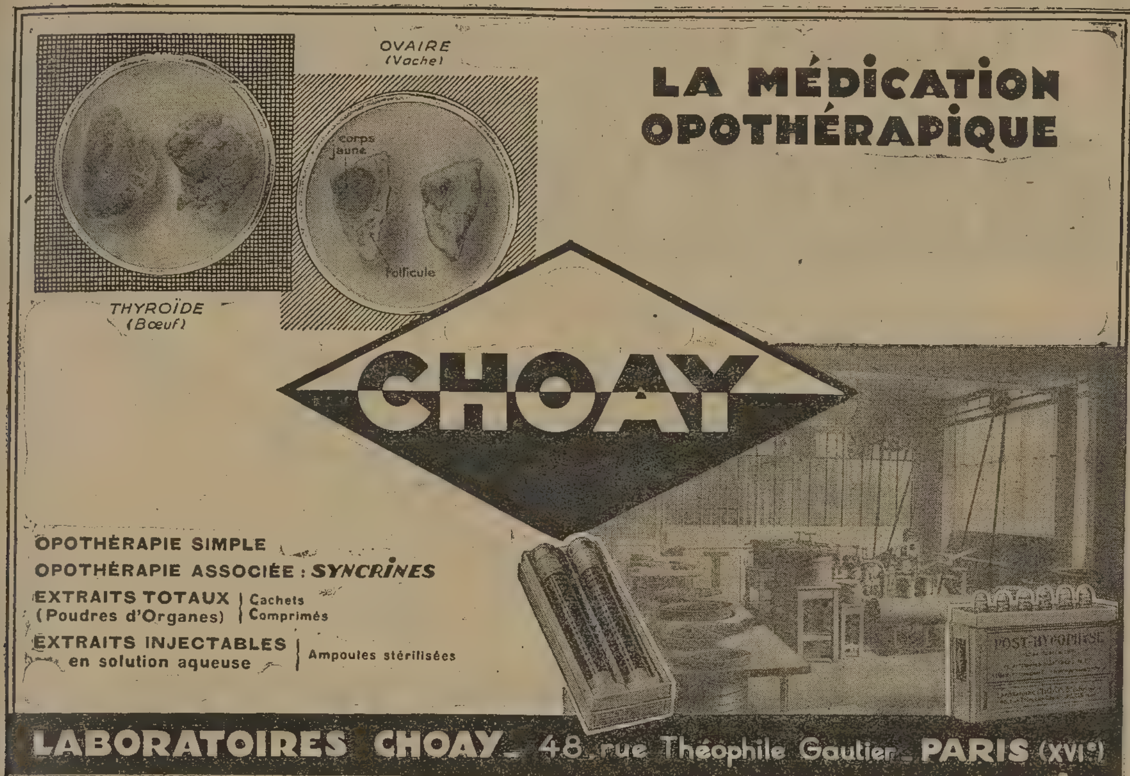
A ce propos, M. Suran, l'éminent membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, écrit dans le *Bulletin des professeurs de français et de langues anciennes de l'enseignement secondaire public* de juin dernier, ce qui suit :

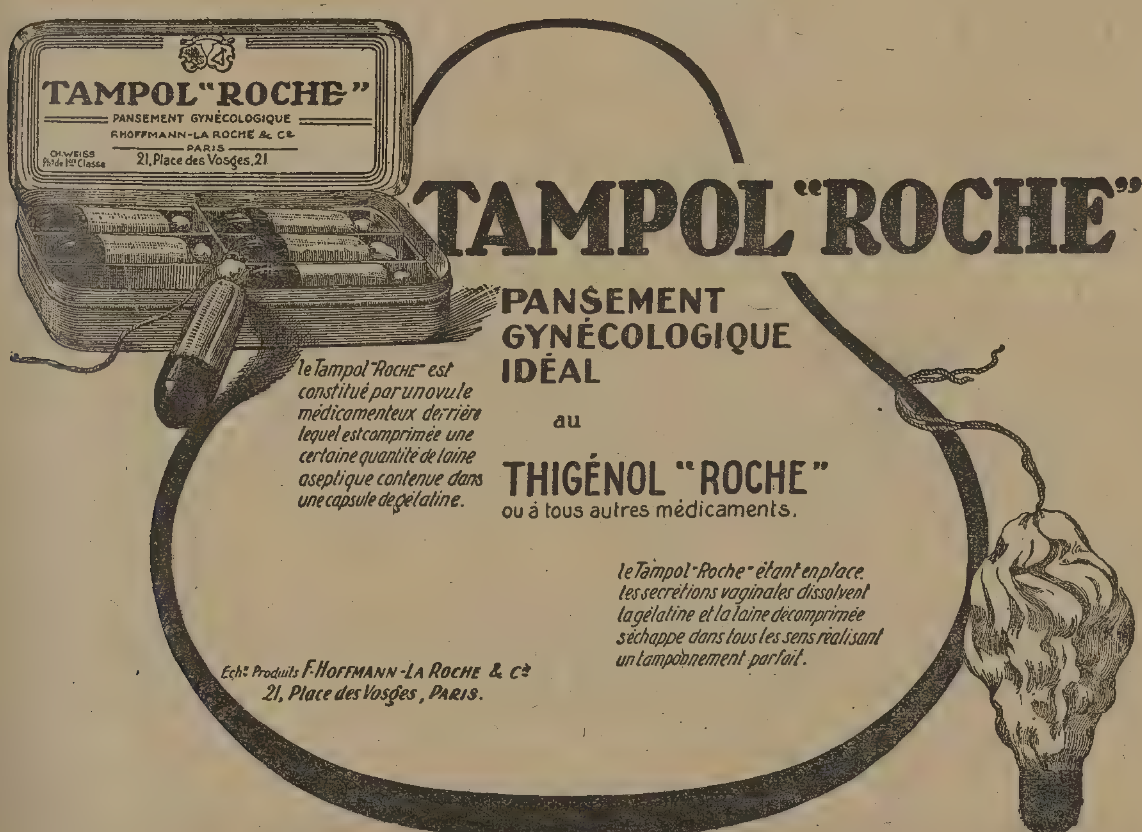
« Il ne nous déplaît pas de voir augmenter le nombre des esprits positifs et clairvoyants qui ne regardent pas béatement les progrès du mal, et qui blâment, comme le fait M. Mordagne dans la médecine, l'abus des équivalences du baccalauréat. Sainte Marie l'Egyptienne ne s'est refusée à personne pendant dix-sept ans, mais c'est son repentir, non pas cette facilité excessive qui l'a fait entrer dans la légende dorée. La question des équivalences porte aussi d'ailleurs sur les Français ; si l'on veut bien compter pour quelque chose cette *matière médicale* que sont les malades, on ne prendra jamais trop de garanties de compétence et de sécurité contre les médecins marrons dont certains sont plus célèbres que tel de nos plus grands savants. »

Le professeur Suran et le doyen Roger sont donc d'accord puisque ce dernier, dans son interview de l'*Information universitaire*, a déclaré qu'il était urgent d'exiger à nouveau comme avant la malencontreuse réforme du baccalauréat de 1902, le baccalauréat ès-lettres mention philosophie pour les candidats au doctorat en médecine. Mais M. Roger va plus loin : il demande — et avec raison — que le baccalauréat ès sciences soit également obligatoire, et que le P. C. N. soit mieux adapté à la préparation à la médecine : « Voilà quelques réformes bien simples, dit-il, et cependant bien utiles ».

Félicitons-nous pour conclure de l'action professionnelle, de l'Association corporative et de la ténacité avec laquelle les dirigeants mènent la lutte aux côtés de la Confédération des syndicats médicaux et des personnalités les plus représentatives de l'Université et du journalisme universitaire.

L. G.


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets, Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
CH. WEISS Phn de 1re Classe
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT
GYNÉCOLOGIQUE
IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "ROCHE" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place les secrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Echns Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

REVUE GENÉRALE

LES SCLÉROSES PULMONAIRES

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

Par M. Pierre DUPIRE,
Interne des hôpitaux de Lille.

« Le chapitre des scléroses pulmonaires est un des plus complexes de la pathologie du poumon. » (Harvier.)

Si nous voulons définir ce qu'on entend par sclérose pulmonaire, nous sommes forcés, malgré les modifications et les remaniements successifs apportés au cadre nosologique de cette affection, de prendre la définition qu'en donnait Bergé (*Traité de médecine* Enriquez, 1909) et de dire que « la sclérose pulmonaire consiste dans la transformation de parties plus ou moins étendues du poumon en tissu fibreux ». Cette définition anatomo-pathologique est suffisamment lâche pour permettre de faire entrer dans le cadre des scléroses pulmonaires un certain nombre de modalités cliniques et radiologiques que les travaux de ces vingt dernières années ont mises en lumière.

En effet, ce terme qui est essentiellement un terme anatomique sert à désigner en clinique des états analogues, mais non toujours identiques. Il semble même que l'on abuse de son emploi, surtout si on compare l'usage qu'on en fait aux descriptions classiques anciennes.

Néanmoins, il est commode pour désigner l'état d'un parenchyme pulmonaire antérieurement touché par une affection de quelque durée, n'ayant pas été suivie de *restitutio ad integrum*. Avant d'entrer dans le détail du syndrome clinique, voyons à quelles lésions anatomiques il correspond, sur quelle base il repose.

La lésion anatomique fondamentale consiste en la prolifération de tissu conjonctif dense dans les espaces interalvéolaires. Cette lésion, on la retrouve dans les différentes formes anatomiques qui ont été décrites; qu'il s'agisse de la forme pneumonique lobaire où elle est associée à des lésions d'alvéolite végétante, ou de la forme broncho-pulmonaire où existent des lésions des parois bronchiques; on la retrouve dans les formes tuberculeuses ou syphilitiques; dans les scléroses d'origine cardiaque, associée à des lésions d'endo-vascularite et de desquamation alvéolaire; enfin, dans les scléroses interstitielles, dites pleurogènes, où elle constitue toute l'histologie pathologique de l'affection.

Cette prolifération conjonctive dense qui s'effectue aux dépens du tissu conjonctif lâche des espaces interalvéolaires, étouffe les éléments nobles de ce dernier, c'est-à-dire ceux qui ont un rôle autre que celui de soutien dans la mécanique pulmonaire, à savoir les fibres élastiques et les capillaires sanguins. Elle entrave le jeu normal des alvéoles, gêne le cours du sang dans la petite circulation, et, par ce double processus, entraîne la *diminution de l'hématose*. C'est cette dernière qui imprime à la maladie son caractère d'affection pulmonaire à retentissement circulatoire, caractère que l'on retrouve dans la symptomatologie, l'évolution, le pronostic.

Historique. — Vaguement connue des anciens qui la distinguaient mal parmi les affections disparates qualifiées de pneumonies chroniques, la sclérose du poumon a été clairement décrite par Corrigan, étudiée par Legendre et Bailly, Rilliet et Barthez, Cruveilhier, puis Brouardel, qui observèrent sa forme pleurogène, et finalement bien isolée et divisée par Charcot (1878). Enfin, les travaux de Bard et de Letulle ont bien mis en évidence le rôle de la tuberculose dans la genèse de la sclérose pulmonaire.

Après cette période anatomo-clinique, nous entrons dans la période anatomo-radiologique, et les noms de la plupart des phtisiologues contemporains s'attachent à un point nouveau de l'étude de cette affection.

Actuellement, nous plaçant au point de vue exclusivement clinique, il importe de mettre en vedette dans l'étude de la sclérose pulmonaire certains points importants.

Au point de vue pathologie générale, il importe d'opposer à la notion de sclérose cicatrice celle de sclérose maladie évolutive. Sans doute, la sclérose constitue, comme pour les autres viscères, un mode de réaction banal du tissu conjonctif aux inflammations et irritations les plus variées; elle apparaît même comme un moyen de défense dont le but est d'isoler le plus possible les foyers morbides des tissus sains; mais aussi elle évolue généralement pour son propre compte, et, à ce titre, mérite la place qu'elle a en pathologie pulmonaire.

Ce double aspect se retrouve dans les dénominations radiologiques de sclérose nodulaire et de sclérose diffuse.

Au point de vue anatomo-clinique, la sclérose pulmonaire se rencontre rarement à l'état pur ; il existe des lésions associées dont il n'est pas toujours aisé d'établir la précession ou la dépendance par rapport à la lésion considérée : ces lésions se manifestent par des symptômes capables de prendre le pas sur ceux de la sclérose, et il en résulte des tableaux cliniques extrêmement variés.

Au point de vue étiologique, si, suivant Letulle, la sclérose pulmonaire est constituée « chaque fois que sur un point quelconque du tissu compris entre le hile et la plèvre, une inflammation chronique vient à se produire », la tuberculose sous ses différentes modalités est le facteur le plus souvent rencontré dans la genèse de cette affection.

Étude clinique. — « La densification du poumon diminuant la souplesse et l'élasticité du parenchyme, réduisant le champ de l'hématose, s'exprime par les symptômes suivants » (Harvier) : La dyspnée d'effort apparaît dès que la sclérose a envahi un territoire pulmonaire important et reste proportionnelle à l'étendue des lésions. C'est le symptôme fonctionnel cardinal de la sclérose pulmonaire. Elle s'accompagne de cyanose d'abord localisée aux sièges d'élection (pommettes, lèvres, oreilles) s'étendant ensuite parallèlement aux progrès de l'affection. La toux,

l'expectoration, les hémoptysies, les douleurs sont le plus souvent sous la dépendance de lésions associées.

Objectivement, la sclérose pulmonaire réalise le syndrome de condensation le plus typique, c'est-à-dire qu'il se traduira par : diminution de la sonorité, exagération des vibrations, et, à l'auscultation, suivant le degré et l'étendue de la sclérose, et sa situation superficielle ou profonde, soit par la simple rudesse respiratoire avec respiration soufflante (mélange du murmure vésiculaire et du bruit glottique propagé) ou le souffle véritable, transmission du bruit glottique fondamental, ainsi que l'ont bien mis en évidence les travaux de Rist, Sergent et Ameuille. Ces modifications des bruits respiratoires normaux s'accompagnent de modifications parallèles de la voix et de la toux dont le retentissement est exagéré.

Ce syndrome de la sclérose pulmonaire pure est rarement au complet et pourra être réduit à de simples modifications respiratoires. C'est ainsi que les scléroses localisées au sommet ne font entendre le plus souvent qu'un souffle léger ou une respiration soufflante; inversement, les grosses scléroses denses, en raison du faible débit de la colonne d'air, ne donnent habituellement pas de souffle, mais un silence respiratoire plus ou moins marqué. Dans ces conditions, on conçoit l'importance de l'examen radiologique.

A l'écran, la sclérose se traduit par une ombre dont les dimensions et l'intensité sont en rapport avec le degré et l'étendue de la lésion correspondante.

Enfin, les examens hématologiques permettent souvent de mettre en évidence une polyglobulie de défense (érythrocytose d'Aubertin).

La dyspnée, symptôme cardinal de la sclérose pulmonaire peut, dans certaines conditions, revêtir un aspect autre que celui de la dyspnée d'effort, que nous avons eue en vue jusqu'à présent. Bezançon et de Jong, en effet, ont bien mis en lumière l'importance des scléroses pulmonaires, épine irritative, dans l'asthme. Ils ont montré que l'interrogatoire dénote dans le passé des malades des causes manifestes de sclérose broncho-pulmonaire, et qu'il faut faire place à « ces asthmes intriqués », forme clinique de sclérose pulmonaire.

Quant à l'emphysème, on le trouve constamment associé aux lésions de sclérose, soit qu'on admette simplement le rôle de l'attraction directe sur les alvéoles voisines, avec suppression de leur extensibilité inspiratoire par l'atélectasie des zones fibreuses; soit qu'on fasse intervenir avec Bard un facteur asthmatique préalable. A cet emphysème anatomique correspond un emphysème clinique et radiologique qui se traduit par la coexistence, chez le même malade, de syndromes de condensation alternant avec des signes de raréfaction (hypersonorité, diminution des vibrations, silence respiratoire, et à l'écran : exagération de la clarté, élargissement des espaces intercostaux, diminution de l'obliquité des côtes).

Dans certains cas, cet emphysème prend le pas sur la sclérose, devient la lésion principale et donne la note dominante dans le tableau clinique : c'est dire que le malade sera avant tout un emphysémateux, possédant l'habitus extérieur et les troubles fonctionnels (dyspnée expiratoire) propres à cette affection.

A côté et parallèlement à ces *formes dyspnéisantes*, on rencontre souvent des sujets présentant, soit constamment, soit d'une façon intermittente, des signes de bronchite, localisée ou diffuse. L'inflammation des bronches se traduit d'une part par les signes fonctionnels habituels : toux, expectoration; et d'autre part, à l'auscultation, par des ronchus, des sibilances et des râles bulleux. Lorsque ce processus n'intervient qu'à titre épisodique, il peut ne pas modifier l'évolution générale de l'affection sclérosante; au contraire, il peut, par sa répétition, ou sa fixité, entraîner de profondes altérations de la structure bronchique, réalisant le tableau anatomo-clinique de la bronchectasie. A ce propos, les observations récentes de Sergent et Cottenot, de Léon Bernard et Lamy, rajeunissant la théorie ancienne de Corrigan, ont bien mis en évidence la priorité de la sclérose sur la bronchiectasie. Dans ce cas, la radiologie sera d'un précieux secours et, chez un scléreux pulmonaire avec expectoration abondante et conservation de l'état général, la pratique du lipiodol bronchique suivant la méthode de Sicard et Forestier permettra bien souvent de déceler une dilatation bronchique assez accusée.

Lorsque les signes de bronchite et d'emphysème sont associés chez le même malade, on voit combien le tableau clinique se modifie et il est alors difficile de reconnaître la part qui revient à la sclérose dans le syndrome catarrhe-emphysème. Quoi qu'il en soit, que la sclérose pulmonaire soit pure ou associée, l'évolution clinique est fonction de l'étendue des lésions, et c'est dans ces lésions qu'on trouvera l'explication des troubles circulatoires et finalement des phénomènes d'insuffisance cardiaque qui sont la terminaison logique de la sclérose pulmonaire : il s'agit parfois d'asystolie du cœur droit, chez des malades dont la cyanose est tellement accusée qu'on peut prononcer le mot de « cardiaques noirs ». Il y aurait alors chez eux association d'une artérite pulmonaire athéromateuse...

Sclérose pulmonaire pure, plus souvent tableau de catarrhe bronchique avec emphysème : telles sont les modalités sous lesquelles se présente en clinique l'affection que nous envisageons. D'ailleurs ce n'est pas au hasard d'une évolution capricieuse que se constituent ces différents tableaux morbides; ils sont dominés par des notions étiologiques qui, en face d'une sclérose pulmonaire, permettent souvent de remonter à l'affection causale. C'est ainsi que les formes hypersécrétoires se rencontrent à la suite d'infections bronchiques répétées, tandis qu'on trouve à l'origine des formes dyspnéisantes une affection parenchymateuse ou pleurale. C'est même au cours de cette sclérose d'origine pleurale (scl. pleurogène) que l'on rencontrera les cas cliniques les plus purs : à ce titre, elle mérite d'être décrite comme une forme particulière :

La sclérose pleurogène peut s'observer à la

suite de toute inflammation pleurale, avec ou sans épanchement, de quelque nature qu'il soit; mais le plus souvent, on la voit succéder à une pleurésie banale séro-fibrineuse ayant évolué lentement vers la résorption. Elle s'objective rapidement par une déformation thoracique précoce et plus accentuée que d'ordinaire, dont Laennec a donné la description dans son article consacré au « rétrécissement de poitrine consécutif à certaines pleurésies » :

« La poitrine est manifestement plus étroite du côté affecté; son étendue en longueur est également diminuée; les côtes sont plus rapprochées les unes des autres; l'épaule est plus basse que du côté opposé; la colonne vertébrale fléchit quelquefois un peu à la longue ». On pourra également observer des déplacements des organes du médiastin, du cœur en particulier : dextrocardies ou sinistrocardies par attraction. Ce sont ces mêmes lésions que l'on retrouve à l'écran radioscopique. Par ailleurs, l'évolution ne comporte pas de particularités, sauf peut-être la fréquence des douleurs thoraciques.

Outre la localisation du processus scléreux, la nature de celui-ci peut influer sur la symptomatologie, et c'est ainsi que nous pouvons décrire :

Des formes consécutives aux *infections respiratoires non spécifiques*, réalisant le tableau des pneumonies et des broncho-pneumonies chroniques, formes les plus anciennement décrites; parmi celles-ci il faut isoler les scléroses pulmonaires des enfants, en particulier celles qui sont consécutives aux infections broncho-pulmonaires de la coqueluche et de la rougeole. Au point de vue clinique, il faudrait retenir, d'après Comby, l'association de la cyanose et des doigts en massue, signes inconstants mais solidaires; et au point de vue radiologique d'après Duhem, deux types assez différenciés : le type hilaire et le diaphragmatique.

Des *scléroses tuberculeuses* dont l'importance est considérable en raison de leur fréquence et de leurs modalités cliniques nombreuses. On peut les observer à la suite de poussées bacillaires aiguës; plus souvent la bacillose, après un début insidieux (signes généraux d'imprégnation) se manifeste par une hémoptysie, des bronchites répétées, une pleurésie ou des points de pleurite. A la période d'état, la sclérose se traduit par une toux sèche, sauf en période de poussée bronchitique et par une dyspnée qui constitue le symptôme capital : dyspnée d'abord transitoire, puis permanente avec accès paroxystiques; enfin, les hémoptysies ne sont pas rares dans cette forme envisagée.

L'évolution est lente et progressive.

Dumarest a bien insisté sur le fait que l'activité évolutive de cette forme de bacillose est continue : il n'y a pas de poussées évolutives, comme dans la forme commune fibro-caséeuse. La terminaison est le fait, soit de l'infection tuberculeuse, soit des troubles circulatoires causés par la gêne fonctionnelle cardiaque. Dans le premier cas, des signes de ramollissement apparaîtront au sein du parenchyme fibrosé, et le malade mourra soit des progrès de l'infection *in situ*, soit par généralisation (granulie, méningite). Dans le cas contraire, tout aussi fréquent, les phénomènes cardiaques dominent la scène : aux troubles de l'hématose objectivés par la cyanose et les doigts hippocratiques, succèdent des signes de souffrance du myocarde : assourdissement des bruits du cœur, bruit de galop droit, stases veineuses périphériques et viscérales, aboutissant à la défaillance complète du cœur, au milieu de laquelle on pourra parfois isoler le syndrome tricuspidien terminal des pneumopathies chroniques (Lutembacher).

Les modalités cliniques les plus fréquentes sont :

La *fibrose du sommet avec emphysème des bases :* forme dans laquelle l'emphysème mérite le nom de vicariant et résulte, ainsi que Tripier l'a bien mis en évidence, de l'hypertrophie compensatrice des parties saines. L'aspect du malade, au thorax rétracté dans sa partie supérieure, dilaté dans sa partie inférieure, est typique.

La *fibrose diffuse avec emphysème* de Bard et Tripier :

Emphysème atrophique de Letulle, atteignant les parties malades. Le sujet est avant tout un emphysémateux et le pronostic est fonction de l'emphysème.

Les *formes localisées discrètes* (tuberculoses abortives de Bard) de gravité bien inégale suivant l'intensité et l'étendue du processus bacillaire; dans cette catégorie rentrent les cortico-pleurites de Piéry en dehors des poussées aiguës. Lorsque ces formes sont localisées au sommet, elles se traduisent par des modifications du murmure vésiculaire qui correspondent aux respirations anomales de Grancher.

Les *formes post-pleurétiques*, que le processus ait été généralisé ou localisé (pleurite apicale de Sergent, scissurales de Sabourin), accompagné ou non d'épanchement (scl. pleurogènes).

Les *formes bronchitiques* décrites par Bard qui distingue une forme superficielle et une forme profonde, plus récemment par Dumarest et Marotte qui en ont décrit les formes bénignes, dites d'inhalation.

Dans les formes que nous venons d'envisager, plus particulièrement dans les formes bronchitiques et emphysémateuses, dans lesquelles l'expectoration devient un symptôme de premier plan, la présence de bacilles de Koch dans les crachats fait le diagnostic de la nature bacillaire de l'affection. Leur absence, même après homogénéisation, le résultat négatif des inoculations au cobaye ont-elles une valeur absolue? Cette question fortement discutée aux Congrès de la tuberculose de Strasbourg (1923) et Lyon (1927), n'a pu être tranchée d'une manière définitive. « Sur le terrain scientifique pur, aucune affirmation absolue n'est possible » (Bard).

Dans tous les cas envisagés ci-dessus, la radiologie fournira des renseignements de premier plan et montrera bien souvent des lésions là où l'auscultation la plus minutieuse n'avait rien décelé (Loi de discordance de Dumarest).

Les types radiologiques les plus fréquemment observés peuvent se ramener à trois :

1° La sclérose péri-bronchique à point de départ

hilaire, dans laquelle les bandes de sclérose sont disposées en arborisations divergentes, péri-broncho-vasculaires, simples prolongations des ombres hilaires.

2° La sclérose diffuse se traduisant par une grisaille généralisée des champs pulmonaires, ou dessinant un damier nuageux, lorsqu'elle est associée à l'emphysème.

3° La sclérose péri-nodulaire, amas irréguliers et sombres dans le parenchyme pulmonaire.

Signalons ici cependant que Macaigne et Nicaud ont publié des cas de sclérose nodulaire, à nodules extrêmement abondants, donnant des images radiologiques analogues à la granulie, mais dont l'examen histologique ne put montrer le caractère bacillaire.

A côté de ces ombres radiologiques de la sclérose elle-même, il faut signaler les modifications qu'elle entraîne dans la morphologie générale du thorax et en particulier ce que Bezançon et ses élèves ont décrit sous le nom de *syndrome de rétraction*. Cette rétraction radiologique du thorax qui peut exister en dehors de toute déformation décelable à l'examen clinique, ou coexister avec elle lorsqu'elle est très accusée, se traduit, lorsqu'elle est localisée au sommet, par la réduction ou la suppression des « fenêtres sus-claviculaires » ou par l'aspect du « sommet pointu ». Elle peut, en outre, entraîner le déplacement du médiastin avec déviation de la trachée. Cette déviation trachéale, bien étudiée par Armand-Delille qui en a fixé les différents aspects, explique l'apparition d'un syndrome cavitaire chez un bacillaire fibreux, en dehors de toute lésion spéléomorphique.

Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation de la trachée dans les scléroses pleuro-pulmonaires a été mis au point par Sergent qui a groupé dans un travail d'ensemble les faits observés jusqu'à présent. Il s'explique par la présence de la trachée, organe creux faisant office de résonateur, dans un tissu de condensation qui transmet le bruit glottique : d'où production d'un souffle à timbre cavitaire qui peut s'accompagner de râles de même timbre quand il existe en même temps de la trachéo-bronchite.

Enfin, nous placerons ici les états radiologiques décrits par Bezançon et Braun sous le nom de *tramite* par Léon Bernard sous celui d'image séquelle de primo-infection tuberculeuse, qui sont interprétés par ces auteurs comme des images de sclérose de la trame conjonctivo-vasculaire du poumon, de nature évolutive pour le premier, cicatricielle pour le second. D'après Sergent et Kourilsky, la question de la nature intime de ces processus fibreux décelés radiologiquement s'éclairerait d'un jour nouveau par la connaissance du virus tuberculeux filtrant, dont relèveraient ces lésions. Pour d'autres (Crouzet et Wignolle) celles-ci seraient le reliquat d'une « lymphangite pulmonaire » à point de départ hilaire au cours d'un réveil ganglio-hilaire de la bacillose.

Des scléroses syphilitiques. — Les scléroses d'origine syphilitique n'ont pas d'individualité clinique. Elles peuvent se présenter sous l'une quelconque des modalités de la sclérose en général, c'est-à-dire que le malade sera soit un scléreux proprement dit, soit un bronchitique ou un emphysémateux. La coexistence d'une sclérose pulmonaire et d'un Bordet-Wassermann positif n'implique pas la probabilité d'une sclérose syphilitique. On sera cependant autorisé à y penser lorsque chez un sujet spécifique, en dehors de toute cause susceptible de déterminer une sclérose pulmonaire, les examens de crachats auront montré l'absence de bacilles de Koch. Inversement, il faut savoir que les tuberculeux syphilitiques font le plus souvent des formes fibreuses, et on est en droit de se demander si le terrain spécifique n'est pas capable de modifier l'évolution de la bacillose : on l'admet généralement.

Si les infections sont le facteur le plus habituellement rencontré à l'origine des scléroses pulmonaires, le rôle de certains facteurs mécaniques, agissant seuls ou associés aux processus infectieux, paraît bien démontré. Nous décrirons donc :

Les scléroses des pneumoconioses, parmi lesquelles il faut surtout retenir l'anthracose, en raison de sa fréquence et des problèmes pathogéniques qu'elle soulève. Le rôle des corps étrangers pulvérulents en tant que facteur de sclérose pulmonaire, semble bien établi, mais, tandis que pour les uns (Policard), les poussières peuvent pénétrer dans l'alvéole pulmonaire, pour d'autres (Jousset), elles agissent seulement sur les bronches : de toute façon, les infections consécutives à ces blessures multiples de la muqueuse bronchique sont à l'origine d'une sclérose qui, d'abord péri-bronchique, finit par envahir tout le parenchyme. La question est plus discutée en ce qui concerne l'anthracose. Classiquement, cette affection représente l'ensemble des altérations causées par la fixation dans le poumon, de particules de charbon inhalées. A l'heure actuelle, le rôle de ces particules charbonneuses ne semble plus aussi nettement démontré ; si Policard, tout en admettant le rôle important des particules silico-calcaires dans la fixation du charbon au niveau du parenchyme pulmonaire, reconnaît l'existence de l'anthracose, Jousset, au contraire, lui dénie toute individualité et la coloration noire (mélanose) observée dans ces cas, serait due à un pigment ferrugineux d'origine sanguine, dont le dépôt serait consécutif à des phénomènes d'inflammation ou de stase.

Quoi qu'il en soit, l'affection se présente en clinique sous forme de catarrhe bronchique avec emphysème. Elle survient, en général tardivement, après dix, vingt ans ou plus d'imprégnation professionnelle et présente une expectoration noire caractéristique. Au point de vue cytologique, cette expectoration est caractérisée par la présence de « cellules à poussière » (cellules martiales de Jousset) : leur origine a été discutée ; on admet généralement, depuis Laguesse, qu'elles proviennent des petites cellules nucléées des parois alvéolaires. Leur aspect varie suivant le stade de leur évolution : leur caractère essentiel est la présence de grains pigmentaires dont l'abondance varie dans des limites très étendues, pouvant réduire la cellule à l'état de squelette cellulaire bourré de pigment.

Les rapports de l'anthracose et de la tuberculose ont été souvent controversés : l'opinion classique veut que « les scléroses tuberculeuses soient anthracosiques, les non-tuberculeuses ne le soient pas » (Ameuille et Bordet); pour Jousset, le problème des relations du bacille de Koch avec les poussières de charbon est résolu, puisque le charbon n'est pas en cause.

Une sclérose d'origine cardiaque : elle est l'aboutissant chez les cardiaques asystoliques, de la congestion œdémateuse chronique des poumons. Anatomiquement, c'est une sclérose pigmentaire, avec « carnification » (Isambert et Robin) du parenchyme. Cliniquement, elle succède à une période plus ou moins longue de congestion passive qui se traduit par la dyspnée, la toux, l'expectoration caractérisée par la présence de cellules dites cardiques; et à l'examen, par la présence de sous-crépitants fins. Au stade de sclérose, les signes fonctionnels et physiques ne diffèrent pas des symptômes habituels.

Les scléroses des gazés, bien individualisées à l'heure actuelle. Elles se présentent sous des aspects variés, soit pures, soit associées à la bronchite ou à l'emphysème qui constituent alors les manifestations dominantes. Dans sa forme pure, elle affecte un type bénin, ou un type grave : dans le premier, le plus fréquent à l'heure actuelle, les malades ont un excellent état général, présentant seulement des douleurs thoraciques légères, une toux et une expectoration discrètes. L'examen clinique ne montre d'ordinaire rien de net. Seule, la radiographie révèle une diminution de la clarté des sommets exactement comparable à l'aspect radiologique des scléroses tuberculeuses dites cicatricielles (tuberculoses abortives).

Il y a lieu de penser que ces scléroses apicales sont indépendantes de l'action des gaz toxiques.

Dans le deuxième type (type pseudo-tuberculeux de Sergent et Achard), l'état général est profondément touché, les hémoptysies ne sont pas rares, et pourtant les recherches du bacille de Koch demeurent négatives. L'examen clinique dénote au niveau des foyers de sclérose les symptômes habituels de condensation que confirme la radiographie. La gravité des signes fonctionnels, physiques et radiologiques, ainsi que l'atteinte profonde de l'état général plaident comme pour le type précédent en faveur de l'origine bacillaire de l'affection malgré l'absence de bacilles de Koch qui ne suffit pas à écarter cette hypothèse.

Enfin, citons les scléroses pulmonaires survenant au cours des intoxications chroniques : qu'il s'agisse d'*intoxications exogènes* (alcoolisme, saturnisme, hydrargyrisme) ou d'*endogènes* (goutte, diabète) dont le rôle exact est difficile à fixer, et le mode d'action fort imprécis. Il est vraisemblable qu'elles modifient le terrain sur lequel viendra agir une des causes que nous avons énumérées.

Il faut individualiser une *sclérose paludéenne* (de Brun) pour laquelle doit intervenir, en outre, le rôle des poussées congestives observées au cours du paludisme chronique, généralement localisées aux sommets.

Conclusions. — « Nulle classification des scléroses pulmonaires, n'est définitive » (Triboulet in Brouardel et Gilbert, 1910). Cette proposition qui visait surtout les classifications anatomiques, conserve toute sa valeur au point de vue clinique : du moins avons-nous essayé dans ce travail de concilier les phénomènes cliniques et radiologiques avec les données anatomiques et de grouper logiquement, sinon les scléroses pulmonaires, du moins « les scléreux pulmonaires » observés en pratique, en indiquant en cours de route, les travaux et publications récentes capables de donner une orientation nouvelle à la question.

BIBLIOGRAPHIE

Art. SCLÉROSES PULMONAIRES dans les Traités classiques :
BERGÉ. In Enriquez. *Traité de médecine*, 1909.
TRIBOULET. In Brouardel et Gilbert, 1910.
AMEUILLE et BORDET. In Sergent, 1922.
HARVIER. In Roger-Widal-Teissier, 1923.
BEZANÇON et DE JONG. In *Précis de pathologie médicale*, 1923, Masson.

1905. — BÉRIEL. *Th. de Lyon* (136).
1914. — WINOGRADOFF. *Th. de Paris* (247, U.).
1920. — BEZANÇON et DE JONG. Asthme et sclérose pulmonaire, *Presse méd.*, t. II, p. 885.
1921. — GASTINEL et JACOB. La sclérose pulmonaire, Revue générale, *Bull. méd.*, p. 46.
1922. — DUMAREST. Scléroses pulmonaires et tuberculose fibreuse, *Ann. de méd.*, mars.
1924. — SERGENT. *Les Syndromes respiratoires*, t. I : *Le Syndrome catarrhe-emphysème*; t. II : *Le Syndrome de cond. pulmonaire.*
1927. — L. BERNARD et LAMY. Trois cas de bronchectasies liées à des scléroses pulmonaires de nature tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 avril.
MACAIGNE et NICAUD. Sclérose nodulaire du poumon à images radiologiques granitées, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 nov.
SERGENT, COTTENOT et COUVREUX. Les dilatations des bronches consécutives à la sclérose pleuro-pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars.
1928. — COMBY. Sclérose pulmonaire chez l'enfant, *Arch. de méd. des enf.*, sept.
JOUSSET. Anthracose et tuberculose pulmonaire, *Revue de la tuberculose*, déc.
MACAIGNE et NICAUD. Sclérose nodulaire du poumon à images radiologiques granitées, *Presse méd.*, 15 fév.
1929. — BEZANÇON. Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire, *Paris méd.*, 5 janv.
CROUZET et WIGNIOLLE. Du rôle des réactivations ganglio-hilaires dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, *Arch. méd.-chir. de l'app. resp.*, déc.
JUMON. *L'Auscultation pulmonaire moderne*, Maloine.
SERGENT et STOICHITZA. Le syndrome pseudo-cavitaire dans les scléroses pleuro-pulmonaires avec déviations de la trachée, *Arch. méd.-chir. de l'app. resp.*, juillet.
1930. — BARD. *L'Emphysème*, Doin.
L. BERNARD. Le début intercléido-hilaire de la tuberculose pulmonaire, *Presse méd.*, 15 mars.
L. BERNARD et LAMY. Dextrocardie et dilatation bronchique par sclérose pulmonaire vraisemblablement tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 mars.
JACQUELIN et KONECHOWSKY. Sur l'évolution des séquelles respiratoires des gaz de combat, *Paris méd.*, 15 fév.
HUGUENIN et ALBOT. *Soc. anat.*, 6 mars.
SERGENT et KOURILSKY. Asthme, périlobulite et ultravirus tuberculeux, *Presse méd.*, 5 fév.

ARNOULD. L'anthracose est-elle une maladie? *Presse méd.*, 14 déc. 1929.

JOUSSET. Encore la cellule à poussière du poumon, *Presse méd.*, 13 nov. 1929.

POLICARD. Introduction histo-physiologique à l'étude des pneumoconioses, *Arch. méd.-chir. de l'app. resp.*, janv. 1930.

POLICARD, DOUBROW et PILLET. Recherches histo-chimiques sur l'anthracose pulmonaire, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 14 janv. 1929.

POLICARD et DOUBROW. Etude histo-chimique de l'anthracose pulmonaire, *Presse méd.*, 10 juillet 1929.

POLICARD et DEVUNS. Recherches histo-chimiques sur les particules minérales renfermées dans le poumon des mineurs, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 23 avril 1930.

POLICARD et BOUCHARLAT. Contribution à l'étude de l'anthracose pulmonaire. Tolérance des cultures de tissus vis-à-vis des particules de houille, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 6 janv. 1930.

BARD. De la nature des pigments de l'anthracose pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars 1929.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1930)

Sur l'adaptation à l'homme des trypanosomes pathogènes de mammifères. — M. F. MESNIL.

Injection d'éther formolé dans les lymphatiques des tumeurs cancéreuses. — M. M. MARCILLE propose une technique destinée à poursuivre dans les voies lymphatiques les infections et en particulier l'infection cancéreuse. Il emploie une solution d'éther formolé à 5 p. 1.000. Son expérience lui montre que les cellules cancéreuses situées dans les ganglions et lymphatiques que l'on a « bourrées » d'éther formolé ne paraissent plus vivantes.

Il estime qu'il est possible, par sa méthode, de stériliser et de momifier les pédicules lymphatiques d'un organe atteint de cancer et d'atteindre fort loin les cellules cancéreuses sans faire aucun délabrement et sans risquer les réinoculations qui sont presque toujours le fait du bistouri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1930)

M. LE PRÉSIDENT fait part du décès de M. le professeur J. H. A. d'Espine (de Genève), associé étranger.

Contribution à l'étude de la cure de Vichy. — MM. DESGREZ, F. RATHERY et LESCŒUR ont fait une étude très importante d'où il résulte que le tableau clinique présenté par le malade paraît insuffisant pour apprécier l'effet du traitement. Des recherches complémentaires sur les tests biologiques, et le métabolisme général, évalué par les éliminations et les coefficients urinaires, sont nécessaires pour fixer la conduite, le mécanisme et les effets de la cure thermale.

Hygiène de l'enfance. — M. SARRAZ-BURNET, inspecteur général des services administratifs au ministère de la Santé publique, et M. COLLET, inspecteur de l'Assistance publique de l'Oise, ont envoyé le 13 mai 1930 un mémoire sur la situation des Enfants-Assistés dans les départements. Ce travail fut renvoyé à la Commission de l'hygiène de l'enfance qui a chargé M. Lesage de faire un rapport.

M. LESAGE donne lecture de ce rapport, et comme conclusion il formule le vœu :

1° Que dans chaque département (en dehors de la Seine), la crèche dépositaire soit transformée en pouponnière de triage et d'entraînement où l'enfant sera gardé tant que le placement ne sera pas autorisé par le médecin ;

2° Que dans toute pouponnière dépositaire l'allaitement mixte puisse être donné à tout enfant dont l'état de santé l'exige ;

3° Que soient créés des centres d'élevage spéciaux où seront réunis tous les enfants assistés sortant de la pouponnière dépositaire ;

4° Que le dépôt et la pouponnière dépositaire soient soumis à la loi Roussel et que le médecin soit de droit du cadre des médecins inspecteurs de l'Assistance publique.

Le rapport de M. Lesage sera discuté dans une séance du mois d'octobre.

La fièvre ondulante est-elle une maladie professionnelle? — MM. DUBOIS et SOLLIER ont constaté que la fièvre ondulante atteint de préférence les bergers, ouvriers agricoles, bouchers, charcutiers, garçons de laboratoires, etc., et il leur semble juste de faire bénéficier ces catégories des avantages concédés par la législation aux victimes des maladies professionnelles. Les auteurs concluent : la fièvre ondulante est bien une maladie professionnelle.

— Autres communications :

Sur l'origine du B. coli des eaux. — MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et T. H. CHU.

L'autovaccination antiméningococcique en période épidémique. — M. MANOUSSAKIS.

Etude clinique d'une préparation d'insuline en suspension huileuse. — MM. CHABANIER, LOBO-ONEL et LELU.

Remarques sur l'appendicite rétrocæcale. — M. Constantin POENARU CAPLESCO.

— La prochaine séance de l'Académie aura lieu le mardi 7 octobre 1930.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1930)

Méningite puriforme aseptique et otite moyenne suppurée chronique. — MM. J. TERRACOL, J. GALAVIELLE et M. REYMOND.

Contribution à l'étude pathogénique de la dyspnée de Cheyne-Stockes. Rythme respiratoire périodique consécutif à une tentative de pendaison. — MM. L. HÉDON et M. JANBON.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel avec arrêt de développement de l'anse intestinale primitive et des artères ombilicales. — MM. MASSABUAU, GUIBAL, ANSELME-MARTIN et Pierre ARNAL.

La collapsothérapie des suppurations pulmonaires. Volumineux abcès chronique postpneumonique guéri par pneumtohorax sous pression après échec du traitement émétinien. — MM. JANBON et A. BALMES présentent les radiographies d'un abcès pulmonaire, obtenues après ponctions transpulmonaires et injection de lipiodol. Chez ce malade après échec du traitement émétinien le pneumothorax entretenu en pressions très fortement positives a amené la guérison parfaite par cicatrisation fibreuse.

Syndrome parkinsonien et pseudo-bulbaire par ramollissement opto-strié. (*Présentation de pièces.*) — MM. L. Rimbaud, J. Chardonneau et P. Rimbaud rapportent l'observation d'un malade qui s'était présenté tout d'abord comme un pseudo-bulbaire avec pleurer spasmodique, démarche à petits pas, etc. Par la suite apparut de la rigidité avec hémitremblement localisé, particulièrement au membre supérieur gauche.

Dans l'encéphale, à la coupe de Fleschig, du côté droit, on voyait un ramollissement du pallidum qui avait une consistance gélatineuse et était en partie envahi par un tissu de sclérose qui englobait la capsule interne.

(Séance du 11 avril 1930)

Radio-activité des eaux de Molitg-les-Bains. — M. R. Castagne.

Fièvre ondulante et tuberculose. — MM. M. Janbon et A. Balmes envisagent les rapports de la tuberculose et de la fièvre ondulante à deux points de vue :

1° Du point de vue biologique la mélitococcie apparaît comme une infection anergisante vis-à-vis de la tuberculose dont elle fait le lit (négativité de la cuti-réaction).

2° Du point de vue clinique la tuberculose paraît se greffer sur une mélitococcie ou se réveiller à l'occasion d'une mélitococcie dans deux groupes de faits : association à des localisations ostéo-articulaires chroniques de lésions tuberculeuses (mal de Pott consécutif à une spondylite maltaise); tuberculose pulmonaire succédant sans interruption à l'évolution d'une mélitococcie, fait dont les auteurs apportent deux cas démonstratifs.

Enfin, la tuberculose évolutive exerce une action nettement défavorable sur la mélitococcie (négativité de la séro-réaction de Wright).

La fièvre dans les cirrhoses. Forme fébrile des cirrhoses chroniques ascitogènes. — MM. Janbon et Balmes. Certaines variétés de cirrhoses s'accompagnent d'ordinaire d'élévation thermique : la fièvre fait partie du tableau clinique des cirrhoses malignes, de certaines cirrhoses syphilitiques, et s'observe fréquemment dans la maladie de Hanot. Elle n'est signalée qu'à titre de complication dans les cirrhoses ascitiques à marche chronique (type Laennec et Hanot-Gilbert).

Les auteurs rapportent huit observations de cirrhoses chroniques ascitogènes dont l'évolution, échelonnée sur des mois ou des années, s'est à peu près constamment accompagnée d'une fièvre irrégulière et modérée, en dehors de toute complication surajoutée et en particulier sans tuberculose pulmonaire et sans tuberculisation péritonéale. La similitude des cas observés les autorise à décrire une « forme fébrile des cirrhoses chroniques ascitogènes ». Loin d'admettre systématiquement l'intervention de la tuberculose dans le processus évolutif, ils pensent à la nature infectieuse prédominante de la plupart des cirrhoses chroniques.

Tumeur du cervelet. (*Présentation de pièces.*) — MM. Janbon, A. Balmes et F. Bourguet.

Luxation pathologique de la hanche par arthrite aiguë consécutive à une ostéomyélite du bassin. — MM. Massabuau, A. Guibal et P. Arnal rapportent une observation d'ostéomyélite de la fosse iliaque externe se caractérisant par une périostite phlegmoneuse.

Ultérieurement le toit du cotyle fut atteint et une luxation pathologique s'ensuivit.

Le traitement par extension continue en abduction, bandage compressif bitrochantérien et mobilisation prudente et précoce pour combattre l'ankylose a donné un bon résultat fonctionnel.

Dilatation kystique bilatérale de l'uretère. Expulsion de gros calculs de l'uretère pelvien droit après méatotomie uretérale par électrocoagulation. — MM. E. Truc et J. Cabannac.

Réflexions sur un cas d'hydronéphrose très volumineuse latente du rein gauche. — MM. E. Estor, J. Héran et H.-L. Guibert rapportent le cas d'un malade porteur d'une volumineuse tumeur kystique de la région splénique, sans troubles fonctionnels, diagnostiquée cliniquement : kyste hydatique de la rate. La radiographie, l'éosinophilie sanguine (8 p. 100), une réaction de Casoni positive confirment cette opinion. L'intervention montra que la tumeur était une volumineuse hydronéphrose du rein gauche. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic des cas de cet ordre où la symptomatologie fonctionnelle réduite et les renseignements erronés du laboratoire (en particulier le Casoni positif) ont été la cause d'une erreur de diagnostic.

(Séance du 2 mai 1930)

Fièvre typhoïde avec syndrome hémorragique et anémie grave traitée par la transfusion sanguine et les extraits hépatiques. — MM. Vedel, J. Vidal et L. Gondard ont observé un cas de fièvre typhoïde compliquée d'épistaxis tellement abondantes qu'elles entraînèrent rapidement une anémie importante (globules rouges : 1.400.000). Seule la transfusion sanguine maîtrisa les hémorragies; puis les ingestions d'extraits hépatiques amenèrent, dans un très bref délai, la guérison de l'anémie.

Les auteurs pensent qu'une insuffisance hépatique provoquée par la septicémie éberthienne est à la base de ce syndrome, greffé sur un état hémogénique qui s'était discrètement révélé antérieurement.

Accidents nerveux transitoires au cours d'une néphrite hypertensive avec rétention chlorée sèche. Traitement par l'acétylcholine. — MM. V. Vedel, J. Vidal et Mme P. Lonjon ont observé, au cours d'une hypertension artérielle permanente (30-16), des accidents nerveux transitoires caractérisés par une amaurose et une paralysie du moteur oculaire commun gauche; ces accidents, combattus par des injections d'acétylcholine, ont été bientôt suivis d'une hémiplégie gauche d'emblée spasmodique. Le liquide céphalo-rachidien n'était cependant nullement sanglant; son analyse révélait l'existence d'une rétention chlorée sèche, confirmée ensuite par les dosages pratiqués dans le plasma et les globules. Les auteurs pensent que la rétention chlorée sèche joue un rôle dans la pathogénie des accidents nerveux constatés; certaines de leurs observations antérieures viennent à l'appui de cette interprétation. Ils soulignent, enfin, la fréquence d'une légère réaction méningée dans les cas qu'ils ont pu observer.

Crise appendiculaire. Purgation, gangrène et perforation. Péritonite enkystée brusquement généralisée. — MM. Massabuau, A. Guibal et P. Arnal.

A propos de quatre cas de maladie de Frieoheich. — MM. J. Euzière, H. Viallefont, A. Ratie et R. Lafon.

Abcès sous-phrénique consécutif à une cholécystite calculaire. — MM. Riche, A. Guibal et M. Warnery.

(Séance du 9 mai 1930)

Un cas de syringomyélie. (*Présentation du malade.*) — MM. J. Euzière, H. Viallefont, A. Ratie et R. Lafon.

Un cas de fibrome saignant de la puberté masculine. — MM. J. Terracol et J. Caderas. Observation d'un cas de fibrome saignant de la puberté masculine ayant provoqué par la répétition et l'abondance des épistaxis un état d'anémie marquée.

Ablation par voie transmaxillo-nasale sous anesthésie générale au chloroforme administré à l'aide de la pipe de Delbet. Résultat excellent.

Les auteurs insistent ensuite sur la nécessité d'intervenir en présence de pareilles tumeurs (l'attente de la régression spontanée pouvant être néfaste), terminant par quelques considérations générales sur les moyens thérapeutiques actuels.

A propos des péricystites suppurées. — MM. E. Truc et J. Cabanac rapportent l'observation d'un malade qui fit une péricystite suppurée diffuse avec tuméfaction de la région inguino-crurale gauche et trajet sus-pubien. Cette péricystite était due à une négligence du malade qui avait laissé pendant plusieurs mois sans la nettoyer la même sonde hypogastrique dont il était porteur.

Une incision et un drainage appropriés guérirent le malade, mais un mois plus tard les mêmes phénomènes se produisent du côté droit indiquant une suppuration qui s'ouvrit spontanément au niveau de la fistule hypogastrique.

Les auteurs rappellent les signes de la péricystite qui, bien souvent, peut passer inaperçue si l'attention n'a pas été attirée du côté de la vessie.

Deux nouveaux cas de « famille à cancer ». — MM. P. Lamarque et P. Bétoulières.

(Séance du 23 mai 1930)

Cancer sténosant du côlon ascendant. (*Présentation de pièce.*) — MM. J. Estor et J. Héran.

Neuropticomyélite avec atrophie optique primitive. — MM. J. Euzière, H. Viallefont et A. Ratie. Début fébrile avec atteinte simultanée des membres inférieurs et de l'appareil visuel. Le fond d'œil a montré une atrophie optique primitive sans inflammation de la papille. Amélioration de la paraplégie. Persistance des troubles visuels.

(Séance du 30 mai 1930)

Un cas d'helminthiase de l'intestin découvert par les rayons X. — MM. P. Lamarque et A. Blouquier de Claret.

Un nouveau cas de troubles trophiques graves du pied droit par section traumatique du nerf sciatique. — M. H. Estor. L'observation présentée est celle d'un blessé qui, à la suite d'une section du nerf sciatique par projectile de guerre, a été atteint, douze ans après la blessure, de troubles trophiques graves du pied droit (maux perforants et déformation osseuse) qui ont nécessité l'amputation de jambe chez ce malade. L'auteur rappelle à ce sujet combien les résultats des sutures du tronc du sciatique donnent des résultats décevants. L'amputation reste encore souvent la seule ressource en pareils cas. Elle permet, du reste, un retour rapide à une vie sociale active grâce à la facilité de la prothèse du membre inférieur.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PATENTE

Nous avons fait connaître dans un article précédent que l'article 65 de la loi de finances du 16 avril dernier avait décidé qu'*à partir du 1er janvier 1931* l'assiette de la patente serait réduite à la valeur locative des seuls locaux commerciaux ou professionnels, à l'exclusion des locaux d'habitation.

Et déjà, on pouvait se réjouir et l'on pensait que l'impôt de la patente, jugé inique, allait se trouver réduit dans des proportions appréciables pour ceux qui exercent une profession libérale, telle que celles du médecin et de l'avocat. Mais, de la coupe aux lèvres, dit le proverbe, il y a loin. En effet, à la demande du gouvernement, la Chambre des députés, dans sa séance du 10 juillet 1930, a décidé de reporter la date d'application de la disposition contenue dans l'article 65 de la loi de finances ci-dessus rappelé au 1er janvier 1932; le Sénat, le même jour, a adopté sans discussion le report d'application de cet article 65 à cette date.

Par conséquent, en 1931, avocats, médecins, chirurgiens, etc., devront encore supporter sur tous les locaux occupés par eux ou leur famille l'impôt de la patente. *Ce n'est qu'à partir du 1er janvier 1932 que jouera la modification.* Un député, M. Baudouin-Bugnet, avait fait adopter par la Commission, chargée de l'examen du projet de loi, un amendement aux termes duquel, en raison des prix élevés des loyers dans la capitale, Paris serait excepté de cette prorogation. Mais, à la séance du 10 juillet, il dut retirer son amendement, lequel n'avait aucune chance d'être adopté. Il est vraiment peu rassurant pour la stabilité des lois de voir un Parlement se déjuger à trois mois de distance et maintenir pour l'année 1931 un régime qu'il était unanime à considérer comme inacceptable et injuste!

Que s'est-il passé? On sait que, depuis la loi du 31 juillet 1917 qui a substitué pour les impôts d'Etat l'impôt sur le revenu aux quatre contributions, qu'on a appelé les « quatre vieilles », la patente n'est plus perçue que pour les départements et les communes.

L'Etat ayant pris pour lui les taxes du meilleur et du plus facile rendement, les départements et les communes, pour faire face à leurs charges s'accroissant quotidiennement, n'ont eu à leur disposition que les centimes additionnels, lesquels d'ailleurs ne pouvaient porter que sur trois des vieilles contributions, puisque l'impôt des portes et fenêtres avait été aboli. Mais la loi du 13 août 1926 a ajouté tout un ensemble de taxes — on en compte 32 — qui permettent aux départements et communes d'extraire de la caisse des contribuables des sommes importantes. Tout acte de la vie du contribuable fait l'objet d'une perception; l'air devient un peu irrespirable.

Depuis 1928, les groupements de patentés ont poursuivi une campagne contre la patente et son abolition, au moins sa restriction. Mais il fallait trouver des ressources de remplacement : le courage manquait aux parlementaires qui sentaient bien que tout impôt nouveau serait impopulaire. Il y avait une solution très simple qui consistait à réduire les dépenses; mais ce sujet faisait immédiatement voiler la face. Augmenter, oui; réduire, non!

En raison de cette situation, le Sénat décida que la répartition du déficit s'effectuerait entre les seuls patentés. La Chambre des députés, au contraire, voulait donner aux départements et communes le choix entre ce procédé qui laissait hors de cause l'ensemble des contribuables et l'augmentation des centimes additionnels sur les « trois vieilles contributions » ou le recours aux taxes de la loi de 1926. Son point de vue a fait l'objet de l'article 65 de la loi du 16 avril 1930 dont nous avons parlé plus haut.

Mais, les représentants des communes et des départements se rendirent compte que le déficit provoqué par la restriction de l'assiette de la patente, *joint aux nouvelles charges sociales imposées par l'Etat*, ne permettrait pas d'assurer l'équilibre de leurs budgets pour 1931. Ils firent entendre un cri de détresse au gouvernement; M. Georges Bonnet, député, interpella. Et c'est dans ces conditions que fut reportée au 1er janvier 1932 la date d'application de l'article 65 de la loi du 16 avril 1930, au lieu du 1er janvier 1931, date prévue par ce dernier texte.

Il paraît résulter des débats qui ont eu lieu devant le Parlement, que la discussion a porté surtout sur la patente des commerçants. Or, il y a une grande différence entre cette patente et celle de ceux qui exercent une profession libérale. Cette différence provient notamment de ce fait que, par le jeu des lois économiques, les prix des marchandises se sont automatiquement élevés dans la proportion de la dévalorisation du franc, quand ils ne l'ont pas dépassée : et le taux des bénéfices réalisé par les commerçants s'est le plus souvent augmenté. La situation de ceux qui exercent une profession libérale n'est nullement la même : alors que le coût de la vie atteint pour eux comme pour les consommateurs cinq ou six fois les prix d'avant-guerre, leur rémunération professionnelle, sauf de rares exceptions, se trouve être en général de deux ou trois fois, peut-être quatre fois, supérieure à celle d'avant-guerre. Et ce ne sont pas des sommes nettes qui reviennent ainsi aux médecins, aux chirurgiens, aux avocats; des frais importants viennent diminuer, d'une façon importante, l'honoraire versé par le client!

Les observations qui précèdent justifient la restriction apportée à l'assiette de l'impôt de la patente. Mais il est difficile de faire entendre au législateur une chose juste en matière fiscale. Le seul espoir qui soit permis est qu'en 1932 on ne reportera pas en 1933 l'application de l'article 65 de la loi du 26 avril 1930.

Répondant à une question qui nous a été posée au sujet du moment à partir duquel l'impôt de la patente est dû, nous indiquons que, pour que la patente soit due, il faut que les faits relevés à la charge du contribuable soient caractéristiques de l'exercice d'une profession, de la profession de médecin ou de chirurgien. La patente est annuelle; et les conséquences du principe d'annualité des rôles a pour conséquence notamment que les rôles doivent être émis et publiés dans l'année à laquelle ils se rapportent, que les rôles sont établis d'après les faits existant au 1er janvier et que la contribution établie d'après les faits existant au 1er janvier est due pour l'année entière.

Aux termes de l'article 28-4° de la loi du 15 juillet 1880, la patente est due à partir du 1er du mois où commence l'exercice de la profession. Donc le médecin exerçant son art, non pas du jour où il porte son titre, mais uniquement lorsqu'il donne ses soins ou conseils à ses clients, c'est seulement à dater de cette dernière époque qu'il devra sa patente : si l'exercice de la profession commence au 1er janvier la patente est due pour l'année entière, sinon à partir du 1er du mois où la profession a commencé d'être exercée.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

L'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie, par G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, et J. Joublot, chef de clinique, Hôpital civil de Strasbourg. Un volume de 232 pages avec 97 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 63. — MERCREDI 6 AOUT 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 6 AOUT 1930. — N° 63.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 janvier 1931 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le mercredi 22 octobre 1930, à 9 h. 1/2, au gymnase Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le jeudi 11 septembre jusqu'au samedi 4 octobre 1930 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Valence. — M. le docteur Fournier, ancien interne des hôpitaux de Grenoble, est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Valence.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Morel, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

M. Tapie, ancien professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Regaud (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Villaret et Betuel (de Paris), Brassart (d'Arras), Desmoulins (de Paris), Lebœuf (de la Charité-sur-Loire), Lestrade (d'Auch), Petit (de Briançon), Poulain (de la Ferté-Macé).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs André (du Mont-Dore), Aweng (de Joeuf), Babin (de Paris), Bérard (de Constantine), Betz (de Colmar), Bonier (de Saint-Julien), Bouguen (de Saint-Brieuc), Bourrus (de Portets), Cart, Casamayor-Dufaur et Chiron (de Paris), Claudo (de Nice), Cordonnier et Delort (de Paris), Denoy (de Narbonne), Fodere (de Saint-Jean-de-Maurienne), Gargam (de Saintes), Girard (de Paris), Iribarne (de Bayonne), Jeanpierre (de Marnay), Laemmer et Lagrange (de Paris), Lamy (de Nancy), Lardeux (de Marines), Lefort (de Casablanca), Leneveu (de Trouville), Maingot, Marchak et May (de Paris), Minvielle (de Labets), Noire (de Paris), Ozier (de Castelnau-de-Médoc), Picquet (de Sens), Pigelet (de Châteauroux), Poli (d'Olmeto, Corse), Prunet (de Bourges), Sarda (d'Annonay), Senique (de Verdun), Soyer (de Châtenois), Toulze et Tizon (de Ducey).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Joly (de Tessé-la-Madeleine), Loppé (de La Rochelle).

TROUPES COLONIALES. — Un concours sera ouvert à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, le 17 novembre 1930, à 9 h., pour l'admission à deux emplois de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Le 1er décembre 1930, à 9 h., pour l'admission à des emplois de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales sans limitation de nombre.

Pour être admis à concourir les docteurs en médecine et pharmaciens devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre français ou naturalisé français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1930 aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Etre âgé de moins de trente-deux ans au 1er janvier 1930, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1898. Cette limite d'âge pourra être élevée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

5° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Interrogation sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Interrogation sur l'anatomie chirurgicale d'une région et sur une question de technique opératoire ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

2° *Pour les pharmaciens.* — 1° Interrogation sur une question de chimie appliquée à la pharmacie ;

2° Interrogation portant sur trois questions : une de physique ou de chimie, une d'histoire naturelle et une de pharmacie ;

3° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous ;

4° Vérification et titrage d'un médicament.

L'appréciation de chacune des épreuves est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Des majorations de points sont accordées pour les titres scientifiques indiqués par l'instruction interministérielle du 16 septembre 1929.

Pièces à produire. — Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec pièces à l'appui, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 1er novembre 1930.

L'énumération des pièces à fournir se trouve dans le *Journal officiel* du 19 juillet 1930, p. 8166.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Savoie est ouvert à Chambéry jusqu'au 15 septembre 1930.

Les demandes devront être adressées à la Préfecture (Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse) avant le 15 septembre 1930, dernier délai.

CONSEIL DE PERFECTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES. — M. le médecin en chef de 2e classe Candiotti est nommé membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, en remplacement de M. le médecin général de 2e classe Oudard, démissionnaire.

UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Nous rappelons que la VIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose aura lieu à Oslo, du 12 au 15 août 1930, sous le haut patronage de leurs majestés le Roi et la Reine de Norvège, et sous la présidence du professeur Frölich, président de l'Association norvégienne et futur président de l'Union internationale contre la tuberculose.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour :

I. *La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.* — Rapporteur général : professeur A. Calmette (Paris).

Co-rapporteurs : F. Neufeld (Allemagne), K. A. Jensen (Danemark), L. Sayé (Espagne), William H. Park (Etats-Unis), Edoardo Maragliano (Italie), Olaf Scheel (Norvège), Heynsius van den Berg (Pays-Bas), J. Michalowicz (Pologne), J. Cantacuzène (Roumanie), Carl Naeslund (Suède).

II. *La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteur général : professeur P. Bull (Oslo).

Co-rapporteurs : F. Sauerbruch (Allemagne), Johs. Gravesen (Danemark), Ray W. Matson (Etats Unis), F. Dumarest (France), H. Morriston-Davies (Grande-Bretagne), Oscar Orszagh (Hongrie), N. Leotta (Italie), M. Rutkowski (Pologne), Einer Key (Suède), H. Jessen (Suisse).

III. *L'enseignement de la tuberculose aux étudiants en médecine et aux médecins.* — Rapporteur général : professeur W. His (Berlin).

Co-rapporteurs : Otto Ziegler (Allemagne), G. Derscheid (Belgique), Willard B. Soper (Etats-Unis), Léon Bernard (France), sir Robert Philip (Grande-Bretagne), Eugenio Morelli (Italie), Peter F. Holst (Norvège), Witold Orlowski (Pologne), Alf Westergren (Suède), R. Eiselt (Tchécoslovaquie).

Les membres conseillers et titulaires de l'Union n'ont à payer aucun frais d'inscription et peuvent s'adresser directement au Comité d'organisation de la Conférence : Cort Adelers Gate 6, Oslo (Norvège).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union internationale et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence » devront payer une cotisation de 25 couronnes norvégiennes et devront envoyer leur demande exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris.

Le paiement de la cotisation devra être effectué par chèque tiré sur une banque d'Oslo au nom de Tuberculoseconferancen 1930, Cort Adelers Gate, 6, Oslo, ou par mandat international, de préférence en couronnes norvégiennes ou en dollars.

LE CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE aura lieu les 3 et 4 octobre prochain, à l'hôtel Chambon, maison des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris. En dehors des deux séances de communications, il y aura une exposition d'instruments de chirurgie, de moulages, de radiographies et de photographies, et des séances opératoires dans les diverses cliniques de nos collègues.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — *Préparation au concours de médecin inspecteur des écoles.* — Le concours annoncé pour le recrutement de médecins inspecteurs des écoles de la Seine étant fixé au 24 novembre, le cours de préparation aura lieu à partir du 27 octobre et durera douze jours, de 16 h. 1/2 à 18 h. 1/2, comprenant, en outre, trois visites matinales d'écoles.

Des affiches préciseront ultérieurement les conditions d'inscription au cours de préparation et au concours.

SUR UN MOYEN NOUVEAU DE CALMER CERTAINES DOULEURS DES MALADES ATTEINTS D'ARTÉRITE CHRONIQUE DU TYPE ATHÉROMATEUX

Par R. LERICHE.

(Clinique chirurgicale A, Strasbourg.)

Bien avant qu'apparaissent les grandes algies de la période prégangréneuse, les artéritiques chroniques, avec ou sans claudication intermittente, se plaignent souvent de douleurs assez pénibles qui, sans les empêcher de marcher, les gênent considérablement et les entravent dans leurs occupations.

Parfois il s'agit de douleurs dans la masse musculaire de la loge antéro-externe de la jambe, survenant dès qu'ils marchent un peu vite. Souvent, les malades souffrent dans le milieu du pied, suivant une ligne qui correspond grossièrement au creux de la voûte plantaire. Ils disent alors que quand ils marchent, ils ont la sensation que leur pied va se casser en deux, qu'il est coupé par le milieu et cette sensation s'accompagne d'une douleur intolérable. D'autres, enfin, ont une douleur brûlante le long du gros orteil.

Ce sont ces trois types que j'ai surtout rencontrés, chez des malades allant et venant, quelquefois menant une vie active, malgré des souffrances qui ne sont heureusement ni de tous les jours ni de tous les instants. Il y en a sans doute bien d'autres,

N'ayant réussi à soulager ces douleurs ni par l'insuline, ni par l'acécholine, j'ai pensé, il y a un an, devant un médecin qui souffrait beaucoup de cette brisure de la voûte plantaire dont j'ai parlé plus haut, à essayer d'un procédé qui m'a réussi souvent dans les névralgies du trijumeau, en attendant l'heure de la neurotomie, quand les circonstances obligeaient à la reculer : l'*injection de novocaïne autour de l'artère régionale*.

J'ai donc, dans ce cas, injecté 2 centimères cubes de novocaïne au contact de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole. L'effet fut instantané : immédiatement la douleur disparut complètement, la couleur de la peau se modifia, le pied se réchauffa subjectivement et objectivement. Le malade arrivé avec peine, marchant mal, au prix d'un certain effort, repartit d'un pas alerte. L'effet de l'injection dura une douzaine de jours. Depuis lors, le malade, un médecin, je le répète, vient de temps en temps se faire faire une nouvelle injection, et chaque fois jusqu'à présent nous avons noté tous deux les mêmes effets sédatifs et thermiques qui durent de quelques jours à deux mois.

J'ai plusieurs fois renouvelé, chez divers malades, ce type d'injection : suivant la localisation douloureuse, j'ai injecté de l'anesthésique local au contact de la pédieuse pour les douleurs le long du gros orteil et du bord interne du pied, au contact de l'artère tibiale antérieure au tiers supérieur de la jambe pour les douleurs de la partie musculaire externe de la jambe, soit à travers la masse musculaire, soit en longeant avec l'aiguille la crête tibiale.

Je crois qu'il y a là une précieuse ressource pour ceux qui ont à s'occuper des artéritiques.

Dans les grandes algies prégangréneuses, le moyen est d'ailleurs parfois efficace : en injectant de la novocaïne au contact de l'artère fémorale commune, tout près de l'arcade, j'ai réussi parfois à soulager, pour quelques heures, pour une nuit, des malades souffrant atrocement. C'est, en outre, un procédé permettant de préjuger des résultats de la sympathectomie périartérielle.

Tout ce que j'ai vu me donne à penser que l'injection agit sur les éléments de la sensibilité artérielle, au niveau de l'adventice : elle bloque la conduction centripète à ce niveau. Elle agit, semble-t-il, sur des éléments sympathiques, dans le même sens que la sympathectomie. Ce qui semble le prouver, c'est l'apparition presque instantanée, d'une sensation de réchauffement des parties périphériques, et d'une hyperthermie objective que j'ai mesurée une fois, et qui était alors de 2 degrés par rapport au pied opposé.

Chose curieuse : l'effet produit dure beaucoup plus que ne semble devoir le comporter le produit injecté : huit, dix jours et même quinze jours, au lieu de deux à trois heures.

J'apporte des faits. Rien ne peut nous les expliquer : ce n'est pas une raison suffisante pour les rejeter et se priver d'un procédé utile aux malades, et à la portée de tout médecin.

LA CONFUSION MENTALE ET HIPPOCRATE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

La confusion mentale, commune à l'hôpital et en clientèle, plus rare à l'asile des aliénés, est caractérisée par des troubles profonds et non conscients de la perceptivité, de la reconnaissance. Le patient a des sensations, mais il ne reconnaît pas les lieux, le temps, les personnes, les objets. Quand il parle, notamment lorsqu'il prononce spontanément quelques mots, quelques phrases, on constate que ses discours sont incohérents. Son activité générale est désordonnée. Le patient ne garde pas le souvenir de ces phénomènes psychopathiques. — La confusion mentale se complique souvent d'hallucinations sans délire (onirisme, hallucinose simple ou non délirante), ou d'hallucinations avec délire (hallucinose délirante ou délire hallucinatoire). — Syndrome épisodique, de courte durée, avec alternatives possibles d'état sensiblement normal et de rechute, elle n'existe que sous la forme aiguë ou subaiguë. Elle est fréquente dans les intoxications (par ex., l'alcoolisme), dans les infections (par ex., la fièvre typhoïde).

La confusion mentale doit être distinguée du délire (dans ce cas il y a thème vésanique et souvenir de ce thème), de l'onirisme pur (ici on ne constate pas de troubles de la reconnaissance et il y a souvenir des phénomènes oniriques), de l'asthénie (laquelle est caractérisée par la confusion dans les

idées, l'anidéation, l'amyosthénie, et non pas par la confusion dans les perceptions propre à la confusion mentale vraie), des agnosies (qui sont conscientes), de la démence (perte des souvenirs et des idées), de la psychose de Korsakoff (amnésie de fixation, fausses reconnaissances, fabulation, euphorie).

***

Hippocrate, dans cette « somme » merveilleuse que constituent ses œuvres, a laissé des aphorismes extraordinaires et quelques courtes descriptions étonnantes sur les maladies mentales et nerveuses. Il a connu l'épilepsie, l'hystérie (les crises hystériques), la mélancolie (les délires partiels, ou délires systématisés chroniques), la manie (les délires avec joie ou fureur), les périodiques (manie alternant avec mélancolie?), le délire aigu. En outre, sous le nom de : « autre maladie épaisse », il décrit notre confusion mentale. Nous ne retrouvons pas ce dernier extrait dans les auteurs classiques : toutefois nous n'avons pu les consulter tous, ici. Pourtant ce texte n'a pu, croyons-nous, échapper aux commentateurs du médecin de Côs : nous allons le reproduire. — Dans ce passage, on relève un signe presque caractéristique de la confusion mentale, c'est le signe de la non-clignation des paupières à l'approche du doigt, ou signe de l'immobilité des paupières à l'approche du doigt, que l'on devrait bien appeler, à propos de la confusion mentale, le signe d'Hippocrate. — Littré, dans sa traduction, croit devoir faire remarquer que cette « maladie épaisse » décrite par Hippocrate, est un transport au cerveau, un cas de manie aiguë, et il note : « On remarquera les circonstances où l'auteur dit qu'elle attaque : voyage en pays étranger, route déserte, vision, et la singulière conformité de ces indications avec l'accès de manie qui frappa le roi Charles VI. » Mais on sait que Charles VI était affecté de psychose périodique (asthénie-manie alterne), et que l'accès survenu au cours du voyage à travers la forêt du Mans (le 5 mai 1392) fut du delirium tremens. — Voici le texte hippocratique qui a trait au syndrome confusion mentale, plus exactement au syndrome confusion mentale avec onirisme; or ce fait est commun dans le delirium tremens alcoolique, le « delirium » dans cette affection étant tantôt de la confusion mentale, tantôt de l'onirisme, tantôt du délire, tantôt de la confusion mentale et de l'onirisme associés, tantôt de la confusion mentale et du délire associés.

Autre maladie épaisse : elle provient de la bile, quand la bile afflue au foie et se porte à la tête. Voici les accidents : le *foie se gonfle*, et, par l'effet du gonflement, se déploie contre les phrènes. Aussitôt une douleur se fait sentir à la tête, surtout aux tempes; l'ouïe n'est plus fine, souvent même le malade ne voit plus; le frissonnement et la *fièvre* surviennent. Ces accidents viennent au début de la maladie; mais ils viennent d'une manière intermittente, tantôt plus forts, tantôt moins forts. Plus la maladie se prolonge, plus la souffrance du corps s'accroît; les pupilles se fendent; il y a amblyopie. *Si vous approchez le doigt des yeux, le malade ne s'en aperçoit pas*, attendu qu'il ne voit point; vous connaîtrez qu'il n'y voit point à ce *qu'il ne cligne pas à l'approche du doigt. Il ôte les filaments de sa couverture*, s'il y voit, croyant que ce sont des poux. Quand le foie se déploie davantage contre les phrènes (diaphragme), il délire. *Il lui semble qu'apparaissent devant ses yeux des reptiles, d'autres bêtes de toutes espèces, des hoplites qui combattent;* lui-même combat au milieu d'eux; et il parle comme voyant des combats et des guerres; il se soulève. *Il menace si on ne le laisse pas aller*; se mettant debout, *il ne peut lever les jambes et il tombe.* Ses pieds sont toujours froids, et, quand il dort, il s'élance de son sommeil et s'effraye, voyant des songes effrayants. Nous connaissons que ce sont des *songes* qui le font s'élancer et s'effrayer, à ce que, revenu à lui, les songes qu'il raconte sont conformes aux actes de son corps et aux paroles de sa bouche. Tels sont les accidents. Parfois aussi il gît tout un jour et toute une nuit, ayant une respiration forte et pressée. Quand il cesse de délirer, il reprend aussitôt la raison; si on l'interroge, il répond juste et sait tout ce qui est dit. Puis, peu de temps après, le voilà derechef dans les mêmes souffrances. Cette maladie survient surtout en *voyage*, quand on parcourt une route déserte et qu'une vision frappe d'épouvante; elle attaque aussi autrement. Les choses étant ainsi, on lui administre cinq oboles d'hellébore noir, qu'on donnera dans du vin doux; ou bien on lui préparera ce lavement-ci : prenez nitre d'Egypte gros comme un osselet de mouton, pilez bien, mêlez dans le mortier une demi-cotyle de très bon miel cuit, une demi-cotyle d'huile et quatre cotyles d'eau de bettes cuites qu'on a exposée au serein; si vous voulez, au lieu de l'eau de bettes, vous mettrez du lait d'ânesse cuit; tout cela mélangé sera pris en lavement, soit qu'il y ait fièvre ou non. Pour potage, il aura la décoction d'orge très cuite, avec addition de miel. Il boira un mélange de miel, d'eau et de vinaigre, jusqu'à ce que la maladie soit jugée. Quatorze jours au plus jugent si elle est mortelle ou non. Si le malade passe ce terme, il ne succombe guère, mais chez la plupart le traitement en procure la guérison. Quand la maladie a cessé, le malade suivra un bon régime, augmentant peu à peu les aliments pourvu que le ventre les reçoive et n'en soit pas échauffé, pourvu aussi qu'ils ne produisent pas la diarrhée; car ces deux choses paraissent être dangereuses. Il se baignera tous les jours. Il se promènera un peu, après le manger. Il sera couvert d'un vêtement léger et mollet. Dans la saison, il boira du *lait* et du petit-lait pendant *quarante-cinq jours*. S'il suit ces prescriptions, il guérira promptement; la maladie est difficile et demande beaucoup de soins.

Il s'agit bien ici de confusion mentale : les troubles de la perception sont très nets, au point que, comme le fait observer très justement Hippocrate, « si vous approchez le doigt des yeux, le malade ne s'en aperçoit pas. » La confusion mentale, dans la description du maître, alterne avec l'onirisme, non pas avec le délire. Le mot « délire » est celui du traducteur. Mais pour nous, il n'y a pas délire, parce qu'il n'y a pas de thème vésanique: il y a simplement onirisme (hallucinose sans délire). Et, en effet, lorsque l'onirisme est bien caractérisé, tend à prédominer « les songes que (le malade) raconte sont conformes aux actes de son corps et aux paroles de sa bouche. » Au contraire si la confusion mentale est intense et durable, l'amnésie est totale ou presque et l'activité beaucoup plus désordonnée.

Il nous a paru intéressant de remettre ce texte sous les yeux des cliniciens. La confusion mentale, qu'on appelle quelquefois le « délire aigu », est un syndrome si commun dans les infections et les intoxications qu'il est rationnel d'en trouver les éléments dans le traité du Père de la médecine.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

Xe SESSION.

28 juin-3 juillet 1930 (1).

M. le professeur JULLIARD (de Genève) a traité de la *Sinistrose*, nom donné jadis par Brissaud à la névrose de revendication créée par la législation du travail. L'indemnisation des incapacités permanentes provoque chez les accidentés du travail l'éclosion de cette névrose revendicatrice qui prend d'autant plus d'extension que les indemnités sont plus largement accordées. L'exemple est en effet contagieux, et partout où les tribunaux se montrent trop complaisants la sinistrose augmente.

En Suisse, l'auteur a fait campagne en faveur d'un système qui n'ait pas les mêmes inconvénients. Ce système est le refus de toute indemnité, accepté par le tribunal fédéral des Assurances.

La sinistrose guérit aussi bien si l'on écarte les prétentions de l'intéressé que si on y fait droit. Faire disparaître l'objet d'un désir, c'est faire cesser ce désir. Pour mettre un terme à des revendications injustifiées, le meilleur moyen est de montrer à l'accidenté que ses efforts sont inutiles.

Le diagnostic doit être soigneusement établi, au besoin avec le concours d'un spécialiste. Il permettra de distinguer la sinistrose de la névrose traumatique, dont l'existence ne saurait être niée.

Le professeur HEGER-GILBERT (de Bruxelles) a parlé de l'*Avortement*. Il a rappelé les indications médicales concernant l'interruption thérapeutique de la grossesse, et montré qu'elles sont relatives et discutées. La propagande interventionniste et anticonceptionnelle est socialement dangereuse. Son activité augmente de jour en jour. Il importe qu'elle ne fausse pas les idées médicales en influençant le médecin incité à pratiquer de bonne foi des interventions défendues par la loi.

Les théories ainsi répandues conduisent à la stérilité leurs malheureuses victimes, et ont pour conséquence ultérieure la stérilisation et la déchéance de la race.

*
* *

Parmi les autres démonstrations qui se sont succédé au cours des Journées médicales, je citerai la conférence d'Alexis CARREL (de New-York) sur la *Cytologie nouvelle*; le conférencier a exposé ses conceptions et ses réalisations sur la vie et la prolifération tissulaire et cellulaire dans des milieux déterminés.

M. le professeur SNAPPER (d'Amsterdam) a traité des *Parathyroïdes et maladies des os* (avec projections).

De M. FUNCK (de Varsovie), une nouvelle conception de l'*Anémie*.

De M. le professeur MEYER (de Bruxelles) : *Observations physio-pathologiques sur la circulation périphérique* (projections).

De M. le professeur SOURDILLE (de Nantes) : *Traitement du décollement de la rétine*.

De M. le professeur MARTINEY VARGAS (de Barcelone) : *Etranglement de la hernie inguinale chez les enfants en bas-âge. Ses relations avec les cris, la tuberculose et l'appendicectomie prophylactique*.

De M. le professeur BOUIN (de Strasbourg) : *Conditions d'action des hormones sur les éléments réactionnels transplantés*.

De M. le professeur IZQUIERDO (de Mexico) : *Effets vasopresseurs et vaso-dépresseurs produits par la stimulation du nerf splanchnique*.

De M. le professeur ARTHUS (de Lausanne) : *Pour mieux connaître les anatoxines*, par l'étude des anavenins des serpents.

De M. le professeur DE MIRANDA (de Mexico) : *Les longilines neurotoniques*.

De M. le professeur DEBOUCQ (de Gand) : *Notre lobe frontal*.

De M. D'ERNEST (de Genève) : *L'organisation professionnelle des médecins suisses*.

De M. le docteur COX (de la British medical Association) : *L'assurance sociale en Angleterre au point de vue médical*.

De M. LAUBRY : *Les myocardies*.

De M. Ch. NICOLLE (de Tunis) : *Quelques points nouveaux dans la connaissance des fièvres récurrentes*.

De M. le professeur ALESSANDRI (de Rome) : *Technique des résections gastriques pour cancer et pour ulcère*.

Du professeur NUTTALL (de Cambridge) : *Le rôle pathogène des tiques*.

Du professeur LEMAIRE (de Louvain) : *Les réflexes vasomoteurs en clinique*.

La Société belge de médecine préventive et eugénique a tenu une séance au cours de laquelle M. le professeur Léon BERNARD (de Paris) a parlé de *Tuberculose et mariage*.

L'Union des médecins de réserve de l'armée belge a tenu son assemblée générale.

La Société belge de gastro-entérologie a tenu une séance spéciale consacrée à la *Tuberculose du tube digestif*.

La Ligue belge contre le rhumatisme a tenu sa séance annuelle sous la présidence de M. le professeur R. Verhoogen.

J'ajoute que les matinées du lundi et du mardi (30 juin et 1er juillet) ont été remplies par des démonstrations diverses et nombreuses dans les hôpitaux, instituts, fondations, et qu'elles ont été suivies avec assiduité par de nombreux congressistes.

Le banquet. — Le banquet groupait environ 500 convives dans les magnifiques salons des grands magasins du Bon Marché, sous la présidence de M. Baels, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène.

Ministres, ambassadeurs, diplomates, représentants des administrations provinciale et communale, universitaires, officiers étaient harmonieusement mêlés avec les congressistes, dont l'élément féminin avait apporté la grâce de son sourire et le charme de ses toilettes.

Après que le ministre eut porté la santé de S. M. le roi et offert l'hommage du gouvernement aux Journées médicales et à leurs organisateurs, le professeur Bordet se fit acclamer par un nouveau discours plein de finesse dans lequel il s'attacha à démontrer combien l'unité de la Patrie doit être maintenue et respectée. Il le fit dans une langue châtiée qui, en elle-même, se montra comme le plus éloquent des plaidoyers *pro domo*.

Le professeur Loeper, parlant au nom de la Presse latine, dont il préside l'Association, en même temps que l'Association de la Presse médicale française, félicita le docteur Beckers d'avoir réussi à faire de ces réunions annuelles une véritable Académie internationale. Il remercia les Belges de leur accueil toujours si cordial : drapeaux au vent, palais illuminés, mains cordialement tendues laisseront un souvenir ineffaçable dans les cœurs.

Il dit encore que le centenaire de l'indépendance belge est aussi celui de l'organisation de la profession médicale, de la probité médicale, substituée au charlatanisme, du développement scientifique, du libéralisme qui illumine toute l'activité humaine et du travail que personnifient les admirables œuvres de C. Meunier.

---

(1) *Association de la Presse médicale française*. — Fin (voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 54, p. 974, et n° 61, p. 1106).

Il sera bientôt celui du journalisme médical belge comme il est déjà celui du journalisme politique.

C'est enfin le centenaire de l'amitié franco-belge. Deux nations se sont toujours retrouvées, dans la joie, et surtout dans le malheur. Et si la France a achevé d'établir l'indépendance de la Belgique, la Belgique a permis à la France de rester elle-même. C'est une réciprocité de reconnaissance.

La journée de Liége. — Un train spécial conduisit les congressistes le mercredi à Liége, dont l'Exposition universelle était présentement le principal attrait.

A l'arrivée, tandis que les dames, reçues par un Comité de dames liégeoises, visitaient le secteur Nord de cette exposition, les médecins se réunissaient dans le grand hall central du Palais des provinces belges pour entendre quelques conférences. Le professeur Malvoz, doyen de la Faculté de médecine de Liége, souhaita la bienvenue à ses auditeurs et exposa quels progrès avaient été réalisés dans l'enseignement médical depuis la fondation de la Faculté, en 1817. Son activité scientifique laisse une forte impression de réconfort. Sans vouloir aborder les questions délicates de la médecine sociale, il mit en évidence les dangers de l'encombrement médical.

Nous entendîmes ensuite une conférence du professeur de Beco sur l'*état septicémique*; du docteur Weeckers sur le *liquide oculaire*; du professeur Breyre sur la *ponction en oto-rhino-laryngologie*; du docteur Belcourt-Bernard sur le *métabolisme de base*.

Mais il était midi. Quelques minutes plus tard, deux bateaux emportaient sur la Meuse les invités vers l'Exposition du secteur Sud où était servi, dans la salle des fêtes, un somptueux déjeuner de 538 couverts. Pendant le repas, dont la chère fut exquise et choisie, un excellent orchestre se fit entendre.

Au dessert, M. Neujean, bourgmestre de Liége, célébra en termes heureux la joie de se trouver ainsi ensemble. M. Dehals, remplaçant le recteur empêché, parla au nom de l'Université. S. E. le docteur Castillo Najera, ministre du Mexique, parla au nom des délégués étrangers.

La visite de l'Exposition terminée, on revint, toujours par voie d'eau, au secteur Nord, où la soirée s'acheva à contempler les illuminations des jardins et des palais, en attendant l'heure du retour.

Il convient de louer tout spécialement la façon remarquable dont le voyage à Liége fut organisé.

Un geste pieux. — Le mardi matin, une délégation française, conduite par le professeur Achard, se rendait sur la tombe du Soldat inconnu belge, au pied de la colonne du Congrès, et y déposait une gerbe de fleurs.

Après une minute de silencieux recueillement, M. Achard, en quelques mots émus, salua le héros anonyme qui repose sous cette pierre et symbolise la sublimité du sacrifice unanime des fils d'une nation acharnée à ne pas mourir...

L'exposition. — A l'accoutumée, René Lépine avait organisé, avec son habituelle bonne grâce et son talent éprouvé, l'Exposition internationale annexée aux Journées médicales. Nous y saluâmes sympathiquement les principales firmes françaises : Gabail, Adrian, Bailly, Bott, Boucart, Brisson, Byla, Cantin, Carteret, Choay, Clin, Deschiens, Descouraux, Fournier, Fumouze, Galbrun, Genevrier, Roussel, Heudebert, Huerre, Debat, Jammes, Jammet, Coutelier, Lancosme, Lematte et Boinot-Logeais, Mouneyrat, Plantie, Robert et Carrière, Vigier, etc., et les grandes compagnies thermales : Vichy, Royat, Bagnoles, Contrexéville, Evian-Cachat, Vittel, Fédération thermale d'Auvergne...

G. DUCHESNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1930)

Eloge d'Ollier. — M. CUNÉO relit le discours qu'il a prononcé à Lyon, à l'occasion de la fête en l'honneur d'Ollier. Il expose toute la valeur scientifique de l'œuvre d'Ollier, en particulier, dans l'étude du rôle du périoste dans l'ostéogénèse et dans toutes les questions de chirurgie osseuse.

Pancréatite chronique. — M. ALGLAVE a fait une laparotomie exploratrice chez une femme présentant une tumeur abdominale gauche, des douleurs abdominales, de l'amaigrissement. On découvre une pancréatite subaiguë. Après l'intervention, amélioration et guérison apparente, récidive au bout de dix-huit mois. Nouvelle intervention favorable. On n'a pas pu mettre la syphilis en évidence. La malade a été perdue de vue.

Bactériophagie. — M. D'HÉRELLE expose les principes de la bactériophagie : certains principes, au moment de la convalescence des maladies, peuvent être isolés de l'intestin ou du sang; ils ont la propriété de dissoudre les bactéries pathogènes. Les cultures lysées par ce principe bactériophagique reproduisent la même dissolution. Le bactériophage se trouve sous forme corpusculaire, ferment pour les uns, parasite des bactéries pour d'Hérelle. L'ingestion per os de bactériophage son injection visent à reproduire le processus normal de guérison. Les résultats dans le choléra, la peste et nombre d'autres maladies sont extrêmement impressionnants. Il ne faut pas mélanger les traitements par bactériophagie, par vaccins, par antivirus. Le bactériophage est très sensible aux antiseptiques. Il y a intérêt à employer les autobactériophages, mais actuellement on peut employer les stockbactériophages car on a obtenu des souches de bactériophages polyvalents.

Torsion d'une frange graisseuse de l'appendice. — M. MOCQUOT rapporte cette observation de M. Tierny (d'Arras) : une femme opérée pour appendicite présentait, en réalité, une frange graisseuse implantée sur le méso-appendice, tordue cinq fois sur elle-même. Appendicectomie. Guérison. M. Mocquot insiste sur l'existence possible de fièvre dans les torsions.

Anévrisme artério-veineux du sinus caverneux. — M. MIGINIAC, en son nom et en celui de M. SAINT-MARTIN, rapporte un cas de guérison d'anévrisme artério-veineux du sinus caverneux par ligature de la carotide primitive, mais la malade a perdu l'œil correspondant.

Pancréatite aiguë à coli-bacilles. — M. Bernard DESPLAS, en son nom et en celui de M. P. LUBIN, rapporte le cas d'une femme chez laquelle on avait pensé à une appendicite. Il s'agissait d'une pancréatite aiguë à coli-bacilles compliquée secondairement de fistule pancréatique et de compression des voies biliaires. Une cholécystostomie permit la guérison; avec fistule persistant encore.

Anesthésie au tribromoéthanol. — MM. GOSSET et THALHEIMER ont obtenu d'excellents résultats du lavement avec ce produit dans 32 cas. Aucun accident, ni incident. Parfois on a dû compléter l'anesthésie par une anesthésie très légère par voies aériennes.

M. OKINCZYC demande si on obtient ainsi un bon silence abdominal.

M. GOSSET estime que le silence abdominal obtenu est très satisfaisant.

Présentation de malades :

Abcès du cerveau guéri. — M. SAUVÉ présente un excellent résultat d'abcès tardif du cerveau post-traumatique, opéré sous anesthésie locale. On a pu enlever une esquille, cause de troubles.

Présentation d'instruments : M. CADENAT présente une aiguille présentant un système de rappel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1930)

Symbiose du virus de la rage avec les cultures cellulaires. — M. STOEL. Le virus rabique des rues se développe *in vitro* dans des cultures cellulaires contenant des cellules vivantes et en voie de multiplication, du tissu cérébral embryonnaire de poule et de plasma de lapin. Dans ces conditions, l'auteur a pu réaliser cinq passages consécutifs. La pullulation du virus de la rage exige la vitalité et la multiplication des éléments cellulaires. Le plasma de poule paraît exercer une action empêchante.

Action du camphre et de certains de ses dérivés sur l'intestin isolé. — M. H. BUSQUET. L'intestin isolé du lapin, battant d'une manière rythmique dans du liquide de tyrode, s'arrête si on remplace le liquide nutritif ordinaire par ce même liquide additionné de camphre naturel à 0g50 p. 1.000. Au contraire, les dérivés hydrosolubles du camphre augmentent considérablement l'amplitude des mouvements rythmiques de l'intestin isolé.

L'action modératrice du camphre naturel justifie sa présence dans la teinture d'opium camphrée utilisée lorsque la motricité intestinale est exagérée.

Le camphre et ses dérivés hydrosolubles, qui agissent d'une manière identique sur le système nerveux et sur le cœur, agissent donc d'une manière différente sur l'intestin et le clinicien devra, suivant les cas à traiter, faire un choix judicieux entre le camphre qui modère et les dérivés hydrosolubles qui augmentent l'activité rythmique de l'intestin.

Maladie de Schilder-Foix (sclérose cérébrale centrolobaire) spontanée chez le singe. — MM. C. LEVADITI, P. LÉPINE et R. SCHOEN ont observé chez un *Macacus rhesus*, en captivité à l'Institut Pasteur, un cas spontané de maladie de Schilder-Foix caractérisé cliniquement par une cécité à évolution progressive et totale, et histologiquement par une atteinte massive de la substance blanche centrale qui présente des taches confluentes de démyélinisation totale, avec intégrité corticale et symétrie des lésions, tous caractères absolument superposables à ceux de la maladie humaine. Cette constatation est importante du point de vue de la réceptivité des espèces simiennes aux affections du groupe de la sclérose disséminée. Etant donné le caractère spontané de l'affection observée, des réserves s'imposent quant à l'interprétation des résultats expérimentaux recueillis chez les simiens.

La calcémie dans la maladie de Basedow et le syndrome sympathique basedowiforme. — MM. M. LABBÉ, Fl. NEPVEUX et Eug. SOLOMON présentent vingt dosages de Ca total dans le sérum sanguin obtenus par la méthode de Hirth chez des basedowiens et chez des sujets présentant le syndrome sympathique basedowiforme. Ils rappellent la variabilité des résultats publiés par les auteurs qui se sont occupés de la question, et ils insistent sur la nécessité d'employer une bonne technique. Ils concluent que dans l'hyperthyroïdisme comme dans le syndrome sympathique basedowiforme la calcémie n'est pas modifiée; leurs résultats confirment ceux de Castex et Schteingart.

Sur la réaction à la résorcine de Vernes appliquée au sérum de cheval. — M. A.-R. ARENA. Lorsqu'on cherche à étudier expérimentalement la réaction de Vernes à la résorcine avec le sérum de cheval il faut, au préalable, déterminer le pouvoir floculant normal du sérum de plusieurs animaux et ne retenir que ceux dont le sérum présente des variations comprises entre 15 et 25.

L'inoculation intraveineuse de 5 milligrammes de B. C. G. au cheval fait monter le pouvoir floculant de son sérum de 18/24 à 50. Le taux des anticorps fixateurs passe de 0 à 500, puis à 200 unités; mais l'apparition de ces anticorps précède de dix jours l'augmentation du pouvoir floculant qui caractérise l'imprégnation bacillaire.

Contrairement à ce que l'on observe chez les animaux de laboratoire, le cheval réagit aux inoculations de B. C. G. par une augmentation nette du pouvoir floculant de son sérum, décelable par la réaction de Vernes à la résorcine.

Essais comparés de floculation en présence de toxine diphtérique des sérums de sujets de l'espèce humaine et de diverses espèces animales immunisés par l'anatoxine. — MM. G. RAMON, R. DEBRÉ, M. et G. MOZER. Si l'on compare entre elles les qualités floculantes respectives des sérums de sujets humains et de chevaux immunisés par l'anatoxine diphtérique, on constate que ces qualités sont sensiblement de même ordre d'une espèce à l'autre : taux de floculation, c'est-à-dire pouvoir antitoxique, de valeur sensiblement équivalente, vitesses de floculation très voisines. Il n'en est pas de même pour le sérum d'autres espèces : le cobaye par exemple. Les sérums provenant de cobayes immunisés ont un taux de floculation en général faible malgré l'injection de doses considérables d'anatoxine; de plus, la floculation initiale apparaît beaucoup plus lentement qu'avec les sérums humains ou équins.

On peut trouver une explication de ces différences dans la façon dont se comportent ces diverses espèces dans l'acquisition de l'immunité. Le cobaye ne présente pas, en général, d'immunité naturelle, il acquiert assez péniblement l'immunité artificielle. L'homme, le cheval ne sont presque jamais complètement neufs; en même temps qu'ils acquièrent une immunité naturelle d'origine occulte, leurs humeurs acquièrent une aptitude spéciale à réagir avec l'antigène injecté lors de la vaccination. L'antitoxine « hérite » en quelque sorte de cette aptitude, d'où « l'affinité » qu'elle présente pour l'antigène, *in vitro* et *in vivo*, et qui se manifeste envers celui-ci par une vitesse de floculation plus ou moins grande et par une action de neutralisation plus ou moins forte.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1930)

L'hystérie et les états hystéroïdes organiques. — M. A. RADOVICI (de Bucarest). — Les études des manifestations post-encéphalitiques ont conduit Marinesco et Radovici à décrire pour la première fois en 1924 les crises oculogyres. Les aspects bizarres que prennent parfois ces malades, de même que leur état mental hystéroïde, ont été, pour les auteurs, le point de départ d'une hypothèse d'après laquelle le déterminisme physiologique des troubles hystériques, en général, pourrait être cherché dans une dissociation qui se ferait entre l'écorce cérébrale et les formations grises de la base. Les manifestations hystériques seraient dues à une dissociation passagère, de cause humorale, probablement due à une toxine endo- ou exogène, tandis que les lésions inflammatoires (encéphalitiques) ou organiques, en général, situées au même niveau du mésocéphale, donnent parfois des manifestations hystéroïdes durables, ou qui surviennent par crises. L'auteur, dès maintenant, croit pouvoir assurer que les états hystéroïdes organiques sont pour l'hystérie ce que

l'épilepsie organique (jacksonienne) est pour l'épilepsie idiopathique.

MM. J. FROMENT, Cl. VINCENT, G, ROUSSY, BABINSKI, SOUQUES critiquent l'hypothèse formulée par M. Radovici. Ils n'admettent pas, en particulier, l'assimilation que fait M. Radovici, à des troubles hystéroïdes, de phénomènes pathologiques dont la nature organique est évidente, tels que la rigidité décérébrée, la choréo-athétose, les spasmes post-encéphalitiques, le torticolis spasmodique.

M. RADOVICI rend hommage aux services qu'ont rendus à la neurologie les notions apportées par M. Babinski au sujet des phénomènes hystériques, mais il ne croit pas qu'elles suffisent pour en rendre compte.

La suite de la discussion est remise à une séance ultérieure.

Les fortes hypertensions céphalo-rachidiennes d'origine veineuse. Leur latence. La discordance manométrique et clinique. — M. POROT (d'Alger) présente trois observations qui confirment la dépendance étroite de la pression du liquide céphalo-rachidien à l'égard de la pression veineuse profonde.

Dans deux cas de compression de la veine cave supérieure d'origine médiastinale, dans un cas de grosse insuffisance ventriculaire droite, la pression céphalo-rachidienne atteignait les chiffres énormes de 68, 67, 43, avec pression veineuse profonde respective de 51, 35, 28, et un quotient d'Ayala toujours très élevé. Les deux pressions augmentaient parallèlement à mesure que le blocage médiastinal augmentait : la saignée jugulaire faisait baisser la pression rachidienne.

Le fait le plus frappant est l'absence, malgré le caractère soutenu et permanent de cette hypertension cranienne, de tout symptôme nerveux objectif ou subjectif, l'intégrité absolue du fond d'œil.

Ce fait tendrait à prouver que, dans le déterminisme pathogénique des symptômes dits d'hypertension cranienne, le facteur physique de la suppression ne joue pas le rôle déterminant.

Maladie de Heine-Medin et système nerveux végétatif. — MM. G. MOURIQUAND, J. DECHAUME. P. SÉDALLIAN et G. MORIN (de Lyon) ont mis en évidence des altérations du système neuro-végétatif en examinant les viscères de petits malades ou de singes atteints de maladie de Heine-Medin.

Les lésions du système nerveux végétatif, rencontrées dans les ganglions viscéraux, au niveau des différents plexus, ainsi que dans la médullo-surrénale, permettent de comprendre certains symptômes constatés au cours de la maladie de Heine-Medin, notamment les troubles viscéraux.

Les altérations des plexus nerveux intestinaux posent du point de vus histo-pathologique, le problème de la porte d'entrée digestive de la maladie de Heine-Medin.

Les constatations histo-pathologiques semblent montrer que la propagation du virus se fait le long des trajets nerveux. Elles constituent des arguments cytologiques qui permettent de penser que la poliomyélite est aussi une septinévrite à ultravirus neurotrope, intéressant le système nerveux cérébro-spinal et végétatif. Mais de même que, dans la moelle ce sont les amas cellulaires de la substance grise qui sont intéressés presque exclusivement, dans le système nerveux végétatif, ce sont avant tout les groupements des corps cellulaires qui sont altérés et détruits par le virus neurotrope de la maladie de Heine-Medin.

M. BABONNEIX fait remarquer que ces faits expliquent la fréquence et l'importance des manifestations viscérales au début de la maladie infantile.

Les phénomènes d'épuisement musculaire chez les parkinsoniens. Leur amélioration par l'insuline. — M. L. FROMENT (de Lyon) montre que, chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, certains états de somnolence et d'onirisme, qu'on serait tenté d'attribuer à des poussées nouvelles d'encéphalite, peuvent disparaître sous l'influence du traitement insulinien, et ne sont peut-être dus qu'à un surmenage musculaire.

Deux cas d'emphysème cérébral post-traumatique. Guérison par interventions chirurgicales minimes. — M. BRUNSCHWEILER (de Lausanne) présente les observations et les radiographies de deux blessés, qui, à la suite de fractures du crâne, ont présenté les signes radiologiques évidents d'une injection d'air dans les ventricules cérébraux et le long des vaisseaux dans les espaces sous-arachnoïdiens. Dans le premier cas, l'injection s'était faite par un sinus frontal, dans le second par l'oreille moyenne. Après une phase initiale assez impressionnante les symptômes s'améliorèrent spontanément en quelques jours chez l'un des malades. Chez l'autre, il n'y eut même pas de signes de compression cérébrale. Il est inutile de pratiquer ni ponction ventriculaire, ni trépanation. Dans les deux cas, une intervention minime, portant sur le sinus (perforation) ou sur l'oreille moyenne (simple paracentèse du tympan), a suffi pour faire disparaître les signes d'emphysème cérébral.

Considérations sur un cas d'adénome hypophysaire opéré et guéri. — MM. DE MARTEL, MONBRUN et GUILLAUME présentent une malade âgée de soixante-deux ans, chez laquelle se sont installés en plusieurs années des signes ophtalmologiques et radiologiques nets de tumeur hypophysaire. Il existait, en effet, une atrophie optique primitive bilatérale, avec papilles pâles, à contours nets, un rétrécissement bitemporal du champ visuel, modéré à droite, atteignant à gauche la ligne médiane; en outre, de ce côté, existait une atteinte du faisceau maculaire. L'acuité visuelle était de 4/10 à droite, de 1/20 à gauche. Il n'y avait aucun autre signe somatique ou neurologique; mais la selle turcique était déformée, ballonnée, et effondrait le sinus sphénoïdal.

L'intervention, faite par la voie transfrontale de Cushing, permit de découvrir et d'enlever une grosse partie d'un adénome hypophysaire éosinophile.

Pendant les manœuvres opératoires de reclinement du lobe frontal droit, s'installèrent des troubles mentaux, du « type frontal », qui, en huit heures, regressèrent complètement. L'étude de ce syndrome réalisé expérimentalement est fort intéressante. Les suites opératoires furent simples, et actuellement, soit trois semaines après l'intervention, les papilles ont un aspect absolument normal, l'acuité visuelle est de 1/10 à gauche et de 6/10 à droite, et le champ visuel s'est agrandi notablement.

Poliomyélite subaiguë à foyers disséminés avec atteinte bulbaire. — MM. André THOMAS et H. SCHAEFFER. Un jeune homme de vingt ans est pris successivement de douleurs dans la cuisse droite, de troubles de la déglutition et de la phonation quelques jours après, et de parésie du membre inférieur gauche précédée de douleurs.

L'intérêt de cette observation consiste dans l'atteinte focale successive de régions disséminées du névraxe à des intervalles de cinq à dix jours, qui se traduisent actuellement par une amyotrophie discrète du quadriceps droit une amyotrophie massive des muscles du groupe radiculaire supérieur du plexus brachial gauche, et des troubles de la déglutition et de la phonation avec parésie des cordes vocales et mouvement du rideau du constricteur supérieur du pharynx. L'atteinte du mésocéphale, dans les poliomyélites sporadiques est exceptionnelle.

Tumeur comprimant le chiasma, consécutive à une tumeur de la rétine chez un enfant de cinq ans. — MM. Cl. VINCENT, BAILLIART et SCHIFF-WERTHEIMER présentent un enfant de cinq ans, qui a subi l'énucléation de l'œil droit à trois ans et chez lequel apparaît une baisse de la vision de l'œil gauche, avec hémianopsie temporale, puis cécité. Le

trou optique droit est dilaté. La selle turcique présente l'aspect en oméga.

On pose le diagnostic de tumeur secondaire comprimant le chiasma. A l'opération, on évide la tumeur. On observe ensuite le retour de la vision à gauche dans le champ nasal. Une récidive se produit dans l'orbite droit. La radiothérapie amène la fonte de la tumeur.

Histologiquement, il s'agit d'une tumeur secondaire qui a l'aspect d'un médulloblastome.

Sur 13 opérations pratiquées depuis un an sur la région chiasmatique, M. Cl. Vincent compte 3 morts et 10 guérisons.

Note préliminaire sur le curettage d'une tumeur de la région épiphysaire. — MM. Cl. Vincent, M. David, P. Puech et F. Thiébaut présentent un jeune homme de seize ans qui souffrait de céphalée avec stase papillaire. Les organes génitaux étaient très développés, avec un aspect infantile. Surdité intermittente. Immobilité papillaire avec chute d'une paupière. Crises d'opisthotonos de la tête et du tronc dans la position assise. Au cours de l'opération, on dut pratiquer la section du corps calleux. Il y avait une énorme hydropisie de la fente de Bichat. On curetta une masse dure qui était située derrière les plexus choroïdes et qui fermait le troisième ventricule. Immédiatement après l'opération, le malade examiné ne présente pas d'aphasie, ni d'alexie, ni d'apraxie. Dix jours après, le malade est apyrétique, très lucide, mais il présente quelques troubles mentaux.

M. de Martel a également eu l'occasion de pratiquer une section du corps calleux, dans un cas de tumeur des corpuscules mamillaires. Cette opération n'a déterminé aucun symptôme spécial.

Sur la présence de cellules sensitives dans les racines antérieures de la moelle épinière. — M. Piolti (de Turin).

Sur un cas de syndrome neuro-anémique. — M. Catola (de Florence).

Lésion persistante des IIIe, IVe, Ve et VIe racines sacrées, consécutive à une rachianesthésie. — M. Boisseau (de Nice).

Hémisyndrome cérébelleux d'origine traumatique. — M. Folly (de Nancy).

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

(2 avril 1930)

Manifestations rhumatismales et calcémie. — M. Mathieu-Pierre Weil insiste sur la fixité du taux du calcium sanguin qui, avec la méthode de Ch.-O. Guillaumin, se tient constamment, chez l'individu normal, entre 95 et 105 milligrammes pour 1.000 grammes. On ne devra considérer comme pathologiques que des taux de calcium sérique inférieurs à 90 ou supérieurs à 110 milligrammes. La calcémie compte parmi les constituants les plus rigoureusement fixes du sang circulant.

Dans les arthrites d'origine traumatique ou infectieuse on ne trouve jamais de perturbation de la calcémie. Il en est de même chez les goutteux chez lesquels l'auteur n'a pu retrouver le taux du calcium sanguin signalé par certains auteurs. Par contre, dans le rhumatisme ovarien, et tout particulièrement celui de la ménopause, l'hypocalcémie s'observe dans 27 p. 100 des cas pouvant s'abaisser à 85, 75, voire 65 milligrammes pour 1.000 grammes. La coexistence chez une malade suspecte de rhumatisme ovarien d'hypocalcémie, d'hypophosphatémie et de diminution du métabolisme de base constitue un élément intéressant de diagnostic.

M. Mathieu-Pierre Weil estime que, contrairement à une opinion trop généralement adoptée, le sang n'est pas le reflet des perturbations dont les autres tissus sont le siège; c'est une erreur de vouloir y chercher l'expression des perturbations chimiques qui peuvent se trouver exclusivement localisées dans l'intimité des tissus. De même, c'est une erreur de croire, pense-t-il, qu'un enrichissement anormal du sang doit précéder les précipitations tissulaires : l'étude du sang dans la goutte, le rhumatisme, les précipitations calcaires sous-cutanées est concluante à ce point de vue.

La mesure de la calcémie ne peut préjuger en rien ni de phénomènes de décalcification, ni de phénomènes d'hypercalcification.

Rhumatisme et syphilis. — M. Em. Gaujoux (de Marseille) constate que la fréquence de la syphilis rencontrée chez les rhumatisants nous incite à analyser dans ses moindres détails la « valeur arthropathique » de cette spirochétose.

Après avoir rappelé le polymorphisme de la syphilis articulaire, l'auteur limite son étude aux « algies et manifestations rhumatoïdes » que l'on peut observer au cours de la syphilis acquise ou héréditaire.

L'analyse des documents actuels sur les arthralgies syphilitiques vraies, les arthralgies syphilotoxiques et les arthralgies de réaction ou synovo-récidives, conduit l'auteur à établir la précarité de leurs caractères cliniques spécifiques; ce manque de fixité symptomatique ou même évolutive se précise et se confirme par l'étude des formes les plus habituelles du rhumatisme aigu ou subaigu syphilitique. Dans un bon nombre de faits observés, le doute clinique se trouve aggravé par les incertitudes sérologiques; le « certificat d'origine » dépend en fait des résultats du traitement d'épreuve.

Une conclusion pratique s'impose : Penser toujours à la syphilis en présence de toute arthralgie, de tout rhumatisme même fébrile, quelles que soient les articulations menacées, quels que soient les arguments qui paraissent devoir plaider en faveur d'une autre origine. « Le moindae soupçon clinique ou sérologique doit profiter au rhumatisant » et justifier une cure d'essai.

Myocardite aiguë. — M. le professeur G. Etienne (de Nancy) rapporte un groupe de cas dans lesquels une myocardite aiguë ou subaiguë occupe exclusivement le cadre clinique, en dehors de toute autre manifestation rhumatismale actuelle, voire actuelle ou passée; ou bien l'occupe essentiellement en face de manifestations articulaires ou très atténuées ou très larvées; ou en face de manifestations polyséreuses ou viscérales signant une infection rhumatismale diffuse.

Tout l'enchaînement des faits est donc réalisé à partir de cette myocardite aiguë jusqu'à la maladie de Bouillaud dans toute sa complexité actuelle.

Cette myocardite aiguë diffuse n'a pas fait la preuve de sa nature histologique, tous les malades ayant guéri par le traitement spécifique salicylé ou hydrominéral de Bourbon-Lancy, même dans un cas après passage au type prolongé de rhumatisme cardiaque évolutif, et malgré l'extrême gravité des accidents. Cette action spécifique du traitement spécifique constitue un véritable criterium de la nature rhumatismale.

LIVRES NOUVEAUX

Études de gynécologie clinique et opératoire, publiées par J.-A. Doléris, P. Petit-Dutaillis, H. Roulland (1). Fascicule III. Première partie : *Association de l'examen*

(1) In-8 jésus, 150 pages avec 82 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole de Médecine.

clinique à l'examen radiologique pour les diagnostics pelviens chez la femme. Résultats thérapeutiques de l'injection intratubaire de lipiodol, par Paul PETIT-DUTAILLIS, chirurgien de l'hôpital privé Saint-Michel, avec la collaboration d'André SOREL, chef du service radiologique au même hôpital. Deuxième partie : *L'insufflation tubaire; sa technique, ses indications*, par H. ROULLAND.

La première partie est la mise au point, complète, d'une question encore à l'étude et très controversée.

Au double point de vue diagnostique et thérapeutique, l'injection utéro-tubaire de lipiodol ne doit pas être employée à tout bout de champ, — elle a ses indications, mais aussi ses contre-indications; — elle doit se compléter à l'occasion, par d'autres procédés d'opacification portant sur les viscères voisins de l'utérus et des trompes; — si elle permet d'obtenir des renseignements que ne peuvent donner les procédés cliniques, ceux-ci, souvent, sont nécessaires à l'interprétation de ses résultats ou peuvent s'en passer; — l'emploi d'un manomètre ne suffit pas à donner toute sécurité à son emploi.

Les parties les plus originales de ce travail sont celles qui traitent : de la technique de l'injection de lipiodol, — de ses dangers, des notions nécessaires à connaître et à observer pour les éviter; — de la dynamique utéro-tubaire et de ses troubles, révélés par l'injection, enfin, celle qui traite de la combinaison de l'injection utéro-tubaire de lipiodol.

La deuxième partie : L'insufflation tubaire, sa technique, ses indications par H. Roulland est un plaidoyer pour le maintien de la méthode de Rubin, dans la technique gynécologique, pour le diagnostic de la perméabilité des trompes et leur désobstruction.

L. G.

Les grandes endémies tropicales. Etude de pathogénie et de prophylaxie. Conférences faites au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine (1), par MM. les médecins du Corps de santé coloniale Noël BERNARD, F. CAZANOVE, A. GAUDUCHEAU, E. JAMOT, M. JAUNEAU, M. LÉGER, L.-R. MONTEL, M. PELTIER. Préface de M. le professeur TANON.

Il résulte de l'importance qu'ont prise les questions coloniales dans la vie des nations européennes qu'un enseignement d'hygiène destiné aux médecins ne saurait être complet s'il ne comportait quelques notions sur la prophylaxie des maladies tropicales. Le professeur Tanon a fait appel aux médecins coloniaux pour compléter le cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris en apportant le résultat de leur expérience sur les grandes endémies des pays chauds. Ces leçons complémentaires permettront chaque année à ceux d'entre eux qui se seront plus spécialement attachés à l'étude d'une question de faire connaître leurs recherches.

Le présent ouvrage est le premier d'une série qui sera régulièrement poursuivie. Il contient huit conférences qui traitent des sujets suivants : Hygiène générale de l'Européen aux colonies; Défense sanitaire maritime dans les colonies françaises; Sur l'étiologie et la prophylaxie du béribéri; Le diagnostic prophylactique et la prophylaxie de la fièvre jaune; Hygiène, prophylaxie et traitement du pian; La lèpre et sa prophylaxie; la prophylaxie de la maladie du sommeil; Prophylaxie des maladies vénériennes aux colonies.

Ce sont des exposés clairs et précis d'hygiène des pays chauds ou de recherches pathogéniques qui conduisent naturellement à des conclusions prophylactiques et qui peuvent

(1) In-8 raisin de 114 pages. Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

être utiles aux travaux de documentation. Ils expriment, en outre, les notions acquises dans la lutte sur le terrain, au milieu des difficultés d'exécution inhérentes aux habitudes ancestrales, à l'incompréhension des races relativement primitives que la civilisation européenne s'efforce de pénétrer.

Cet ouvrage s'adresse non seulement aux médecins qui exercent dans les pays d'outre mer, aux administrateurs civils et militaires, mais encore à tous ceux qui s'intéressent aux questions générales de pathogénie et de prophylaxie.

L. G.

Le chat, son utilité (1), par le docteur et Mme Loir.

Dans un livre d'une lecture attachante, M. et Mme Loir montrent l'importance de la lutte contre le rat ennemi de l'homme; ils étudient les moyens de destruction qui sont à notre disposition et mettent en évidence le meilleur moyen : l'utilisation du chat sélectionné. Ils exposent les mœurs des chats, les règles qui permettent de les élever et de les dresser au sport qu'est la chasse du rat, car le chat ne mange pas le rat, il se contente de le chasser et de le détruire. Il y a là une éducation à faire parmi des chats sélectionnés. La question est assez importante, au point de vue de la protection de l'homme contre les maladies infectieuses pour que tout médecin s'y intéresse et lise cet excellent livre. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PANARIS

C'est l'inflammation aiguë septique des parties constituantes d'un doigt. Se présente en pratique avec une très grande fréquence (accident du travail) et sous de multiples aspects.

ÉTIOLOGIE

A son origine on relève une excoriation, une piqûre. D'où fréquence dans les professions manuelles, exposant à des contacts infectants (bouchers, corroyeurs, cuisiniers, etc.) et prédominance du côté droit, au pouce et à l'index.

SYMPTOMES

1° **Panaris superficiels**. — Les plus fréquents. Réalisent deux grandes variétés :

Panaris érythémateux. — C'est une simple lymphangite avec :

Signes fonctionnels minimes : tension, chaleur, battements.

Signes physiques : rougeur localisée, léger gonflement.

Guérit sans incision, par simples pansements chauds alcoolisés, en quelques jours, parfois suivi de desquamation.

Panaris phlycténoïde. — C'est le vulgaire mal blanc.

Mêmes signes fonctionnels. Peu douloureux dès que le pus est collecté. A l'examen, phlyctène citrine devenant purulente; l'épiderme soulevé est blanchâtre, insensible; au-dessous, derme très sensible dans lequel il faut rechercher un pertuis profond (abcès en *bouton de chemise*).

Une fois incisé, indolence.

Quelques aspects particuliers :

La tourniole : la phlyctène non incisée décolle l'épiderme sur tout le pourtour du doigt.

Le panaris périunguéal : douleur exquise dans la rainure et par pression sur l'ongle. Le pus se collecte dans la rainure où il décolle facilement l'épiderme. C'est là que portera l'incision; on sera souvent amené à sacrifier l'ongle.

Le panaris sus-unguéal. — Il peut être primitif ou succéder à un hématome. Non évacué, il amène la chute de l'ongle dont la réparation sera défectueuse. D'où ablation systématique de l'ongle.

Enfin, citer simplement parmi les inflammations superficielles le *panaris anthracoïde* qui est un furoncle de la face dorsale de la première phalange; il en a tous les caractères anatomiques et évolutifs.

2° **Panaris sous-cutanés**. — Ils peuvent apparaître d'emblée (inoculation directe) ou secondairement à un panaris superficiel (panaris en *bouton de chemise*).

Déjà plus sérieux, ils ont un *retentissement général* :

— Frissons;

— Fièvre modérée (38°, 38°5);

— Anorexie, malaise;

— Plus tard, insomnie.

Les **signes fonctionnels** sont plus marqués :

— Douleur tensive;

— Battements exagérés.

Le PANARIS SOUS-CUTANÉ DE LA PULPE DU POUCE est le plus fréquent. Il donne des signes caractéristiques :

— Le doigt est *œdématié*, surtout d'ailleurs à la face dorsale, car à la face palmaire le tissu cellulaire est dense;

— Au niveau de la pulpe il y a de la *tension*, avec perte de la pseudo-fluctuation normale, une *douleur* exquise, de la *chaleur*.

Cependant les *mouvements du doigt sont libres*.

Par ailleurs, *adénite* épitrochléenne ou axillaire.

ÉVOLUTION. — Vers le troisième ou quatrième jour la douleur s'exagère; l'*insomnie* apparaît : le pus est collecté; il faut inciser sur la douleur maximum.

Lors de l'incision, sous *anesthésie locale* (bague de novocaïne) exploration méthodique de la profondeur (s'assurer de l'intégrité de la gaine). Pansements humides répétés.

Sinon, l'*évolution se fait en profondeur* :

— Propagation à l'os avec ostéite (panaris osseux secondaire);

— A l'articulation (arthrite phalango-phalanginienne);

— Surtout aux *gaines synoviales* (rappeler que les deux gaines externes sont digito-carpiennes).

Ou bien *complications à distance* :

— *Adénophlegmons* (aisselle);

— *Phlegmon périnéphrétique*, assez fréquent;

— Endocardite;

— Septico-pyohémie.

Ce sont les complications générales de tous les panaris.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Un vol. in-8. Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 64. — SAMEDI 9 AOUT 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 9 AOUT 1930. — N° 64.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Un concours pour deux places d'internes titulaires en pharmacie, à l'Hôtel-Dieu, et trois places d'internes provisoires, sera ouvert le jeudi 30 octobre 1930.

— Un concours pour une place de pharmacien suppléant des hospices sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 17 novembre 1930.

— Un concours pour une place de suppléant de stomatologie et de chirurgie dentaire des hospices sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 1er décembre 1930.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — L'assemblée de la Faculté, à l'unanimité des membres présents, a présenté, pour la chaire de chimie biologique : en première ligne, M. le professeur Delaunay ; en seconde ligne, M. Vitte.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 26 juillet 1930, a été nommé professeur à la chaire de clinique médicale et pathologie exotique de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er juillet 1930, le médecin commandant Toullec, professeur agrégé à ladite Ecole.

RETRAIT DE LA CARTE DE SURCLASSEMENT. — Le ministre rappelle les prescriptions de la circulaire du 23 mai 1929 (« B. O. », P. P., page 1927, page 2555) et de la dépêche n° 4082 3/11-4 du 15 mars 1929, relatives au retrait de la carte de surclassement aux officiers de réserve qui auraient cessé de faire preuve d'assiduité aux écoles de perfectionnement pendant l'année scolaire en cours.

Les commandants des régions lui adresseront le cas échéant un état des officiers de réserve, proposés pour le retrait de la carte de surclassement 1929-1930 pour manque d'assiduité.

Cet état leur sera retourné avec décision.

Les cartes de surclassement retirées devront être adressées pour annulation sous le timbre de la 5e direction. (*Circulaire* n° 5514 3/11 4 du 23 juin 1930.)

Le ministre prie les commandants des régions de s'assurer que tous les officiers de réserve dont la démission a été acceptée ont bien été rayés des contrôles des écoles de perfectionnement auxquelles ils auraient pu s'inscrire et que, le cas échéant, la carte de surclassement dont ils pourraient être détenteurs leur a bien été retirée.

Ces dispositions doivent d'ailleurs être prises quelle que soit la cause pour laquelle l'officier perd son grade : démission acceptée, révocation, etc...

Seul, l'officier de réserve atteint par la limite d'âge et rayé des cadres dans les conditions prévues par l'article 12 de la loi du 8 janvier 1925 conserve jusqu'à l'expiration de sa validité la carte de surclassement qu'il a obtenue par son assiduité aux écoles de perfectionnement dans l'année qui précède sa radiation.

Les instructions nécessaires devront être données pour que les organes mobilisateurs notifient directement et sans délai aux directeurs de la préparation militaire et de l'instruction des officiers de réserve de la région intéressée toute radiation comportant la perte du grade et concernant un officier de réserve inscrit à une école de perfectionnement. (*Circulaire* n° 5515 3/11 4 du 23 juin 1930.)

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — CONSEIL D'ADMINISTRATION, SÉANCE DU 15 JUILLET 1930. — Le professeur Dumas, reve-

nant d'un voyage en Extrême-Orient, fait part au Conseil de la fondation, au Japon, d'une Société ayant pour but de créer des rapprochements entre médecins japonais et médecins français. Cette Société demande de constituer un Comité français qui poursuivra le même but, qui enverra des thèses, des livres, des journaux et qui provoquera l'envoi de conférenciers au Japon.

Le Conseil adhère immédiatement à la demande de nos confrères japonais et décide que ce Comité sera composé des professeurs Achard, Balthazard, Dumas, Hartmann et Roger.

L'A. D. R. M. terminant cette année sa dixième année d'existence et ayant pris une extension de plus en plus grande, il est décidé qu'après l'assemblée générale annuelle un banquet aura lieu.

Election de nouveaux membres : France : MM. Bonnet-Roy, Jacques Dubois, Froelich (de Nancy), René-A. Gutmann, J. Lamarre, Ledoux-Lebard, Lefort (de Lille), *Revue médicale universelle*, P. Santy (de Lyon).

Bulgarie : MM. W. Alexieff, C. Dimitracoff, Kirkovic, Kiroff, W. Molloff, G. Moscoff, A. Nicolaeff, M. Stankoff, P. Stoïanoff, C. Taneff.

Colombie : M. J. A. Camacho.

Grèce : MM. E. Avaritsiotis, Th. Garophalides, Gregoratos, Papapanaogotou, A. Portocalis, P. J. Rondopoulo, Rudaitis, D. Sotiriades, A. Toundas.

Roumanie : MM. C. Bacaloglu, Cantacuzène, E. Craciun, Danielopolo, Feitel, Lalu, Lazeanu, Litarczek, Nanu Muscel, Niculesco, Pascano, Popper, Saragea, Mlle Tanasesco, MM. B. Theodoresco, Theohoari.

Tchéco-Slovaquie : MM. J. Brumlik, Jedlicka, Jirasck, Kolinsky, Libensky, S. Mentl, A. Oetrcil, Josef Pelnar, Boh. K. Prusik, Syllaba.

XIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD. (MONTRÉAL, 16-17-18-19 septembre 1930.) — PROGRAMME PROVISOIRE. — *Mardi 16 septembre 1930.* — Séance plénière à l'Hôtel Windsor. — Ouverture officielle du Congrès par l'honorable secrétaire provincial. — Professeur A. A. Foucher (Montréal) : Discours de bienvenue au nom des Pouvoirs publics et de la profession médicale de Montréal. — Présentation des délégués. — Professeur Pierre Z. Rheaume (Montréal) : Discours du président. — Professeur agrégé O. Mercier (Montréal) : Rapport du secrétaire général. — Professeur G. Roussy (Paris) : Considérations sur le cancer. — Professeur agrégé L. Pariseau (Montréal) : Les fondements rationnels de la physiothérapie. — M. A. Laquerrière (Paris) : De l'électrothérapie en gynécologie. — Professeur agrégé M. Chiray (Paris) : Etude sur les dyspepsies nerveuses. — Professeur E. Archibald (Montréal) : Résultats du traitement chirurgical dans la tuberculose pulmonaire chronique d'après une expérience de treize années. — Films cinématographiques. — Effets du radium sur la cellule cancéreuse. — Transfusion du sang.

Mercredi 17 septembre. — 9 à 12 h. : Visite des hôpitaux.

1 h. : Déjeuner à l'Hôtel Windsor, offert par la Cité de Montréal. — Causerie par un délégué (durée dix minutes).

2 h. 30 : séance plénière : *Les agents physiques.* — Rapport. M. L. A. Gagnier (Montréal) : Agents physiques en médecine industrielle. — Travaux. M. P. Desfosses (Paris) : Les facteurs psychologiques en physiothérapie. — M. Geo. Badeaux (Montréal) : Les agents physiques en oto-rhino-laryngologie. — M. H. Lacharite (New-York) : Affections non cancéreuses. — Professeur agrégé O. Mercier (Montréal) : Les agents physiques en urologie. — M. J. Roucayrol (Paris) : Diathermie dans la blennorragie. — MM. A. Comtois et L. Gagnier fils (Montréal) : Electrothérapie dans la médecine infantile. — M. Marcel Joly (Paris) : Radiothérapie dans la maladie de Hodgkin. — M. J. Gosselin (Québec) : Le métabolisme basal dans l'électroradiologie.

5 h. : Cérémonie de la pose de la pierre angulaire de l'Université de Montréal. — Discours par le doyen de la Faculté de médecine M. L. de L. Harwood.

9 h. du soir : Séance plénière à l'Hôtel Windsor. Communications : *a.* M. J. Belot (Paris) : Organisation de l'enseignement de la physiothérapie; *b.* M. P. Desfosses (Paris) : Causerie paramédicale; *c.* M. René Charpentier (Paris) : Psychiatrie. — Films : *a.* Examen clinique d'un malade; *b.* Césarienne basse suprasymphysaire; *c.* Une technique de gastrostomie. — La séance se termine par un concert-boucane ou par une réception.

Jeudi 18 septembre. — 9 à 12 h. : Visite des hôpitaux.

2 h. 30 : Séance plénière : *Les cholécystites.* — Professeur agrégé R. Boucher (Montréal) : Diagnostic clinique. — Professeur agrégé M. Chiray (Paris) : Biochimie. — M. A. Desjardins (clinique Mayo, Rochester) : Exploration radiologique. — Professeur Albert et M. Achille Paquet (Québec) : Traitement chirurgical.

Vendredi 19 septembre. — 9 à 12 h. : *Agents physiques* : *a.* Dans tous les hôpitaux; *b.* A l'Institut du radium.

2 h. 30 : Séance plénière : *Physiothérapie.* — Rapport. Professeur J. E. Gendreau (Montréal) : Agents physiques et cancer. — M. E. Perron (Québec) : La diathermie. — Travaux. M. A. Saint-Pierre (Windsor) : Diathermie dans la pneumonie. — M. C. N. de Blois (Trois-Rivières) : Hydrothérapie. — Professeur G. Archambault et professeur agrégé Albéric Marin (Montréal) : Les agents physiques en dermatologie. — M. J. E. Panneton (Montréal) : Radiothérapie et curiethérapie des fibromes. — M. O. Dufresne (Montréal) : L'ionisation. — M. P. Desfosses (Paris) : L'ionisation dans le traitement des traumatismes articulaires. — Professeur J.-L. Faure (Paris) : Radium et chirurgie dans le cancer du col utérin. Film : Hystérectomie pour cancer du col.

Section d'hygiène. — Première matinée : *17 septembre.* — 9 h. : M. A. Cousineau, surintendant de la division de la salubrité : Purification des eaux d'alimentation à Montréal. — M. T. J. Lafrenière, ingénieur sanitaire du service provincial d'hygiène : Purification des eaux d'alimentation pour la province de Québec. — M. L. F. Dube (Notre-Dame-du-Lac) : Eau potable au point de vue médical. Visite à l'aqueduc de Montréal.

Deuxième matinée : *18 septembre.* — 9 h. : Rapport de M. A. Groulx et M. H. Gervais, surintendants des divisions de l'hygiène de l'enfance et des maladies contagieuses : Immunisation antidiphtérique à Montréal. — M. Beaudet, officier médical de l'unité sanitaire du comté de Témiscouata : Immunisation antidiphtérique dans le comté de Témiscouata.

Comité exécutif. — Président : professeur Pierre-Z. Rhéaume; vice-présidents : professeurs Albert Paquet (Québec), professeur L. Phaneuf (Boston), docteur P. H. Laporte (Edmunston) ; secrétaire général : docteur Oscar Mercier; secrétaire du Congrès : docteur Donatien Marion; trésorier : docteur H. M. Lebel; administrateur : T. Valiquette. — Casier postal 58, succursale G, Montréal (Canada)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Brazis (de Mulhouse), Bernard Dauchez (de Paris), survenue accidentellement; Dransart (de Somain), Lucien Masbrenier, médecin chef honoraire de l'hôpital de Melun; le médecin général Boisson (de Paris).

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(XXXIVe SESSION)

Lille, 21-26 juillet 1930 (1)

La XXXIVe session du Congrès annuel des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française s'est ouverte à Lille le lundi 21 juillet et s'est prolongée jusqu'au samedi 26 juillet. M. ABADIE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, présidait, assisté de M. PACTET, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine, vice-président; M. le professeur COMBEMALE, médecin-chef à la Clinique départementale d'Esquermes (Lille) a rempli, avec autant de compétence que de dévouement et d'affabilité, les fonctions de secrétaire général.

Comme toujours, trois questions étaient à l'ordre du jour, l'une de psychiatrie, l'autre de neurologie, la troisième d'assistance.

A. QUESTION DE PSYCHIATRIE.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LES MALADIES MENTALES

Un rapport réglementaire devait être fourni et introduire la discussion. Le rapporteur désigné n'ayant pu produire son texte en temps voulu, le rapport proprement dit a été supprimé. Mais, M. le professeur H. CLAUDE a bien voulu rédiger au dernier moment un court exposé pour servir de base à la discussion; il convient de l'en remercier tout particulièrement. M. Claude a utilisé les documents recueillis dans son service de Sainte-Anne où la ponction lombaire est faite systématiquement, les seules réactions usuelles, sauf indication particulière, étant recherchées : tension, albuminose, réactions de Pandy et de Wassermann, benjoin colloïdal. Pour schématiser et classer les résultats, M. Claude range les malades en cinq groupes.

1. *Premier groupe :* **malades atteints d'affections organiques à retentissement psychique dont les lésions sont manifestes et bien déterminées.** — *a.* Les foyers d'hémorragie et de ramollissement cérébral avec troubles mentaux peuvent s'accompagner d'hémorragie méningée ou ventriculaire ou d'hémato-leucocytose avec hypertension; parfois une réaction méningée aseptique peut compliquer le diagnostic;

b. Dans les tumeurs cérébrales, sans être constantes, l'hypertension, l'hyperalbuminose sont fréquentes; la lymphocytose peut se voir. A signaler spécialement la baisse brusque de la tension après soustraction de quelques centimètres cubes de liquide seulement et la dissociation albumino-cytologique éventuelle,

c. Dans les méningites séreuses, dont le diagnostic avec les tumeurs est parfois si malaisé, l'albuminose est plus rare, la lymphocytose manque et la pression s'abaisse relativement peu lorsque quelques centicubes de liquide ont été retirés.

d. Dans les encéphalites épidémiques, on peut rencontrer soit une réaction méningée franche avec leucocytose et hyperalbuminose accentuées, voire avec liquide hémorragique ou xanthochromique, soit une réaction méningée très légère avec hyperglycorachie, soit enfin un liquide parfaitement normal.

e. La chorée aiguë s'accompagne de lymphocytose et d'hyperalbuminose. Dans la chorée chronique, par contre, le liquide est normal.

f. C'est certainement le chapitre des *syphilis nerveuses* et de la *paralysie générale* qui, dans ce groupe, est le plus intéressant.

M. Ravaut a montré qu'il existait une période biologique, pré-clinique de la paralysie générale où les anomalies du liquide céphalo-rachidien (leucocytose, Wassermann positif) existent en l'absence de tout signe clinique. La dissociation globulino-cytologique aurait une grande valeur pour le diagnostic de neuro-syphilis incipiens.

La formule liquidienne typique de la paralysie générale confirmée est bien connue. Mais il y a quelquefois des formules atypiques qu'il faut connaître : hyperalbuminose simple avec augmentation de la globuline isolée; coïncidence de deux ou trois seulement des caractères classiques, les autres réactions étant normales; enfin, quelques cas authentiques de paralysie générale, vérifiés à l'autopsie, ont pu présenter, à *une certaine période* du moins, un liquide céphalo-rachidien normal. Parmi ces cas, il faut retenir surtout les paralysies générales traitées, et notamment traitées par la malaria. Ceci amène M. Claude à étudier les variations des anomalies du liquide sous l'influence de la malariathérapie. A retenir, sur une statistique de 56 cas, que la ponction lombaire, pratiquée après le traitement, a montré un retour à l'état normal, en ce qui concerne l'albumine dans 28 cas, en ce qui concerne la lymphocytose dans 19 cas, en ce qui concerne le Pandy dans 7 cas, le Bordet-Wassermann dans 10 cas et le benjoin dans 7 cas....

Dans la syphilis héréditaire précoce, les anomalies sont là règle, le Wassermann lui-même étant rarement trouvé positif. Dans l'hérédo-syphilis tardive, aucune règle générale ne peut être donnée.

2. *Deuxième groupe :* **affections organiques dont les lésions sont moins bien précisées.** — Ce groupe comprend :

a. Des encéphalites distinctes de la névraxite épidémique (leucoencéphalite progressive de Claude et Lhermitte, maladie de Schilder...), les psycho-encéphalites, anxieuses ou catatoniques, groupe nouveau encore assez mal délimité : dans ces cas, ce n'est guère qu'au cours des poussées évolutives qu'on observe de légères anomalies liquidiennes : légère hyperalbuminose, légère hypertension, plus rarement lymphocytose discrète. Le liquide est d'ailleurs normal dans 60 p. 100 des cas.

b. Les syndromes confusionnels à début souvent fébrile : ici encore, le liquide est souvent normal; toutefois, on a noté parfois de légères réactions albumineuse ou cellulaire.

c. Mêmes résultats dans les démences précoces, simples, hébéphréniques, catatoniques, et dans les psychoses paranoïdes : liquide en général normal. Parfois cependant lymphocytose légère; ou hypertension d'un type spécial, hypertension éphémère semblant en rapport avec les « réactions émotives internes » propres aux démences précoces, ou augmentation du quotient albuminique de Kafka; ou encore augmentation du taux de la cholestérine et diminution de la perméabilité méningée. L'aspect en règle générale normal du liquide cadre mal avec les idées de von Monakow pour qui la lésion des plexus choroïdes est la cause principale de la démence précoce.

d. Les anomalies du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques, qui peut s'accompagner de troubles mentaux, sont bien connues.

3. *Le troisième groupe* comprend les malades qui sont atteints **de troubles mentaux d'origine toxique.** — Chez les alcooliques, en dehors de la présence éventuelle d'alcool, on a signalé une réaction lymphocytaire qui semble inconstante.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Dans le saturnisme, de nouvelles recherches sont nécessaires. Dans l'urémie nerveuse, le seul point caractéristique est l'élévation du taux de l'urée dans le liquide (0,1 p. 100 ou plus); mais on a signalé aussi des états méningés avec polynucléose, une élévation du taux du glucose, du chlorure de sodium. La malaria chronique ne s'accompagne d'aucune anomalie notable du liquide céphalo-rachidien. L'acétonémie infantile pourrait donner une formule qui, n'était la présence d'acétone, serait susceptible de faire penser à la méningite tuberculeuse.

4. *Le quatrième groupe* est celui des **psychoses constitutionnelles** (manie, mélancolie, psychoses hallucinatoires, délires d'interprétation et d'influence, bouffées délirantes). — Le liquide est habituellement normal. Mais des états maniaques ou mélancoliques peuvent être symptomatiques, de paralysie générale par exemple, et la ponction lombaire retrouve alors toute sa valeur diagnostique. En dehors de ces cas, on ne peut relever que des cas exceptionnels, tel ce cas de mélancolie avec liquide purulent contenant du méningocoque et guéri par la sérothérapie; tel ce syndrome hallucinatoire, rapporté par M. Claude, en rapport avec des crises d'hypertension intracranienne, consécutives à un réveil de paludisme; tels encore les cas de mélancolie apparaissant à l'occasion du développement d'une néphrite azotémique et s'accompagnant d'hyperalbuminose et d'hyperuréorachie. Dans la mélancolie chronique cependant, l'albuminose serait souvent forte et la température du liquide abaissée.

Le liquide est normal chez les débiles délirants ou avec troubles du caractère, chez les schizoïdes, schizomanes et schizophrènes.

5. Dans l'**épilepsie**, l'élévation tensionnelle est habituelle pendant les crises, mais elle n'est ni très élevée ni très durable. En dehors des crises, les variations de tension n'ont aucun caractère constant. La présence de choline dans le liquide des épileptiques est sujette à caution; il y aurait augmentation des phosphates. Ce n'est en tous les cas que dans les épilepsies symptomatiques qu'on trouve de la leucocytose ou des anomalies cytologiques.

Le liquide est normal dans les autres affections convulsivantes : hystérie, hystéro-épilepsie, tétanie. Une légère réaction albumineuse et lymphocytaire est fréquente dans les psychoses traumatiques; l'hyperalbuminose et l'élévation de la tension peuvent se rencontrer dans les états post-commotionnels.

En somme, en dehors des maladies mentales d'origine nettement infectieuse (syphilitique, tuberculeuse), et des maladies où peut être décelée une lésion anatomique destructrice, le liquide céphalo-rachidien se montre peu modifié, du moins si l'on s'en tient aux procédés usuels de recherches. Peut-être l'avenir est-il à des techniques plus différenciées (étude de la perméabilité méningée, étude de corps tels que la mucine, les substances colloïdes, des variations des chlorures, des phosphates, du calcium... considérés dans leur rapport avec les mêmes éléments du sang et de l'organisme en général) ?

Au cours de la discussion qui suivit l'exposé de M. le professeur Claude (et dont tous les orateurs furent d'accord pour le remercier et le féliciter), M. le professeur Euzière (de Montpellier), après avoir rendu hommage aux travaux de Mestrezat sur le liquide céphalo-rachidien, rappela ses propres recherches, faites en collaboration avec M. Derrien, sur la présence de mucine dans le liquide céphalo-rachidien. Si la signification exacte de cette présence n'est pas très bien établie, sa constatation n'en indique pas moins qu'il y a quelque chose d'anormal et permet, dans des cas médico-légaux litigieux, d'affirmer la non-simulation. — MM. Leroy et Médakovitch (de Paris) insistent sur l'importance d'une réaction nouvelle qu'ils décrivent avec précision et qui a été imaginée par Schwartz et Grünewald sous le nom de « réaction à la siliquid ». Cette réaction, qui décèle les syphilis nerveuses, est extrêmement sensible et a pu permettre d'affirmer la paralysie générale alors que toutes les autres réactions étaient encore négatives.

M. Euzière (de Montpellier) signale la fréquence d'hyperalbuminoses pouvant aller jusqu'à 0,60 ou 0,80 chez des malades qui, cliniquement, se présentent comme atteints de psychose constitutionnelle. — MM. Fribourg-Blanc et Gauthier (de Paris) rapportent un cas intéressant de syndrome hébéphrénique typique : une ponction lombaire ayant, de façon imprévue, décelé une réaction méningée syphilitique, un traitement spécifique fut institué et la guérison obtenue en quelques semaines. Ce cas prouve l'intérêt de l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien. — M. le professeur J. Abadie et M. Pauly rapportent une statistique des résultats de la ponction lombaire pratiquée systématiquement chez 100 alcooliques de la Clinique des maladies nerveuses et mentales de Bordeaux. Qu'il s'agisse d'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique, avec ou sans signes psychiques, un fait ressort, c'est que toute anomalie du liquide, et notamment l'hyperalbuminose qu'on constate le plus souvent, doit inciter à rechercher une autre cause que l'alcoolisme. L'alcool dans ces cas n'est jamais le seul coupable. Comme on l'admet généralement, l'alcool frappe plutôt le parenchyme cérébral que les méninges. Les réactions méningées d'origine alcoolique sont une très grande exception. En pratique, toute hyperalbuminose chez un alcoolique, doit faire penser que l'alcool n'a agi, au niveau des méninges, que comme un mordant pour toute infection ou intoxication susceptible de se localiser sur les enveloppes du névraxe.

La discussion, à vrai dire, porta surtout sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques et des paralytiques généraux. En dehors de la question des modifications de la formule liquidienne après malariathérapie, sur laquelle M. O. Crouzon (de Paris) apporta d'intéressants documents, deux points de grande importance pratique furent abordés :

a. Existe-t-il des paralytiques généraux avec liquide céphalo-rachidien normal? C'est l'avis de M. Claude qui rapporte un cas typique. C'est aussi l'avis de MM. O. Crouzon et Henrion. Ce n'est pas l'avis de MM. Leroy, Médakovitch et Masquin (de Paris) qui soutiennent que chez tous les paralytiques généraux qu'on a pu suivre d'assez près on a, au moins à un moment donné, constaté des anomalies liquidiennes plus ou moins typiques de la maladie de Bayle.

b. L'examen répété du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques permet-il de prévoir, à plus ou moins longue échéance, l'apparition d'une paralysie générale? Avec M. Ravaut, M. Claude tend à répondre positivement. M. Anglade (de Bordeaux), par contre, répond par la négative; il donne des arguments pour défendre sa thèse, insiste sur les différences anatomiques et cliniques énormes qui séparent la syphilis nerveuse, vasculaire, de la paralysie générale, parenchymateuse; ne croit pas que le liquide céphalo-rachidien soit typique, au moins étant donné nos connaissances actuelles, de l'une ou l'autre forme. Or, il est particulièrement dangereux d'appliquer la pyrétothérapie en cas de syphilis nerveuse vasculaire. Une opposition très nette se marque entre les conceptions de M. Claude qui, se basant sur les réactions méningées tenaces des syphilitiques, tend à impaluder tôt, avant l'apparition de signes psychiques nets, c'est-à-dire avant que soit consommée l'atrophie des cellules nobles du cerveau, et M. Anglade qui craint qu'on abuse de la pyrétothérapie et demande qu'on n'impalude pas des syphilitiques qui, peut-être, ont un liquide anormal, mais qui ne deviendront pas forcément pour cela des paralytiques généraux.

Peut-être la solution de ce problème angoissant de théra-

peutique sera-t-elle fournie par une connaissance plus précise du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques? M. Anglade a fait des recherches en ce sens. M. Alexander (de Bruxelles) rappelle qu'avec M. Dujardin il a étudié l'index de perméabilité méningée aux anticorps syphilitiques, en comparant l'intensité de la réaction de Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Grâce à cet index, il a pu, dans certains cas impressionnants, prévoir à longue échéance l'éclosion d'une paralysie générale, et ses prévisions se sont trouvées ultérieurement confirmées. D'autre part, M. Alexander indique par quels moyens, dans des cas avec liquide céphalo-rachidien normal, on peut arriver à accroître la perméabilité méningée pour les anticorps syphilitiques.

B. Question de neurologie.

LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES

Nul n'était plus qualifié que M. le professeur agrégé Delmas-Marsalet (de Bordeaux) pour exposer cette question complexe et attachante de neurologie. M. Delmas-Marsalet a poursuivi, en effet, depuis des années, en même temps que MM. Foix et Thévenard à Paris, des recherches très fructueuses sur ce sujet.

Dans son rapport, il définit tout d'abord le réflexe de posture: si, chez un sujet normal placé en décubitus dorsal et dans le relâchement le plus complet, on porte progressivement le pied en flexion dorsale et rotation interne, c'est-à-dire dans la position que déterminerait la contraction active du jambier antérieur, on voit ce muscle, dont les insertions se trouvent cependant rapprochées, se contracter; son tendon fait saillie sous la peau et, lorsqu'on abandonne le pied à lui-même, la contraction ne cesse qu'après un temps appréciable; c'est là le réflexe de posture de Foix et Thévenard, le réflexe de posture type I pourrait-on dire; on trouve des phénomènes du même genre chez les sujets normaux au niveau d'un grand nombre de muscles; pour des raisons pratiques, c'est au niveau des muscles du cou-de-pied, de la face postérieure de la cuisse et du couple biceps-brachial antérieur que le phénomène est le plus facile à rechercher en clinique. Il avait été aperçu pour la première fois par Westphal en 1878 (« contraction paradoxale » de Westphal), puis retrouvé par d'autres auteurs et notamment par Strümpell (« rigidité de fixation » de Strümpell); l'étude systématique en a été faite seulement en 1921-1923 par Foix et Thévenard, et poursuivie parallèlement par ces auteurs et par Delmas-Marsalet. Celui-ci a insisté sur la notion du « temps de détente des réflexes de posture » et en a fait le test de leur intensité.

A côté du réflexe de posture proprement dit de Foix et Thévenard (type I), il faut d'ailleurs placer des phénomènes voisins : si on recherche le phénomène, non plus par un mouvement passif lent et soutenu, mais brusque, on obtient une contraction brève, le « shortening reflex » de Salomonson, que son auteur sépare de la contraction paradoxale. Parfois, si on a rapproché au maximum les insertions du muscle, la contraction active ne se produit pas lors du mouvement passif, mais seulement lorsque l'on abandonne le membre à lui-même, c'est-à-dire lorsque le muscle subit un certain allongement. Cette réaction du muscle à l'allongement qui suit un raccourcissement passif préalable a été vue par Goldflam et peut être désignée sous le nom de réflexe de posture du type II.

Dans un troisième groupe de cas, enfin, la contraction du muscle est double; il y a une réaction au raccourcissement (réflexe type Foix-Thévenard) et une autre réaction au moment du relâchement (type Goldflam); ces cas complexes peuvent être désignés sous le nom de réflexes de posture du type III (Delmas-Marsalet).

Les tracés graphiques, dont il serait trop long de décrire ici la technique, illustrent au mieux ces distinctions : dans le réflexe du type I (Foix-Thévenard) les tracés montrent successivement un premier accident correspondant au soulèvement passif du tendon du jambier antérieur, un soulèvement plus fort qui correspond à la contraction musculaire réflexe, enfin une descente en lysis plus ou moins courte qui objective et permet de mesurer le temps de détente du réflexe de posture. Les réflexes du type Goldflam (type II) et du type Delmas-Marsalet (type III) donnent des tracés qui rendent évidentes les conditions susdites dans lesquelles ils se produisent.

Si différents les uns des autres que soient ces divers types de réflexes, ils ont cependant chez le sujet normal des caractères communs : ils donnent des courbes électromyographiques comparables; ils subissent l'influence de l'attitude générale du corps, le temps de détente variant de un à six selon que l'attitude imposée au sujet est très confortable (fauteuil colonial) ou exige un effort pour se maintenir ; cette influence de l'attitude générale du corps sur les réflexes de posture normaux empêche de les considérer comme des phénomènes purement locaux, et Delmas-Marsalet, pour cette raison, préfère la dénomination de réflexes de posture élémentaires à celle de réflexes de posture locaux employée par Foix et Thévenard. Les réflexes en question varient dans une certaine mesure sous l'influence des excitations labyrinthiques et des positions de la tête; ils diminuent d'intensité sous l'action d'une mobilisation passive prolongée et aussi sous l'influence des mouvements actifs. Ils se relient donc directement aux grands mécanismes de l'attitude, de l'équilibration et de la motilité volontaire (Delmas-Marsalet).

L'intérêt pratique de l'étude des réflexes de posture vient de ce qu'ils sont profondément modifiés dans certaines conditions pathologiques. Ils sont *diminués* ou *abolis* dans les lésions des voies pyramidales et dans le territoire des muscles influencés par ces lésions; dans les lésions de l'arc réflexe simple et du même côté que celles-ci (radiculites, tabes, poliomyélites) ; dans les lésions cérébelleuses, du côté de la lésion ; dans les lésions associées des systèmes précédents (sclérose en plaques et scléroses combinées, par exemple). Ils sont au contraire *exagérés*, et parfois très notablement, dans les affections du système dit extrapyramidal, dans les syndromes parkinsoniens surtout, quelle qu'en soit l'origine, dans la maladie de Wilson. Leur comportement est *variable* dans la chorée, dans l'athétose, dans la pseudo-sclérose de Westphal et les syndromes lenticulaires, dans les états myotoniques et myasthéniques, c'est-à-dire dans tous les cas où semblent intervenir des facteurs complexes dont les uns exagèrent, les autres diminuent la réflectivité de posture.

Un fait extrêmement intéressant est l'influence sur les réflexes de posture, normaux ou pathologiquement exagérés, de certains facteurs médicamenteux. Le *bromhydrate de scopolamine* à dose suffisante (un demi-milligramme en injection chez l'homme sain) abolit fatalement les réflexes de posture. On arrive au même résultat chez le parkinsonien avec des doses plus fortes (1mmg25) et, en quarante-cinq minutes environ, le parkinsonien le plus raide se trouve complètement déraidi, pour un temps variable, cinq à dix jours quelquefois. La scopolamine n'agit, du reste, que sur la réflectivité de posture; il y a là une action véritablement élective de la drogue, d'un intérêt pratique considérable. La suppression de l'hyperréflectivité de posture laisse en effet apparaître, chez certains parkinsoniens, une symptomatologie pyramidale latente que la raideur parkinsonienne masquait et que « l'épreuve de la scopolamine » révèle. D'autres médicaments agissent comme la scopolamine : l'hyoscine, le datura, l'atropine (mais à un moindre degré). Par contre, la pilocarpine exagère légèrement, la bulbocapnine exagère nettement les réflexes de posture; la strychnine est sans action directe ; l'alcool semble diminuer les réflexes. Il serait intéressant de

vérifier l'action de l'harmine et de la banistérine, récemment étudiées par Wolfers et Rumps. Les épreuves pharmacodynamiques, quoi qu'il en soit, fournissent dès à présent des moyens d'étude très précieux et des éléments non négligeables de diagnostic; elles montrent l'admirable spécificité de certaines drogues vis-à-vis du système nerveux, permettant de pénétrer profondément dans la physiopathologie et fournissant au traitement des bases extrêmement précieuses.

Les réflexes de posture s'intègrent dans le mécanisme général des renforcements et affaiblissements du tonus ; ils semblent se relier à la fois à la posture locale et aux grandes fonctions d'attitude, d'équilibration, de motilité volontaire, et, sans doute, à bien d'autres encore. D'une façon générale, il faut retenir que : l'hypertonie parkinsonienne coïncide avec des réflexes de posture élémentaires exagérés, toute cause qui diminue ces réflexes (scopolamine par exemple) entraînant aussi une diminution de l'hypertonie (l'exagération des réflexes de posture est d'ailleurs loin de tout expliquer dans le parkinsonisme); l'hypertonie pyramidale coïncide avec une abolition des réflexes de posture élémentaires, et on peut, dans une certaine mesure, opposer l'hypertonie pyramidale, tendinéo-réflexe, à l'hypertonie posturéo-réflexe; les réflexes de posture élémentaires sont aussi abolis dans l'hypertonie des paraplégies en flexion, cutanéo-réflexes. A côté des trois types simples, et qui s'opposent, d'hypertonies, il y a d'ailleurs des hypertonies mixtes, parkinsonienne-pyramidale par exemple, ou complexes comme les hypertonies pallidales et lenticulaires. Dans les états dystoniques (dystonies d'attitude de Thévenard, rigidité dystasique de Froment), l'hyperréflectivité de posture est cependant la règle, mais l'inégalité de cette exagération est frappante. Quant à la catatonie, que certains auteurs avaient rapprochée de l'hypertonie parkinsonienne, elle en diffère profondément: elle persiste malgré l'abolition complète des réflexes de posture par la scopolamine ; elle semble dépendre de facteurs psychiques autant que physiologiques, comme l'ont montré Claude, Baruk et Nouel; il n'y a pas de rapport établi entre elle et les réflexes de posture.

Du point de vue physiologique, il est certain que la réflectivité de posture s'apparente aux phénomènes étudiés par Sherrington, à propos de la rigidité de décérébration, sous le nom de « *shortening* » et de « *lenghtening contraction* » (contraction d'allongement et de raccourcissement); cependant l'analogie n'est qu'apparente, car la scopolamine est sans action sur les contractions de raccourcissement et d'allongement du chien décérébré (Delmas-Marsalet). Les réflexes de posture sont également tout autre chose que de simples contractions idio-musculaires, que le phénomène d'étirement des antagonistes de A. Thomas et Goldflam, que le phénomène des antagonistes de Babinski et Jarkowski. Mais, si leur individualité est certaine, la recherche des voies des réflexes de posture élémentaires et des causes de leurs troubles est déroutante. Le cliché classique dont peut s'accommoder le système pyramidal ne vaut plus pour la fonction posturale; des centres limités, des voies simples et nettement définies ne paraissent pas commander aux réflexes de posture élémentaires. La vieille notion du « réseau » de Gerlach reparaît à l'esprit, non plus avec sa signification histologique, mais comme une image capable d'expliquer les effets des lésions diffuses du système nerveux, et en particulier l'exagération des réflexes de posture. Tout ceci cadre d'ailleurs avec les constatations anatomo-pathologiques et fournit un excellent exemple de l'union nécessaire entre les disciplines neurologique et physiologique.

Au cours de la discussion qui suivit le remarquable exposé de M. Delmas-Marsalet, d'intéressants points de vue furent exposés. M. Schwartz (de Strasbourg) note que les réflexes de posture des neurologistes sont identiques aux « réflexes de fixation » des physiologistes et préférerait cette dernière appellation à celle de « réflexes de posture élémentaires ». Il rappelle, d'autre part, que si les muscles lisses sont des muscles « plastiques », dont longueur et tension sont largement indépendantes l'une de l'autre, les muscles striés le sont aussi, du moins lorsqu'on étudie les réflexes de Sherrington. Se basant sur des expériences de Wachholder et Altenburg, M. Schwartz montre qu'il y a en réalité deux types différents de réflexes de posture ou de fixation, conditionnés chacun par une « orientation psycho-motrice » différente du sujet : un type tonique qu'on observe si le sujet sait s'adapter avec une passivité absolue au mouvement passif, et une forme tétanique, observée dans le cas contraire. Ce sont ces réflexes de fixation tétaniques que l'on rencontre presque toujours en clinique; les muscles s'y raccourcissent en s'opposant et non en s'adaptant au mouvement passif. Le rôle des antagonistes dans le déclanchement de tels réflexes, est considérable, comme en témoigne leur suppression par cocaïnisation des antagonistes.

M. Donaggio (de Modène) approuve la conception générale de M. Delmas-Marsalet, en ce qui concerne le caractère diffus des lésions qui conditionnent l'exagération des réflexes de posture. Depuis 1923, l'auteur étudie les lésions de la maladie de Parkinson. Ce sont des lésions essentiellement diffuses. La participation corticale y semble d'ailleurs considérable; l'auteur insiste tout particulièrement sur la fréquence des lésions de la frontale ascendante; il semble que cette circonvolution ait, non seulement une fonction pyramidale, mais aussi une fonction extra-pyramidale et c'est peut-être par là qu'il faut expliquer les cas mixtes de Parkinson avec signes pyramidaux. Il faut aussi tenir compte des lésions éventuelles de la grande voie cortico-ponto-cérébelleuse. Certes, on oppose à la conception corticale et diffuse des lésions dans le Parkinson des faits et des expériences contraires; mais il ne faut pas confondre, quant à leurs conséquences physio-pathologiques, la destruction corticale avec les lésions fines, et les propres recherches de M. Donaggio sur les lésions provoquées par la bulbocapnine (associée à la réfrigération corticale) sont en faveur de la participation du cortex.

MM. D. et R. Anglade (de Bordeaux) apportent, au contraire, des faits qui témoignent de l'importance, de la constance des lésions du *locus niger* dans le parkinsonisme. La lésion de ce noyau peut aller jusqu'à la destruction totale. Fait intéressant, dans certains cas, et notamment dans les cas anciens, les lésions débordent souvent le *locus niger* pour s'étendre au pied du pédoncule ou à la calotte pédonculaire. Il est bien probable que cette extension lésionnelle est la cause de ces signes pyramidaux que présentent certains parkinsoniens ou que l'épreuve de la scopolamine révèle chez eux, comme l'a si bien montré M. Delmas-Marsalet.

M. Henner (de Prague), qui a beaucoup étudié l'action de la bulbocapnine chez l'homme, note avant tout qu'avec ce produit on ne reproduit pas un état parkinsonien typique, mais un syndrome fruste, et jamais de tremblement; des réserves s'imposent donc. Par ailleurs, M. Henner a étudié l'influence, sur les réflexes de posture, des états de veille et de sommeil : le temps de détente est abrégé, les réflexes sont abolis dans les états de somnolence ou de sommeil profond; la diminution précoce de l'aptitude de fixation semble être très caractéristique et constante dans la somnolence physiologique et dans de nombreux états de somnolence pathologique. Ceci est d'ailleurs en parfaite concordance avec cet autre fait d'expérience, à savoir que le syndrome cérébelleux s'accentue pendant la nuit et le sommeil, alors que les syndromes parkinsoniens, dans les mêmes conditions, tendent à s'atténuer (kinésies paradoxales). Hyporéflexie et hypotonie posturéo-réflexe sont, dans la sphère motrice chez l'homme, parmi les premiers signes du besoin de sommeil, à une phase où le système moteur pyramidal, volitionnel, est encore parfaitement intact.

C. QUESTION D'ASSISTANCE.

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES AUX MALADES ATTEINTS DE MALADIES MENTALES.

Rapport de M. Albert CALMETTE, sous-chef de l'asile de Naugeat-Limoges.

Malgré une opinion discordante de M. Gauguery, il est bien entendu que la nouvelle législation sur les Assurances sociales vise les sujets atteints de maladies mentales comme ceux atteints de toute autre maladie. Il est donc tout naturel que les aliénistes se préoccupent, autant que tous leurs confrères non spécialisés ou autrement spécialisés, des répercussions de la loi. Dans son rapport, M. Albert Calmette se place exclusivement au point de vue du médecin d'Asile public ou d'Asile privé faisant fonction d'Asile public. Il n'envisage pas la situation du médecin agissant dans sa clientèle particulière, ni celle des médecins-directeurs de maisons de santé privées. D'autre part, le texte dit définitif de la loi n'étant pas encore connu au moment où M. Calmette a rédigé son rapport (le rectificatif était encore en discussion, les règlements d'administration publique n'étaient pas rédigés), il doit se contenter de considérations générales, ne tenant compte que des principes qui paraissent définitivement acquis et s'inspirant, d'autre part, des expériences étrangères et alsacienne-lorraine.

Le rapporteur montre d'abord ce qu'est ou était l'assistance aux aliénés sous le seul régime de la loi de 1838. Pratiquement, sauf dans certains départements comme la Seine, la Nièvre, le Loiret, ne sont placés dans les asiles que deux catégories de malades : ceux qui sont dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes et qui sont placés d'office ; ceux qui sont assez fortunés pour acquitter les frais de placement, et qui sont placés par voie de placement volontaire, en général familial. Pourtant, l'article 2 de la loi de 1838 prévoit formellement le placement des malades mentaux sans ressources et non dangereux; des circulaires ministérielles, dont une notamment du 14 août 1840, prévoient avec beaucoup de précision les voies et moyens permettant de réaliser ces placements volontaires d'indigents non dangereux. Ces possibilités n'ont pas, en général, été utilisées, les rapports de l'inspection générale des services administratifs des asiles en font foi (rapport Reynier 1923). La raison semble en être uniquement financière. Il y a là évidemment une grosse lacune.

Or, la loi d'Assurances changera cette situation, puisque les frais éventuels n'incomberont plus, dans la règle, aux communes ou aux départements, mais aux caisses (*Journal officiel*, 16 mars 1930, réponse du rapporteur de la loi au Sénat à M. le sénateur Merlin).

Quels seront, schématisés, les avantages de la loi sur les Assurances sociales envisagée à propos des malades mentaux?

Pendant six mois, le malade mental « aigu » bénéficie de l'article 4 (assurance-maladie). L'assuré présentant des troubles mentaux peut donc être placé à l'asile immédiatement. Il n'y a plus de raison pour attendre qu'il soit dangereux : c'est là un avantage au point de vue de la sécurité publique, c'est aussi un avantage inestimable au point de vue thérapeutique et médical, le traitement ayant des chances d'être d'autant plus efficace qu'il est institué plus tôt. L'expérience alsacienne prouve que, sous le régime de la loi d'Assurances, les malades sont beaucoup plus rapidement confiés aux établissements organisés pour les recevoir; le séjour dit d'observation dans des hôpitaux mal adaptés à cette tâche ou dans des locaux d'isolement, trop souvent immondes, est pratiquement évité. La législation nouvelle favorise le placement rapide en ce sens que, lorsqu'il s'agit d'indigents, on n'a plus à attendre le règlement de la question délicate du paiement des frais de séjour par la commune ou le département; outre le certificat médical, il suffit, pour que le malade soit hospitalisé, que la caisse lui fournisse un bon.

Ce premier avantage mis à part (rapidité du placement et simplification des formalités), les autres avantages de la loi sont surtout d'ordre financier. Pendant six mois, l'assurance-maladie couvre les frais de séjour. Les caisses doivent aussi payer les frais médicaux et pharmaceutiques. Les médecins d'Asiles étant des fonctionnaires, il ne saurait pour eux être question de se voir attribuer les recettes ainsi perçues. Mais un forfait pourra intervenir entre les Asiles et les Caisses : d'où pour les Asiles, un supplément de recettes qui ne sera pas de trop pour améliorer les installations matérielles ou scientifiques. L'occasion sera bonne pour transformer les Asiles, de garderies qu'ils sont trop souvent, en véritables hôpitaux modernes. Il faut d'ailleurs prévoir que les malades ou leurs familles, conscients d'avoir payé pour avoir de bons soins, insisteront pour que des améliorations sensibles soient apportées dans l'organisation intérieure des asiles.

Après six mois — et pour les malades mentaux, la maladie dure en général plus de six mois — l'assurance-maladie cesse de jouer. Mais intervient l'assurance-invalidité (article 10); le malade a droit à pension, qui peut aller à 100 p. 100 pour le malade interné. Il est à prévoir que cette pension sera insuffisante dans bien des cas pour payer les frais d'hospitalisation. Communes et départements auront donc ici encore à intervenir. Mais leurs charges financières seront justement réduites du montant même de la pension payée par la Caisse.

Enfin, les familles des aliénés sans ressources auront droit à des subsides prélevés sur les fonds de majoration et de solidarité.

Aux termes du décret du 30 mars 1929 (article 55), le contrôle des hospitalisés, quels qu'ils soient, reste par ailleurs confié aux autorités judiciaires et administratives compétentes. Cependant les Caisses se voient attribuer un droit de regard dans les limites à fixer dans les contrats passés entre Asiles et Caisses. Ce droit de regard, pour les malades mentaux interprétateurs et revendicateurs, ne sera pas sans créer des difficultés réelles.

M. Calmette, dans un dernier chapitre, étudie la répercussion possible de la législation sur les Assurances sociales, sur la prophylaxie mentale et l'assistance aux malades ne tombant pas sous le coup de la loi de 1838. Un amendement de M. Strauss, demandant qu'on introduisît dans la loi l'obligation pour les Caisses d'organiser des consultations préventives, a été repoussé au Sénat. Néanmoins la prophylaxie, facultative tout au moins, est formellement prévue et il est à penser que les caisses l'organiseront, surtout si le projet de loi Fié, sur la création de services ouverts dans tous les départements, est voté. D'ores et déjà il est permis d'espérer que, s'inspirant des méthodes adoptées en Amérique par les Compagnies d'assurances (Metropolitan Life assurance), les Caisses organiseront des dispensaires. L'activité de pareils services pourra spécialement porter sur l'examen mental des étrangers, sur le dépistage des alcooliques (qui, soit dit en passant, n'ont pas droit aux soins dans certains pays où les Assurances sociales sont organisées), enfin sur la surveillance de certains sujets placés dans de mauvaises conditions sociales qui les prédisposent, en particulier, aux psychoses dépressives d'épuisement.

On le voit, M. Calmette insiste surtout sur les avantages qu'on peut attendre de la loi au point de vue du traitement des aliénés et de la prophylaxie mentale. Il ne méconnaît pas d'ailleurs les inconvénients de la législation nouvelle : inconvénients matériels, complication administrative et multiplication de la paperasserie; inconvénients économiques; inconvénients moraux; l'aliéniste verra défiler devant lui un nombre insoupçonné de psychopathes ; les « névroses d'assurances », la « paralysie de la volonté de guérir » se multiplieront; il faudra organiser la chasse aux simulateurs et se perfectionner dans le dépistage de la « sinistrose ». Néan-

moins, M. Calmette reste optimiste et il n'y a plus qu'à espérer que l'expérience lui donne raison.

A la suite de l'exposé de M. Calmette, une discussion s'engage. Un vœu est soumis au vote du Congrès tendant d'une part à affirmer le principe du libre choix, par le malade ou sa famille, de l'Asile où le malade sera traité, d'autre part à obtenir pour les Asiles le maximum des avantages financiers que la loi laisse prévoir. Il est proposé notamment que le prix de journée des assurés sociaux soit uniformisé et qu'il soit pour tous au moins égal au prix de journée des malades non indigents les moins favorisés dans l'Asile où ce prix est actuellement le plus élevé, Seine exceptée. Finalement, l'idée d'un vœu est abandonnée et l'initiative est laissée à l'Association amicale des médecins des Asiles d'aliénés qui, particulièrement qualifiée, est d'ailleurs déjà saisie de la question.

*
* *

En dehors des rapports et des discussions auxquelles ils ont donné lieu, d'intéressantes et nombreuses communications furent présentées dont il ne nous est malheureusement possible, la place nous étant limitée, que de donner la liste :

1. Communications de psychiatrie. — **Syndrome de Korsakoff évoluant sur une sclérose en plaques**, par MM. Billet et Campionnet (de la Maison de santé Rech, à Montpellier); — **Les testicules des paralytiques généraux**, étude histologique de MM. P. Nayrac et A. Breton (de Lille); — **Paralysie générale à début hypocondriaque**, communication de M. le professeur Auguste Ley (de Bruxelles) qui entraîne un échange de vues sur les syndromes mélancoliques chez les paralytiques généraux, impaludés ou non; — **Atrophie optique améliorée par la malariathérapie chez des paralytiques généraux**, par MM. Leroy, Médakovitch et Maurice Prieur (de Paris); — Communication de M. R. Anglade (de Vauclaire, Angoulême) sur un cas curieux de **fièvre nerveuse ou hystérique**; — **Etude sur les états dépressifs à manifestations purement délirantes**, par MM. G. Vermeylen et P. Verwaek (de Bruxelles); — Intéressant travail de M. Mira (de Barcelone) sur le **pronostic des manies et mélancolies primaires** à l'aide des données du métabolisme basal et des mesures de la glycémie; — **Confusion mentale et tuberculose**, par M. L. Wahl (de Marseille); — **Tuberculose et démence précoce**, par MM. Privat de Fortunié et Geney; ces deux communications provoquent une discussion dans laquelle interviennent MM. A. Ley, Vermeylen, de Craene, Meignant, Calmette, Pactet, de Fischer, Médakovitch et R. Charpentier, et qui évoque l'ensemble de la grosse question des rapports de la tuberculose et des maladies mentales; — Exposé par M. Lestchinsky (de Territet) de sa **méthode combinée de traitement des insuffisances nerveuses et fonctionnelles**.

2. Communications de neurologie. — **Etude de l'encéphalite varicelleuse**, par M. le professeur Ingelrans (de Lille); — **Pseudo-tumeurs des méninges d'origine hématique**, et **Tabes à évolution rapide**, par M. G. Kapsalas (d'Athènes); — **Contribution anatomo-clinique nouvelle à la connaissance du parkinsonisme encéphalitique**, par M. le professeur A. Donaggio (de Modène) dont on connaît la compétence en pareille matière; — **Etude d'un cas de méningite séreuse posant le problème du diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales**, par MM. Fribourg-Blanc, Gauthier et Masquin (de Paris); — Enfin étude de M. Anglade (de Bordeaux) sur la **structure comparée de la glande pinéale** qui apparaît entièrement névroglique, et à propos de laquelle se pose la question du rôle de la névroglie comme glande à sécrétion interne.

3. En ce qui concerne l'assistance et les questions de médecine légale, une intervention de M. le conseiller d'Etat Delaitre soulève toute la question de la refonte de la loi de 1838, des projets de loi sur les services ouverts et de la conciliation des nouvelles exigences de la médecine mentale avec les mesures nécessaires pour sauvegarder la liberté individuelle et les biens des aliénés. D'autre part, M. L. Wahl (de Marseille) expose les initiatives prises dans cette ville au point de vue de la prophylaxie mentale, et M. Rodiet (de Ville-Evrard) présente toute une série de demandes tendant à améliorer l'assistance aux aliénés et psychopathes dans le département de la Seine.

*
* *

Comme toujours, c'est à M. René Charpentier, secrétaire permanent et âme du Congrès, que revenait la tâche de présenter le rapport moral et les comptes financiers du Congrès. La situation est florissante. Modestement, M. René Charpentier se félicite des « chances » qui se sont accumulées cette année sur le Congrès. Il y avait une grosse lacune dans son exposé : M. René Charpentier avait oublié de dire que la principale chance des congressistes est de bénéficier de son dévouement, de sa connaissance profonde des gens et des choses. Les applaudissements qui l'ont salué ont insuffisamment compensé cet oubli. Inutile de dire que les propositions de M. René Charpentier ont été adoptées à l'unanimité. Elles étaient particulièrement importantes cette année, car il ne s'agissait de rien moins que d'une refonte de l'organisation actuelle et du règlement en vue d'un avenir toujours plus brillant.

— La XXXVe Session du Congrès aura lieu l'an prochain, à Bordeaux, pendant les vacances de Pâques, sous la présidence de M. Pactet et la vice-présidence de M. le professeur Euzière. Questions mises en discussion :

1. *Les psychoses périodiques tardives.* — Rapport de M. R. Anglade (de Vauclaire, Angoulême).

2. *Les tumeurs intramédullaires.* — Rapport de M. Noël Péron (de Paris).

3. *Les fausses simulations dans les maladies mentales.* — Rapport de M. Fribourg-Blanc (de Paris).

Le secrétariat général est assumé par M. D. Anglade : c'est dire quel sera le succès de la session de Bordeaux.

Il a été d'ores et déjà décidé, en outre, que la XXXVIe Session aurait lieu, pendant les vacances de Pâques 1932, à Rabat.

*
* *

— Un Congrès qui se respecte ne va pas sans réceptions et fêtes. Les congressistes furent particulièrement bien accueillis par la municipalité de Lille; ils visitèrent, avec un intérêt admiratif, la Clinique d'Esquermes et félicitèrent chaudement M. le professeur Raviart qui présida en leur honneur un dîner et une soirée particulièrement réussis. Les asiles neufs et en partie à peine terminés d'Armentières et de Bailleul, où les congressistes furent reçus respectivement par M. le sénateur Dron et par M. le doyen Combemale, leur permirent de juger de l'immense effort du Nord en matière de reconstruction et d'assistance. Une visite au superbe musée de Lille, une trop rapide promenade à travers les puits, les corons et les usines de la Société des mines de Lens, des pèlerinages aux champs de bataille et aux ossuaires de Notre-Dame-de-Lorette, de Vimy et du Mont-Kemmel auraient achevé, s'il en avait été besoin, de convaincre les congressistes que le Nord, revigoré encore par le malheur, achève de se relever par le travail et la ténacité, n'hésite pas devant les conceptions les plus hardies et les mène à bien, tout en laissant leur juste place aux choses de l'art et en témoignant, comme toute la France, d'une pieuse et reconnaissante sollicitude à l'égard des grands souvenirs de la tourmente. Cela, tous les orateurs l'ont répété avec raison

tant à la séance inaugurale dans l'Aula de l'Université qu'au joyeux banquet de clôture, à Bailleul. Le président du Congrès, M. le professeur ABADIE, l'a exprimé en termes émouvants à maintes reprises. Que M. le professeur agrégé Pierre COMBEMALE, secrétaire général de la Session, et M. René CHARPENTIER — toujours lui! — secrétaire permanent du Congrès, soient remerciés de nous avoir donné l'occasion d'entendre ce que nous avons entendu et de voir ce que nous avons vu.

P. MEIGNANT,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JUIN 1930)

Asthme infantile et syphilis. — M. LESNÉ. L'asthme infantile ne paraît pas relever de l'hérédo-syphilis; sur 110 enfants asthmatiques, 12 seulement présentaient des signes de probabilité d'hérédo-syphilis; un seul fut amélioré par le traitement. L'asthme infantile, par ailleurs, peut dépendre d'une épine irritative nasale. Cette affection est souvent héréditaire, souvent d'origine anaphylactique, et relève d'un dérèglement vasosympathique entretenu fréquemment par des lésions des glandes endocrines.

Lymphogranulomatose maligne et tuberculose miliaire associées. — M. CODVELLE. Présentation de pièces et relation d'un cas de maladie de Hodgkin à forme de tumeur médiastinale avec lésions osseuses et cutanées, et tuberculose miliaire terminale.

Contribution à l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose maligne. — MM. SACQUÉPÉE, LIÉGEOIS et CODVELLE rapportent les résultats de l'inoculation au cobaye de produits de broyage de ganglions lymphogranulomateux. Deux cobayes inoculés par voie sous-cutanée meurent en six semaines. L'autopsie de ces animaux a montré une hypertrophie des masses ganglionnaires mésentériques et médiastinales.

Les examens bactériologiques ainsi que les cultures et les inoculations ne permirent de déceler aucun germe en particulier le bacille de Koch ni le germe de l'adénite spontanée du cobaye (streptobacillus caviae).

Abcès du poumon et bronchoscopie. — MM. LEMIERRE, KINDBERG et SOULAS rapportent deux observations d'abcès du poumon très améliorés par la bronchoscopie.

M. FAURE-BEAULIEU rappelle avoir rapporté un cas de gangrène pulmonaire très amélioré par la bronchoscopie dès 1912.

Nodules pulmonaires nécrotiques à spirochètes. — MM. RATHERY et WAITZ rapportent l'observation d'un diabétique ayant présenté à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen une pneumopathie subaiguë compliquée après deux mois d'évolution d'une gangrène pulmonaire. L'examen anatomique montrait l'existence de nodules nécrotiques disséminés dans deux poumons et dans la plèvre et d'un foyer de pneumonie disséquante gangréneuse. L'étude histobactériologique montrait dans les nodules et dans les proliférations endartérielles l'existence de spirochètes analogues à ceux décrits par MM. Bezançon et Etchegoin. L'infection secondaire de certains nodules par la flore de Veillon en produisait la fonte sphacélique. A elle seule la flore anaérobie entraînait des lésions broncho-pneumoniques banales mais non gangréneuses. Ainsi, dans cette observation, étaient dissociés les rôles respectifs du spirochète et de la flore de Veillon.

M. BEZANÇON est heureux de voir qu'une fois de plus la méthode histo-bactériologique est venue confirmer les données sur le rôle du spirochète dans la gangrène pulmonaire, qu'il soutient avec Etchegoin depuis plusieurs années. Un très grand nombre de gangrènes pulmonaires, comme il n'a cessé de le soutenir avec Etchegoin, sont donc avant tout des spirochétoses, le spirochète étant l'agent d'attaque, les anaérobies de Veillon et Zuber ne se rencontrant que dans les régions déjà mortifiées.

La méthode histo-bactériologique par imprégnation à l'argent seule permet une étude précise de la bactériologie des gangrènes.

Diabète et cancer du pancréas. — MM. M. LABBÉ, BOULIN, AZERAD et SOULIÉ attribuent dans leur cas le diabète non au cancer, mais à la sclérose, celle-ci plus ancienne et relevant probablement de la syphilis dont était atteint leur malade ou encore d'une infection chronique restée latente.

Syphilis nerveuse familiale. — M. A. SÉZARY rapporte un cas de syphilis nerveuse familiale où l'on voit le père être atteint de paralysie générale, la mère d'un signe d'Argyll-Robertson, une fille également d'un signe d'Argyll-Robertson. On aurait pu incriminer un virus neurotrope. Or, un second enfant est indemne de lésion nerveuse, mais est atteint d'une grave lésion mutilante des os du nez. De telles observations viennent à l'encontre de la doctrine de la pluralité des virus syphilitiques.

Les échecs du traitement préventif tardif de la neurosyphilis. — M. A. SÉZARY rapporte quatre observations de syphilitiques insuffisamment traités au début de leur infection et chez lesquels une thérapeutique intensive et prolongée n'a pas empêché le développement de lésions nerveuses (deux cas de paralysie générale, un cas d'hémiplégie, un cas de signe d'Argyll-Robertson). De tels faits montrent qu'il importe de faire la ponction lombaire aussitôt après la fin du traitement d'assaut, c'est-à-dire environ un an après le début de l'infection.

D'autre part, ils invitent à penser que dans le traitement de la syphilis ancienne les traitements neurotropes (arsenic pentavalent et même malariathérapie) peuvent être utilisés à côté des médications usuelles.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1930)

Accidents graves dus à l'aurothérapie. — M. Maurice PEIGNÉ (d'Evreux) signale les accidents graves, mais non mortels dus à l'injection intra-veineuse de 10 centigrammes de thiosulfate d'or. Cette dose a réveillé d'une manière violente des lésions lupiques torpides anciennes, en leur imprimant une évolution suraiguë; d'autre part, réveil de lésions oculaires et auriculaires qui semblaient éteintes. Pendant ces accidents, pas d'albuminurie, de glycosurie, de trouble gastro-intestinal; pas d'érythème, ni d'énanthème.

Les solutions multisalines. — M. R. HUERRE présente la question des formules comprenant un mélange de plusieurs sels, pas toujours exécutables; les médecins ne se rendant pas toujours compte des incompatibilités existant entre ceux-ci.

L'auteur donne une série d'exemples et signale les principaux mélanges possibles et impossibles.

Sur la localisation encéphalique des hypnagogues barbituriques (recherches expérimentales). — MM. André TARDIEU et F. LAFARGE, étudiant expérimentalement, sur les lapins, la répartition des dérivés barbituriques dans les différents territoires encéphaliques : (hémisphères, thalamus et corps strié, cerveau moyen, cervelet et bulbe) ont pu déterminer que la dose optima de phényléthylmalonylurée soluble

nécessaire pour obtenir un bon effet hypnagogue, en vingt ou trente minutes, est variable suivant la résistance du sujet, dans la proportion de 50 à 100 milligrammes par kilo d'animal (les mâles et les femelles pleines résistent davantage).

La technique de caractérisation utilisée est celle de la microsublimation faite à l'aide de l'appareil de Kempf, qui permet d'obtenir de très beaux cristaux, surtout si l'on prend soin de faire séjourner le sublimat pendant douze heures dans le vide sulfurique. Cet examen n'a qu'une valeur qualitative. Les cristaux de barbituriques sont aisément différenciés des gros cristaux de cholestérine. En comptant leur nombre par champ, on parvient à une approximation quantitative suffisante.

Avec cette technique employée déjà par E. et J. Keeser, et légèrement modifiée par les auteurs, on peut constamment caractériser, même après injection dans la veine du lapin, les doses les plus faiblement hypnagogues, d'assez nombreux cristaux barbituriques dans les sublimats obtenus en partant de toutes les portions de l'encéphale. Cependant ces cristaux sont spécialement abondants dans la région thalamique et le bulbe, où ils semblent se fixer avec une relative prédilection. Ces résultats d'ordre expérimental, confirment les données fournies par la clinique, l'empoisonnement par les hypnagogues réalisant parfois un syndrome voisin de celui de l'encéphalite épidémique.

Contrôle duodénal de certains laxatifs. — MM. G. Parturier et Audouy, après avoir fait toute une série d'expériences sur les laxatifs, arrivent aux conclusions suivantes :

Il faut dans la pratique courante écarter le sulfate de magnésie et même le sulfate de soude, comme dangereux et facilement remplaçables par des sels inoffensifs, tant pour l'épreuve « duodénal » que dans la thérapeutique des affections biliaires. Le sulfovinate de soude, le citrate de soude, le tartrate double de potasse et de soude ont une action toujours douce et n'ont jamais chez leurs malades, réveillé de douleurs au cours de l'épreuve du tubage duodénal.

Si l'on est amené pour une raison quelconque à recourir à l'usage des sulfates, on peut en atténuer les inconvénients, en utilisant l'action préparante des tartrate, citrate, sulfovinate de soude.

Sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo-métallique. — M. Pierre Reynier, présente les observations qu'il a pu faire en utilisant un complexe d'or constitué comme suit : une méthylène-amine sur laquelle ont été fixés : d'une part, de l'iode; d'autre part des métaux, soit alcalino-terreux (calcium ou strontium) soit lourds (or ou cadmium). Ce complexe est connu sous le nom de Crysiodal. Les voies d'introduction sont : l'intramusculaire et l'intraveineuse, la première paraissant moins active que la deuxième.

Injections de 3 centimètres cubes par semaine pour le début, puis de 5 centimètres cubes deux fois par semaine dans la suite; 5 centimètres cubes représentent environ $2^{mmg}75$ d'or.

Pas d'inconvénients sérieux. Pas de contre-indications. Un traitement est de 30 à 40 injections.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

RAPIDE DE NUIT PARIS-CHAMONIX

Jusqu'au 13 septembre inclus, un rapide de 1re et 2e classes comportant des places de wagons-lits de 1re et 2e classes, lits-salons et couchettes ainsi qu'un wagon-restaurant sur tout le parcours, met Chamonix à une nuit de Paris en empruntant l'itinéraire Bellegarde-Annemasse.

Départ de Paris 19 h. 55. Arrivée à Annemasse 5 h. 55, Sallanches-Combloux-Mégève 7 h. 25, Saint-Gervais-les-Bains 7 h. 40, Chamonix-Mont-Blanc 9 h. 14.

Au retour : départ de Chamonix-Mont-Blanc 17 h. 03, de Saint-Gervais-les-Bains 18 h. 35, de Sallanches-Combloux-Mégève 18 h. 50, d'Annemasse 20 h. 24. — Arrivée à Paris 6 h. 44. — Correspondance à Annemasse de et sur Evian.

L'auteur conclut que, contrairement à ce qu'on avait cru, l'action de l'aurothérapie n'est pas due au soufre contenu habituellement dans les diverses préparations employées, puisque le crysiodal n'en contient pas. De plus les résultats obtenus par ce dernier complexe, non seulement sont satisfaisants, mais sans incidents : le soufre ne serait-il pas, au contraire, la source des accidents parfois observés?

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PATENTE

Nous avons indiqué dans un précédent numéro (1) que la réforme, résultant de l'article 65 de la loi de finances du 17 avril 1930, ne serait appliquée qu'à partir du 1er janvier 1932, en raison des objections soulevées par les communes et les départements qui ont déclaré ne pas pouvoir combler le déficit qu'allait créer dans leurs budgets la disposition nouvelle.

Il y a deux questions importantes qui se sont posées et qui intéressent particulièrement, parmi ceux qui exercent une profession libérale, les médecins et chirurgiens et les avocats; ce sont les suivantes :

Première question : *Dans les locaux mixtes, c'est-à-dire dans les locaux où le patentable exerce sa profession et possède son habitation, tant pour lui que pour sa famille, comment se fera la ventilation entre les deux affectations?*

A cette première question, le Sénat avait répondu en proposant que, si les locaux professionnels du patentable n'étaient pas distincts de son habitation, la valeur locative à leur attribuer pour l'établissement du droit proportionnel ne pourrait, en aucun cas, être inférieure au tiers de la valeur locative de l'ensemble des locaux occupés. Mais la Chambre des députés a repoussé cette proposition le 13 avril 1930 (*J. O.*, p. 1806, col. 2). Les contrôleurs ne seront donc limités en aucune façon pour apprécier la proportion dans laquelle le contribuable occupe professionnellement les locaux dont il est locataire ou propriétaire, lorsqu'à partir du 1er janvier 1932 la loi sera applicable.

Ce point de vue peut constituer un avantage pour les familles nombreuses : plus il y aura de pièces occupées par l'habitation, plus sera faible la proportion donnant lieu à l'impôt. Il devra intervenir avec l'administration une entente, ce qui suppose préalablement une discussion.

Un forfait eût évité toute discussion et eût assuré plus de tranquillité et surtout plus de stabilité dans les relations avec l'administration fiscale. En soi le forfait n'est pas strictement juste; mais il présente l'avantage qui vient d'être indiqué.

En tout cas, l'administration tiendra très certainement compte des situations particulières; et nous sommes convaincus, puisqu'il s'agira surtout de constatations matérielles, qu'aucune difficulté sérieuse ne surgira.

Deuxième question : *Comment sera appréciée la valeur locative servant d'assiette à la patente? Prendra-t-on la valeur locative de 1914, à laquelle on appliquera les coefficients de majoration, tels qu'ils résultent de la loi du 29 juin 1929, sans pouvoir aller au delà, même si l'occupant locataire a accepté de payer un loyer supérieur au taux limite? Quelle valeur locative retiendra-t-on lorsqu'en 1914 les lieux n'étaient occupés que pour l'habitation?*

Le Sénat avait prévu que la valeur locative serait « déterminée suivant les règles applicables au 1er janvier de l'année de l'imposition, pour la fixation des loyers similaires assujettis à la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929 ». Ce qui revenait à dire que la valeur locative ne pourrait être supérieure à la valeur 1914 augmentée des coefficients de majoration. Le Sénat ne déterminait d'ailleurs pas la valeur 1914; mais on aurait sans doute pu y arriver par le jeu même des dispositions légales existantes.

La Chambre des députés a repoussé cette disposition, sans rien fixer; de telle sorte que le patentable va se trouver soumis à l'arbitraire de l'administration qui pourrait fort bien asseoir la patente sur la valeur locative *réelle actuelle* des locaux occupés professionnellement, valeur qui est supérieure au taux-limite des lois sur les loyers.

On peut se rendre compte par la position de ces deux questions et la réponse à laquelle elles ont donné lieu que le Parlement a bien eu dans l'esprit de faire disparaître une iniquité, mais il a entouré la réforme de telles réticences qu'on peut se demander l'avantage qui reviendra à ceux qui exercent des professions libérales. Nous croyons qu'il existera; mais quant à dire son étendue, cela paraît impossible pour le moment.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 62, p. 1126.

LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes ictériques (1), par le docteur P.-A. CARRIÉ, médecin des hôpitaux de Paris.

L'ictère a suscité, au cours de ces dernières années, tant à l'étranger qu'en France, de nombreux travaux. Malgré leur importance et leur intérêt, malgré les précisions et les notions nouvelles qu'ils ont apportées, les problèmes cliniques, étiologiques, physiopathologiques, que soulève la constitution de ce syndrome, sont loin d'être tous, à l'heure actuelle, définitivement résolus.

Dans cet ouvrage, l'auteur aborde l'étude des différents problèmes ainsi soulevés, expose les discussions auxquelles ils ont donné lieu, fait la critique des solutions proposées et, s'aidant de recherches personnelles, s'efforce de dégager les notions qui paraissent définitivement acquises, de celles qui restent hypothétiques.

C'est ainsi qu'on y trouvera, entre autres, longuement exposés les problèmes suivants : la genèse des pigments biliaires, genèse dont la connaissance est indispensable pour une compréhension parfaite du syndrome ictère et qui, encore obscure, laisse ouverte la discussion, vieille de plusieurs siècles, qui oppose la genèse intra-hépathique et la genèse extra-hépatique; le mécanisme de l'urobilinurie, que des travaux récents ont remis à l'ordre du jour; la signification des ictères dits dissociés; le mécanisme physiopathologique des ictères et leur classification en ictères mécaniques, ictères hépatiques et ictères hémolytiques, classification moderne que l'auteur adopte, mais en montrant combien il est souvent difficile de faire rentrer tel ou tel ictère dans le cadre de cette classification : les obscurités qui subsistent au sujet du mécanisme des anémies ictériques; le problème de l'ictère catarrhal; la classification étiologique des ictères infectieux, groupe confus dans lequel l'auteur s'efforce de mettre un peu d'ordre; les ictères du nouveau-né, etc.

Le syndrome ictère est, dans ses diverses modalités, étudié tant au point de vue clinique qu'au point de vue physiopathologique, et, comme dans chacun des ouvrages de la « Collection des grands syndromes » la thérapeutique, est, chaque fois qu'il y a lieu, longuement exposée.

L. G.

(1) Un volume de 452 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — MERCREDI 13 AOUT 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 13 AOUT 1930. — N° 65.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — MINISTÈRE DE L'INAÉRIEUR. — Est nommé :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Amelin (de Culan).

VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL PYRÉNÉES-OCÉAN. — Les Compagnies françaises de chemins de fer ont accordé aux adhérents du Voyage Pyrénées-Océan les mêmes facilités qu'aux autres Voyages de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, c'est-à-dire que ces adhérents bénéficieront d'un permis individuel donnant droit à une réduction de 50 p. 100 sur les réseaux français, en 1re et 2e classes, de la gare de départ en France ou de la frontière française, jusqu'au point de rassemblement du Voyage, et de même au retour. Ce permis de réduction sera valable pendant un mois.

Rappelons que ce Voyage commencera à Périgueux, le 6 septembre, par la visite des stations préhistoriques du Périgord, et se déroulera ensuite dans les Pyrénées, avec la visite des stations thermales et climatiques de Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Cauterets, Les Eaux-Bonnes, Les Eaux-Chaudes, Argelès, Salies-de-Béarn, Saint-Christau, Pau et Cambo. Le parcours sera effectué par la route des Pyrénées, dont l'on franchira les principaux Cols (Tourmalet 2.122 m.), et s'accompagnera d'excursions au Cirque de Gavarnie et à Lourdes (procession des pèlerinages).

Puis le Voyage continuera sur la Côte de l'Océan par la visite de Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, Fontarrabie et Saint-Sébastien. Il se terminera par une réception dans les nouveaux établissements de Dax, et la dissociation aura lieu à Bordeaux le 17 septembre.

Ce Voyage, comme les précédents, s'accomplira en voitures spéciales de la Compagnie du Midi et de la Compagnie des wagons-lits. Le parcours de Bagnères-de-Bigorre à Biarritz sera effectué en auto-car. Les séjours seront partout assurés dans les meilleurs hôtels. Des conférences, des démonstrations scientifiques et des fêtes sont prévues dans toutes les stations. Il est nécessaire de retenir les places à l'avance. — Prière d'écrire immédiatement à la direction des Voyages médicaux pyrénéens, docteur M. Faure, à La Malou (Hérault).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE. — *Cours de perfectionnement d'orthopédie* du professeur H.-L. Rocher, avec la collaboration de MM. les docteurs Charbonnel, Masse, chirurgiens des hôpitaux; Gourdon, chargé de cours; Papin, Lasserre, Fortin, anciens chefs de clinique; Guérin, chef de clinique; Roudil, chef de clinique adjoint; Dijonneau et M. Thibaudeau.

Tous les matins, à l'hôpital des Enfants :

A 8 h. 30 : Présentation de malades. Exposés anatomo-cliniques et indications thérapeutiques.

A 10 h. : Séance opératoire et présentation d'opérés. (Les auditeurs pourront participer, sur leur demande, aux assistances opératoires.)

Tous les soirs, à la Faculté de médecine :

A 14 h. : Exercices pratiques de médecine opératoire sur

le cadavre; examen de pièces anatomiques et de radiographies.

A 16 h. : A l'hôpital des Enfants, conférences portant sur les principaux problèmes de chirurgie de l'appareil moteur.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er octobre 1930.

Droit d'inscription : 200 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une très vive peine la mort de M. Brissy le Cholleux, qui fut pendant longtemps notre très précieux et dévoué collaborateur à l'imprimerie Levé. Ecrivain élégant et d'une grande érudition, M. Brissy le Cholleux s'était spécialisé dans les questions de politique étrangère et depuis plusieurs années, il était le chef très distingué de cette rubrique dans le journal *La Croix*.

Régionaliste fervent, il fut le rénovateur des *Rosati* et la ville de Fontenay-aux-Roses lui avait décerné le titre de citoyen d'honneur.

M. Brissy le Cholleux était membre de la Société des Gens de lettres et chevalier de la Légion d'honneur.

CHRONIQUE

LA NOUVELLE FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

La transformation de l'Ecole de Marseille dont nous montrions tout récemment (1) l'importance, a été précédée de travaux d'aménagement considérables, soit au château du Pharo, qui reste le centre d'enseignement médical, soit dans un autre immeuble où se trouve installée dans de vastes laboratoires, parfaitement organisés, la section de pharmacie. Cette création est l'aboutissement d'efforts qui datent d'un demi-siècle au moins, et qui se sont heurtés aux obstacles les plus inattendus; les derniers ont été soulevés au Parlement, en des séances dont nos lecteurs n'ont peut-être pas perdu le souvenir.

Que la Faculté de médecine de Marseille soit un élément capital de notre armement scientifique, qu'elle soit quasi indispensable au rayonnement de la France dans tout le bassin méditerranéen, et dans ses territoires coloniaux les plus lointains, qu'elle soit appelée à servir, en outre de ces intérêts nationaux, des intérêts régionaux qui sont hautement respectables, personne n'a osé le contester. Et c'est bien grâce à cette évidence que tous ces obstacles ont pu être surmontés, grâce aussi aux concours généreusement offerts par la ville de Marseille et par le département des Bouches-du-Rhône. Et l'on a eu ces jours-ci la satisfaction de lire dans les journaux politiques un discours où M. le ministre de l'Instruction publique se félicitait d'avoir donné le jour à une Faculté dont l'avenir est si nettement et si brillamment tracé.

La nouvelle Faculté avait été si bien préparée, par son personnel, par son installation, par son matériel, qu'elle a pu fonctionner sans secousse aucune : ouverte par un décret qui date du 18 avril et qui n'a été connu en raison des vacances de Pâques que vers le 25 avril, elle a été prête dès le 1er mai, date de son ouverture officielle, à faire subir sans aucune difficulté les examens de la session correspondante.

Le personnel enseignant est numériquement au complet; il a suffi de faire continuer les enseignements par leurs titulaires. Mais pour des raisons dont l'Administration universitaire est seule juge, elle n'a pas cru devoir constituer dès l'ouverture un ensemble complet de professenrs titulaires; bien que le corps professoral de l'ancienne Ecole renferme nombre de personnalités dont personne n'a jamais discuté le droit à être professeur de Faculté, le ministère n'a désigné comme titulaires de chaires que des agrégés ou anciens agrégés. Ces derniers étaient déjà un nombre important à l'Ecole de plein exercice; ils venaient de Montpellier, de Bordeaux et de Toulouse; c'étaient par ordre d'ancienneté dans leur chaire : MM. Léon Imbert (clinique chirurgicale), Moitessier (chimie), Guérin-Valmale (clinique obstétricale), Aubaret (clinique ophtalmologique), Roger (neurologie), Gaujoux (clinique médicale), Romieu (histologie), chacun d'eux conserva sa chaire et le ministère leur adjoignit 5 autres agrégés venus de Paris, de Lyon et de Nancy, MM. Blanchetière (chimie), Mercier (pharmacodynamie), Joyeux (parasitologie), Chevallier (physique), Cornil (anatomie pathologique).

M. le professeur Léon Imbert a été nommé, pour trois ans, doyen de la nouvelle Faculté.

Enfin, plus récemment, par une nouvelle décision qui avait été retardée par l'obligation de modifier certains règlements après consultation de la section permanente et du Conseil supérieur de l'Instruction publique furent nommés professeurs titulaires sans chaire, trois professeurs de l'ancienne Ecole, qui ne pouvaient sans injustice, être éloigués du Conseil, MM. Audibert (clinique médicale), Olmer (clinique médicale), et Silhol (clinique chirurgicale). D'autres rajustements s'imposent encore, et l'on peut être certain qu'ils seront réalisés à bref délai. Ce travail d'adaptation terminé, la Faculté de Marseille sera en mesure de s'acheminer vers ses nouvelles destinées.

Le décret de création a donné à la Faculté de Marseille un qualificatif supplémentaire que ne possèdent point les autres; elle sera « coloniale ». En outre de son rôle commun avec les autres Facultés de former des médecins et des pharmaciens civils, elle devient donc officiellement le Centre national pour l'Enseignement de la médecine coloniale aux praticiens désireux d'exercer hors de la Métropole. On peut avoir l'assurance que ceux qui ont réussi à réaliser la Faculté sauront lui construire une solide armature coloniale. Ils y seront puissamment aidés par le voisinage de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales; celle-ci lui fournira un matériel clinique sans doute unique en France, un personnel enseignant sans cesse renouvelé, gardant d'une façon permanente un contact étroit avec la vie coloniale, et dont la collaboration intime avec ses professeurs civils de compétence éprouvée garantira à cet organisme une vitalité qu'il ne pourrait trouver ailleurs. Depuis quelques années déjà, un Institut de médecine coloniale, dirigé par le professeur Raynaud, puis par le professeur Alezais avait été annexé à l'ancienne Ecole, la création de la Faculté lui permettra de prendre son complet développement.

On peut être certain que, pourvue de tous ces éléments, la Faculté de Marseille marchera d'un pas assuré vers son brillant avenir.

F. L. S.

(1) La Faculté de médecine générale et coloniale de Marseille, *Gaz. des hôpit.*, n° 53, 2 juillet 1930.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE

Paris, 20-25 juillet 1930 (1).

La Société internationale de microbiologie a tenu son premier Congrès à l'Institut Pasteur sous la présidence du professeur Bordet (de Bruxelles). Cette importante manifestation scientifique a réuni à Paris les représentants les plus autorisés de la science dans les divers pays. Y ont notamment participé MM. les professeurs Park, Petroff, Carel, Landsteiner, Wadsworth, Dochez (des Etats-Unis); Hahn, de l'Institut d'hygiène du Reich; Kolle, Pfeiffer, Madsen, directeur du Comité d'hygiène à la Société des Nations; Wright, Ledingham, Aldershof, directeur de l'Institut d'Utrecht, van Looghem, directeur de l'Institut d'Amsterdam; Castellani, Belfanti, Sanarelli, Fontes, auteur des premiers travaux sur le virus filtrant tuberculeux; Grafsberger, directeur de l'Institut d'hygiène de Vienne; Hirszfeld, directeur de l'Institut de Varsovie; Watson (du Canada), Von Grœr (de Pologne), et quantité de bactériologistes choisis parmi les savants les plus éminents de 28 nations.

Au cours de la séance d'inauguration, le professeur Bordet fit ressortir, dans un discours très applaudi, l'utilité de ces assises internationales qui contribuent « à consolider, sous forme de relations personnelles d'un caractère plus amical, les rapports qu'ont ébauchés l'émulation des efforts et l'échange des travaux ».

Les travaux du Congrès ont porté sur un certain nombre de questions scientifiques offrant un intérêt théorique et pratique de premier plan. Y furent en particulier discutés les découvertes récentes concernant l'étiologie de la grippe, l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la scarlatine, les connaissances nouvelles sur le choléra, les méthodes modernes de culture des tissus et des tumeurs, les problèmes actuels de la médecine vétérinaire, tels que l'avortement épizootique, l'étude des spirochétoses sanguines, enfin des questions biologiques d'ordre général, telles que la question de l'immunité chez les plantes, etc., etc.

Un certain nombre de conférences sur quelques-unes des grandes questions d'actualité furent faites par les auteurs les plus qualifiés. C'est ainsi que MM. Park, Martin et Ramon parlèrent de l'anatoxine et de la vaccination antidiphtérique, que M. Calmette exposa les résultats de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G., que M. Kolle enfin, traita le problème de l'immunité dans la syphilis.

De nombreuses démonstrations techniques eurent lieu tant à la Faculté de médecine qu'à l'Institut Pasteur pendant toute la durée de ce Congrès qui fut clôturé par un banquet amical au cours duquel la plupart des délégués étrangers rendirent successivement hommage à la grande figure de Pasteur et aux savants éminents qui, dans le monde entier, ont continué son œuvre.

LA VARIÉTÉ MICROBIENNE ET LES PHÉNOMÈNES LYTIQUES

Rapporteurs : MM. J. Bordet, d'Hérelle, Legingham Artwright et Neisser.

M. Bordet ne croit pas à l'intervention d'un germe invisible dans le déterminisme des phénomènes lytiques qui s'observent au sein de certaines cultures. Il soutient la théorie selon laquelle les principes qui donnent lieu à ces phénomènes sont produits par les bactéries elles-mêmes et non pas un virus invisible. C'est dans la physiologie bactérienne normale qu'ils puisent leur origine. Ce sont des substances actives qui, normalement, interviennent dans le fonctionnement de la bactérie productrice sans y provoquer de phénomènes pathologiques, mais qui peuvent être nuisibles lorsqu'elles s'intègrent dans la physiologie d'espèces différentes auxquelles elles ne sont pas aussi bien appropriées, ou dans celles de types microbiens de même espèce qui se sont spontanément différenciés.

M. d'Hérelle soutient, de son côté, que la bactériophagie est le fait de corpuscules possédant toutes les caractéristiques des êtres vivants : ces principes bactériophages, agissant par l'intermédiaire de ferments qu'ils sécrètent, possèdent tous les attributs de la vie : l'autonomie, la variabilité des caractères, la possibilité d'adaptation, etc...

Le bactériophage, ajoute l'auteur, est un parasite des bactéries et provoque chez ces dernières une maladie infectieuse qui présente tous les caractères généraux des maladies infectieuses.

MM. Ledingham et Arkwright étudient certains aspects de la variabilité microbienne. Ils estiment que les propriétés de mutation héréditaire des bactéries sont permanentes et que cette mutation s'exerce avec persistance jusqu'au changement complet d'une forme ou d'une fonction au point de vue morphologique.

M. Max Neisser montre les différents modes d'action du phénomène de « phagie ». Il pense que la lyse des microbes n'est pas la propriété la plus importante du phage, mais qu'il existe des espèces microbiennes qui, lorsqu'elles entrent en combinaison avec des « phages », acquièrent des propriétés toxiques nouvelles qui n'appartiennent en propre ni au « phage », ni au microbe pris séparément.

***

Un grand nombre de communications ont été faites sur cette question des lyses microbiennes.

M. Bronfenbrenner étudiant la nature d'un bactériophage et le mécanisme de la lyse, soutient que l'agent actif responsable du phénomène lytique n'est pas un parasite vivant, organisé, mais un produit du métabolisme bactérien dont l'effet est d'accélérer la cadence du métabolisme des cellules. Il ne produit d'ailleurs de lyse que lorsqu'il y a de l'eau dans le milieu ambiant.

M. Thiercelin met en évidence le rôle de la lyse dans la reproduction de l'entérocoque.

Dans les cultures jeunes, l'élément microbien aussitôt ensemencé, se déforme, se gonfle et se lyse pendant qu'aux dépens du protoplasma lysé (lysoplasma) se forment des granulations très fines (bactérioblastes) qui deviennent des cocci.

Dans les cultures très anciennes, la reproduction se fait également par la lyse des microbes, mais le rôle le plus important revient au protoplasma du dépôt formé par les corps bactériens lysés qui, aussitôt après l'ensemencement, donne naissance aux bactérioblastes, soit directement, soit par l'intermédiaire de sphères bactérigènes de volumes variables qui naissent de ce protoplasma et ensuite les unes des autres par fractionnements successifs.

M. Kuklova étudie les phénomènes lytiques concernant le bacille typhique. Il montre que le microbe isolé de différents tissus du même organisme oppose une résistance inégale à l'action lytique du bactériophage.

M. Grumbach, exposant ses recherches sur la bactériophagie du streptocoque, fait remarquer que les propriétés morphologiques et biologiques de ce microbe, sur lesquelles ont été basés jusqu'ici les essais de classification de ses différentes espèces, dépendent en majeure partie de la présence du « phage », et qu'ainsi une classification ne pourra être établie qu'après une étude plus approfondie de ces variations.

M. Daranyi étudie le phénomène lytique de la bactéridie charbonneuse. Il met en évidence le rôle d'un enzyme engendré par des bacilles récemment éclos de leur spore, et capable de dissoudre les bacilles végétatifs environnants.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

LA SCARLATINE (étiologie, prophylaxie, thérapeutique).

Rapporteurs : MM. Cantacuzène, Debré, Dochez, Friedeman, Teissier, Wadsworth et Zlatogoroff.

M. Cantacuzène réfute la doctrine streptococcique de la scarlatine qui ne saurait cadrer avec une série de faits cliniques et expérimentaux, et se refuse à accorder un caractère de spécificité à la réaction de Dick qu'il considère comme une réaction antistreptococcique, non comme une réaction antiscarlatineuse.

L'auteur croit à la présence d'un ultravirus absorbé par les streptocoques et véhiculé par eux. Il en voit une preuve dans le pouvoir agglutinant, vis-à-vis des streptocoques scarlatineux, acquis par le sang de lapins qui ont subi l'imprégnation, soit de produits scarlatineux filtrés, soit de streptocoques banaux modifiés par la culture en filtrat de scarlatineux.

MM. Debré, Ramon et Mlle Pétot exposent leurs essais d'immunisation de l'homme au moyen d'une anatoxine du streptocoque scarlatineux. En partant du filtrat du streptocoque scarlatineux, les auteurs ont préparé un antigène qu'ils ont utilisé dans leurs essais d'immunisation vis-à-vis de la scarlatine. L'injection de trois doses de 1/2, 1, 2 centimètres cubes de l'anatoxine du streptocoque scarlatineux leur a permis d'observer un virage de la réaction de Dick dans 64,8 p. 100 des cas.

M. Dochez, après avoir étudié les rapports entre le streptocoque hémolytique et la scarlatine, conclut que celle-ci n'est pas une maladie hautement spécifique et qu'elle n'est qu'une manifestation de l'infection par le streptocoque hémolytique chez des individus qui sont devenus hypersensibles aux produits streptococciques, et chez lesquels la production des anticorps neutralisants est retardée.

M. Friedeman croit à l'étiologie streptococcique de la scarlatine dont il rappelle les preuves essentielles :

1° La possibilité de provoquer chez l'homme une maladie en tout point semblable à la scarlatine à l'aide des streptocoques scarlatineux;

2° L'existence d'une immunité croisée entre la scarlatine naturelle et le streptocoque de la scarlatine;

3° L'action curative, dans les cas non compliqués, d'un sérum obtenu par immunisation de chevaux au moyen de la toxine de streptocoques scarlatineux.

« Cette sérothérapie, dit l'auteur, s'est montrée très efficace dans plus de 2.000 cas que j'ai traités. Par un dosage exact, on réussit dans les cas toxiques les plus graves à faire disparaître en vingt-quatre ou quarante-huit heures tous les symptômes de la scarlatine. En cela le sérum contre la scarlatine est de beaucoup supérieur au sérum antidiphtérique. » Il est cependant, ajoute M. Friedeman, sans effet sur les complications septiques de la maladie, bien qu'il ait, là encore, une certaine valeur prophylactique. En particulier il ne semble pas pouvoir empêcher la production de la néphrite.

M. le professeur Teissier, après avoir rappelé les résultats souvent contradictoires apportés à l'appui des deux doctrines en présence, émet le vœu :

Que soit instaurée une Commission internationale de savants, expérimentateurs et cliniciens, qui aurait mission de dresser un programme d'études et d'expériences, d'enquêtes, de contrôle et de discrimination susceptibles, avec l'aide des techniques actuelles ou de techniques nouvelles, d'apporter toute la lumière nécessaire à la solution d'une question aussi cruciale que le sont, au point de vue bactériologique et clinique, les problèmes de l'étiologie et de la pathogénie de la scarlatine.

M. Zlatogoroff rappelle qu'il a mis en évidence, dans le filtrat de la muqueuse buccale des scarlatineux, la présence d'un virus qui exerce une action spécifique sur les animaux et sur les hommes et qu'il a pu obtenir en partant de ce filtrat, cultivé dans un milieu déterminé, des diplogranulations qui passent par le filtre Chamberland. Des études que cet auteur a poursuivies sur ces virus et leurs rapports avec les streptocoques scarlatineux et la scarlatine, il résulte que ces diplocoques sont un stade visible d'un virus filtrant scarlatineux qui activait le streptocoque. Le rôle spécifique de ce virus filtrant dans la scarlatine se trouve confirmé, ajoute l'auteur, par les expériences de vaccination préventive et thérapeutique faites sur les hommes immunisés avec le filtrat de la muqueuse buccale des scarlatineux, et aussi par l'efficacité du traitement de la scarlatine septique au moyen du sérum de chevaux immunisés avec les filtrats scarlatineux (ne contenant pas de streptocoques et ne contenant qu'une quantité négligeable de toxine).

M. Vadsworth, après avoir étudié l'action de la sérothérapie antistreptococcique dans la scarlatine, estime que l'idée de la spécificité de la scarlatine et de son agent pathogène est une notion fausse qui apporte un obstacle au progrès dans l'étude de cette maladie.

« Nos conceptions, dit-il, deviennent plus claires si nous réfléchissons que la fièvre scarlatine est simplement une manifestation de l'infection streptococcique, dont les caractères particuliers doivent être attribués aux conditions particulières de susceptibilité des tissus, mais non pas aux propriétés particulières du streptocoque qui la détermine. »

*
* *

La question de la scarlatine donna lieu à un grand nombre de communications.

M. Revelli, se basant sur les résultats de ses recherches personnelles ainsi que sur certaines données chimiques et sérologiques, soutient l'hypothèse que la scarlatine serait déterminée par une phase filtrable et obligatoirement invisible *in vivo* du streptocoque de la scarlatine.

M. Foa, appuyant la conception de M. Revelli, signale qu'on peut isoler du mucus des scarlatineux une souche de streptocoques tout à fait identique à celle que l'on obtient en jactant du sang des lapins inoculés avec le filtrat.

M. le professeur Todorovitch (de Belgrade), après avoir exposé les résultats de ses recherches sur la sérothérapie de la scarlatine, conclut à la spécificité de cette sérothérapie dont l'efficacité lui paraît constituer un argument en faveur de l'étiologie streptococcique de la scarlatine.

M. le professeur Belonowsky envisage la scarlatine comme un processus amicrobien, comme une réaction spéciale provoquée par le streptocoque. Pour lui, les substances produites par cette réaction appartiennent probablement au type du bactériophage, c'est-à-dire que, sans représenter un être organisé ou microbe, elles peuvent infecter les cellules et les humeurs de l'organisme ainsi que les streptocoques eux-mêmes qui seulement après cela peuvent devenir porteurs de l'infection scarlatineuse.

L'ÉTIOLOGIE DE LA GRIPPE

Rapporteur : M. Pfeiffer.

M. Pfeiffer, après avoir montré le rôle du bacille de Pfeiffer dans l'étiologie de la grippe, conclut que toutes les recherches effectuées jusqu'ici sur cette question ne l'ont pas complètement élucidée. Si, comme il est vraisemblable, le bacille de Pfeiffer est le véritable agent de la grippe il reste à expliquer pourquoi cet agent, dont la virulence est très limitée en dehors des périodes épidémiques, acquiert d'emblée, à l'occasion des pandémies, la faculté de répandre ce fléau à travers le monde entier.

*
* *

Plusieurs auteurs ont étudié dans leur communication l'étiologie de la grippe.

M. Orticoni pense que le bacille de Pfeiffer, du moins

dans la forme visible que nous lui connaissons, n'est pas capable de tout expliquer et de résoudre complètement le problème de la grippe. S'il a une action de priorité certaine sur les autres germes d'association secondaire rencontrés dans les formes graves de la grippe pandémique, il reste à démontrer si cette action de priorité n'est que la phase grave et visible faisant suite à une phase d'action invisible de ce même microbe ou si elle dépend d'un germe invisible tout différent.

M. FORNET estime que seuls les germes qui se laissent régulièrement ou très souvent cultiver dans le sang des malades peuvent être considérés, avec quelque vraisemblance, comme les agents spécifiques de la grippe.

M. BEMELMANS établit une analogie certaine entre la maladie de poitrine des chevaux et la grippe humaine. Il est persuadé que dans les deux cas il s'agit d'une maladie locale ayant son siège dans le rhino-pharynx et que toutes les autres caractéristiques de la maladie doivent être considérées comme le fait des complications secondaires.

LES LIPOIDES DANS L'IMMUNITÉ

Rapporteurs : MM. BELFANTI et SACHS.

M. BELFANTI expose ses recherches et celles de son école sur certaines substances lipoïdiques obtenues à partir des organes de mammifères et possédant spontanément une action hémolytique, et, d'autre part, sur des lipoïdes de diverses provenances qui acquièrent leur pouvoir hémolytique sous l'action enzymatique du poison des serpents, des abeilles, des guêpes. Dans les extraits d'organes, l'auteur a réussi à séparer et distinguer différentes phases de la dégradation lipoïdique, qu'il étudie comparativement avec les dégradations enzymatiques que les lipoïdes subissent lorsqu'ils sont soumis à l'action des venins.

Les résultats de ces expériences sont mis en corrélation avec les rapports existant entre les lipoïdes et les propriétés fixatrices des sérums. On arrive ainsi à mettre en évidence l'importance des lipoïdes dans les phénomènes de l'immunité et dans la pathogénie de plusieurs états morbides.

M. SACHS rappelle que les recherches faites pendant ces dix dernières années ont montré que, non seulement les matières albuminoïdes mais aussi les composants des cellules et des tissus solubles dans l'alcool, les « lipoïdes » sont capables de provoquer la formation d'anticorps spécifiques. L'étude de ces fonctions des lipoïdes présente un grand intérêt du point de vue biologique. Elle facilitera la compréhension des modifications du sang dans certaines maladies, en particulier dans la syphilis. Les anticorps lipoïdiques ouvrent de nouveaux horizons pour la connaissance de la composition de la nature animée. Ils permettent de découvrir les propriétés particulières des différents organes et font comprendre les particularités des tumeurs malignes et des groupes sanguins. Cela a permis de découvrir à plusieurs reprises les relations intimes entre les fonctions lipoïdiques et la constitution dans l'organisme vivant. Son importance s'étend donc aussi bien au problème de la biologie qu'à celui de la pathologie et du diagnostic.

LA PATHOGÉNIE DU CHOLÉRA

Rapporteurs : MM. KITASHIMA et SANARELLI.

M. KITASHIMA étudie les vibrions cholériques trouvés au cours de plusieurs épidémies japonaises. Il conclut que ces vibrions ont des types différents. La différence n'est pas aussi marquée que pour les bacilles dysentériques ou paratyphiques; elle est suffisante, toutefois, pour avoir une influence sur les résultats du phénomène de Pfeiffer ou de l'agglutination. Certaines souches étant faiblement agglutinées par les sérums immunisés, il faut faire une étude soigneuse des propriétés biologiques, particulièrement dans les cas douteux.

M. SANARELLI rappelle la propriété particulière du vibrion cholérique qu'il a autrefois décrite sous le nom de gastro-entérotropisme et que l'on met facilement en évidence chez l'animal et en particulier chez le cobaye.

Puis il décrit le syndrome de l'algidité cholérique tel qu'il se présente fréquemment chez l'homme et tel qu'on peut le reproduire expérimentalement chez l'animal.

* * *

M. D'HÉRELLE pense qu'il faut faire intervenir le bactériophage dans la pathologie et l'épidémialogie du choléra. Si l'adaptation du bactériophage intestinal se produit avant que des lésions mortelles se soient constituées, le malade guérit; dans le cas contraire, il succombe; de même, la fin d'une épidémie est due à la diffusion de bactériophages adaptés à partir des convalescents. Ceci résulte de l'observation de nombreux malades et se trouve confirmé par les faits suivants. L'administration aux malades de cultures de bactériophages adaptés a permis de réduire la mortalité dans les villages de l'Inde de 60 à 80 p. 100 à 8-10 p. 100 et même sur des malades traités à l'hôpital à 2 p. 100. La diffusion de bactériophages adaptés par adjonction à l'eau d'alimentation permet de juguler une épidémie à son début.

LA FIÈVRE ONDULANTE ET L'AVORTEMENT ÉPIZOOTIQUE

Rapporteur : MM. BANG, KLING, RINJARD.

M. BANG étudie le brucella abortus chez la vache au Danemark et son rôle pathogène pour l'homme. Celui-ci est le plus souveet contaminé par la vache directement et rarement par le lait, qui contient généralement trop peu de B. abortus pour contaminer l'homme.

M. KLING précise les rapports entre la fièvre ondulante et l'avortement épizootique. Il montre que celui-ci est, en Suède, d'origine bovine, que le lait de vache est la principale source de la contagion et qu'entre l'agent de cette affection et le virus de la fièvre ondulante, il existe une étroite parenté.

M. RINJARD étudie, à son tour, les relations qui peuvent exister entre les deux brucelloses : fièvre ondulante humaine et la maladie de Bang des animaux.

* * *

M. SCHLOSSMANN étudie l'avortement épizootique et la fièvre ondulante en Esthonie où ces affections ne sont pas rares.

Sur 890 échantillons de sérums provenant des bovins de 17 exploitations, 301 sérums (33,8 p. 100) agglutinaient le bacille de Bang dans une proportion variant entre 1/200 et 1/1000. Dans plus de 10 p. 100 des échantillons, on put mettre en évidence, dans le lait des vaches, la présence du bacille de Bang. Sur 1.245 échantillons de sérums humains, 57 sérums (4,5 p. 100) agglutinaient le bacille de Bang à des dilutions supérieures à 1/200. L'existence et la maladie de Bang a été démontrée par les procédés sérologiques et bactériologiques chez 8 sujets (4 vétérinaires), l'hémoculture a été positive dans un cas seulement. A signaler l'absence complète de fièvre de Malte en Esthonie.

M. HEGLER signale que sur 10 cas d'infection par B. abortus de Bang chez des adultes, il a observé trois fois une atteinte de foie compliquée dans 2 cas d'une grande tumeur de la rate. Dans 2 cas, il s'est produit une phlébite des membres inférieurs, compliquée dans un cas d'une thrombose de la veine porte. 2 cas ont été vérifiés par l'autopsie. Il est probable que l'agent nocif, une fois entré par l'intestin, provoque des lésions particulières des racines de la veine porte et des organes hépatospléniques. Il serait recommandable à l'avenir d'essayer de chercher le microbe en question dans tous les cas d'ictère catarrhal.

LES GROUPES SANGUINS

Rapporteurs : MM. Hirszfeld, Landsteiner et Lattès.

M. Hirszfeld envisage les groupes sanguins dans leur rapport avec la sérologie constitutionnelle et le problème du cancer.

M. Lattès considère les plus récentes acquisitions concernant les groupes sanguins au point de vue pratique.

En clinique, pour la transfusion sanguine, l'existence, qui paraît démontrée, des sous-groupes dans les groupes A et AB et la possibilité d'immunisation d'homme à homme, exigent que l'on fasse la réaction de compatibilité sanguine directe entre le donneur et le receveur, surtout dans les transfusions répétées. La recherche du groupe sanguin importe dans l'impaludation des paralytiques généraux.

En médecine légale s'est affirmée, par les recherches les plus récentes, la possibilité d'exclure la paternité avec certitude, en se fondant sur l'hérédité des groupes sanguins, et de reconnaître l'origine individuelle des taches de sang. Les méthodes proposées par le professeur Lattès se sont beaucoup perfectionnées, et donnent désormais des résultats bien plus constants.

M. Landsteiner fait un résumé des progrès accomplis depuis ses premières études sur les différences individuelles du sang humain et sur l'existence de groupes sanguins. L'importance pratique a été grande, surtout au point de vue de la sélection sérologique des donneurs de sang, ce qui a enlevé à la transfusion les dangers qu'elle présentait.

Une autre application intéressante, quoique moins importante, de la notion des groupes sanguins, consiste dans l'utilisation de la réaction isoagglutinante pour l'étude des cas de paternité discutée.

On a constaté qu'à côté des quatre groupes classiques existent des sous-groupes. Ce fait prouve que le sang humain présente de grandes variations individuelles. Le schéma des quatre groupes n'en conserve pas moins toute sa valeur.

LES SPIROCHÉTOSES SANGUINES

Rapporteur : M. Ch. Nicolle.

MM. Nicolle et Anderson montrent le mécanisme de la transmission des spirochètes récurrents par les ornithodores. Leurs recherches ont porté sur 8 échantillons de spirochètes et sur 5 espèces d'ornithodores.

L'indifférence des ornithodores vis-à-vis des spirochètes qu'on tente de leur faire transmettre est complète. L'infection d'une tique est définitive. D'une façon générale, les ornithodores infectés à l'état adulte ne transmettent pas leur infection par piqûres et les ornithodores infectés à l'état nymphal les transmettent par piqûres jusqu'au moment où ces nymphes deviennent adultes elles-mêmes.

L'IMMUNITÉ CHEZ LES PLANTES

Rapporteur : M. Carbone.

M. Carbone montre qu'on voit apparaître chez les plantes des réactions d'immunité à l'égard des microorganismes parasites; et chez les plantes comme chez les animaux elles sont liées à la vie, disparaissant avec la mort de la plante.

Dans les plantes, aussi bien que dans les animaux, il y a lieu d'envisager, d'une part, une immunité naturelle, mais aussi une immunité acquise; il est donc possible de vacciner les plantes. Il paraît, en outre, que l'on peut, pour les plantes utiliser aussi bien la sérothérapie préventive que la sérothérapie curative; mais les expériences en cette matière sont encore trop peu nombreuses, pour que l'on puisse apporter des affirmations précises. On connaît déjà suffisamment le mécanisme de quelques réactions immunitaires chez les plantes, mais pour beaucoup d'autres, ce mécanisme est encore inconnu. Ce qu'on sait à ce propos suffit pourtant à démontrer l'intérêt qu'il y aurait à étudier la question d'une manière plus complète et plus précise.

LES CONFÉRENCES

La vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G. — M. Calmette pense que l'immunité antituberculeuse n'existe qu'autant que l'organisme reste parasité par quelques bacilles vivants. On ne peut songer à la réaliser artificiellement qu'en utilisant comme vaccin « prémunisant » une race de bacilles d'atténuation fixée, incapables de produire des lésions tuberculeuses évolutives et ayant cependant conservé leurs propriétés antigènes. La race de bacilles dite B. C. G., présente ces caractères. Elle constitue un vaccin parfaitement inoffensif et dont l'efficacité est actuellement démontrée par une multitude d'expériences faites en divers pays. Son emploi est possible, soit par voie buccale chez les tout jeunes enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance, soit par voie sous-cutanée chez les sujets de tous âges non encore réagissants à la tuberculine. Il réduit considérablement la mortalité par tuberculose et son utilisation méthodique dans de nombreuses localités en France, en Roumanie, en Espagne par exemple, réduit d'au moins un tiers, souvent de moitié, la mortalité générale infantile.

Aucune des objections qui ont été faites à la mise en pratique de cette méthode n'apparaît aujourd'hui fondée. Aussi a-t-elle été fort bien accueillie par les médecins comme par les expérimentateurs qui en ont fait l'étude. En France, au 1er juillet 1930 et depuis le 1er juillet 1924, soit au cours des six dernières années, 258.000 enfants avaient été prémunis par le B. C. G., et le nombre des vaccinés dans presque tous les pays civilisés du monde est déjà très grand.

Il paraît certain que l'immunité conférée par cette méthode s'étend au moins jusqu'à l'âge de cinq ans, et puisqu'elle est maintenant unanimement reconnue inoffensive il n'y a aucune raison pour ne pas l'employer aussi bien pour les enfants nés en milieu apparemment indemne de tuberculose que pour les enfants nés ou élevés en milieu bacillifère, car on ne sait jamais si tel enfant ne sera pas exposé demain à quelque contact infectant.

La vaccination antidiphtérique chez l'homme. — MM. L. Martin, Loiseau et Laffaille donnent les résultats obtenus chez l'homme avec l'anatoxine diphtérique.

Dès l'année 1923-1924, ils ont précisé le taux d'antitoxine contenu dans le sang à la suite de l'injection d'anatoxine.

Puis ils ont étudié la vaccination dans les collectivités saines et contaminées.

Enfin, chez de nombreux individus, ils ont contrôlé le résultat de la vaccination, ce qui leur a permis de donner des chiffres basés sur un nombre élevé de vaccinations. Ils ont utilisé surtout les observations recueillies à l'école primaire départementale de Vitry et aux écoles de la Ville de Paris.

M. Park étudie la valeur comparative du mélange toxine-anatoxine et du toxoïd, et spécialement du toxoïd préparé suivant la méthode de Ramon.

Immunité et allergie dans les maladies provoquées par les vers. — M. Fülleborn résume ses recherches tendant à expliquer pourquoi certains individus humains (ou certains animaux) sont plus ou moins protégés que d'autres contre l'infection par les parasites intestinaux ou les autres vers. Il étudie aussi « les réactions allergiques » provoquées par les vers; elles se manifestent par le fait que la peau des individus, infectés par l'injection de doses minimes d'extrait de vers, réagit en formant des vésicules.

L'auteur aborde ensuite l'exposé de la valeur pratique de ces réactions au point de vue diagnostique.

L. Ogliastri.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

FACILITÉS DONNÉES AUX MÉDECINS PRATICIENS EN VUE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LES MALADES DE LEUR CLIENTÈLE

Les malades atteints de syphilis contagieuse ou susceptibles de le redevenir, les femmes enceintes atteintes de syphilis et les enfants hérédo-syphilitiques sont fréquemment, lorsqu'ils sont indigents ou de situation modeste, dans l'impossibilité de faire face aux frais qu'entraînent le diagnostic et le traitement de leur affection. Pour leur permettre de se faire soigner cependant par un médecin de leur choix, certaines facilités ont été accordées à MM. les médecins qui peuvent obtenir en leur faveur la gratuité des examens sérologiques et des médicaments spécifiques. De plus, dans certains départements, les soins médicaux, au lieu de leur être payés par leurs clients peuvent leur être remboursés par la Préfecture. Il suffit, pour cela, aux médecins, sans aucune formalité et sans risques de violer en quoi que ce soit le secret professionnel, d'adresser une demande directe au chef de laboratoire et au médecin qui, pour chaque département, sont chargés de leur donner satisfaction, conformément au tableau ci-dessous :

DÉPARTEMENTS (1)	S'ADRESSER POUR OBTENIR A TITRE GRATUIT — Examens sérologiques.	Médicaments.
Ain	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon.	Docteur Poncet, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Bourg.
Aisne	Docteur Chossut-Perret, laboratoire départemental de bactériologie, 1, rue des Echos, Laon.	Docteur Chapuis, directeur des services d'hygiène, préfecture Laon.
Allier	M. Bassot, laboratoire départemental hôpital, Moulins, et laboratoire du bureau d'hygiène de Montluçon.	M. Basset, pharmacien répartiteur, préfecture Moulins.
Basses-Alpes	Professeur Vigne et docteur Boyer, laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, et docteur Bonnet, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-Roch, Nice.	Docteur Piétri, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Digne.
Hautes-Alpes	Professeur Vigne et docteur Boyer, laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, et docteur Bonnet, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-Roch, Nice.	Docteur Julien, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Gap.
Alpes-Maritimes	Docteur Bonnet, laboratoire central de sérologie de l'hôpital Saint-Roch, Nice.	Docteur Bonnet, dispensaire central de dermatosyphiligraphie de l'hôpital Saint-Roch, Nice.
Ardèche	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon.	M. Campet, préfecture Privas.
Ardennes	Docteur Techoueyres, laboratoire municipal de bactériologie, Reims.	Docteur Lavigne, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Mézières.
Ariège	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Aube	Docteur Broquin-Lacombe, laboratoire municipal d'hygiène, Troyes.	Docteur Broquin-Lacombe, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture.
Aude	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Aveyron	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Docteur Carnus, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Rodez.
Bouches-du-Rhône	Professeur Vigne et docteur Boyer, laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille.	Professeur Gaujoux, Œuvre prophylactique des Bouches-du-Rhône, 56, Cannebière, Marseille.
Calvados	Docteur Lebailly, laboratoire départemental de bactériologie, 6, place Saint-Sauveur, Caen.	Docteur Lebailly, laboratoire départemental de bactériologie, 6 pl. Saint-Sauveur, Caen.
Cantal	Docteur Marcland, laboratoire de sérologie du dispensaire central des hospices, Limoges.	Docteur Lévy, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Aurillac.
Charente	Professeur Petges et docteur Mougneau, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-André, Bordeaux.	Professeur Petges, dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, cours d'Albret, Bordeaux.
Charente-Inférieure	Professeur Petges et docteur Mougneau, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-André, Bordeaux.	Professeur Petges, dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, cours d'Albret, Bordeaux.
Cher	Docteur Lochelongue, laboratoire départemental de bactériologie, Nevers.	Docteur Prunet, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Bourges.
Corrèze	Docteur Marcland, laboratoire central de sérologie du dispensaire antivénérien des hospices de Limoges.	Docteur Menantaud, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Tulle.
Corse	Professeur Vigne et docteur Boyer, laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, et docteur Bonnet, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-Roch, Nice.	Professeur Gaujoux, Œuvre prophylactique antivénérienne des Bouches-du-Rhône, 56, Cannebière, Marseille.
Côte-d'Or	Docteur Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon.	Docteur Mallard, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Dijon.

(1) Le remboursement des soins médicaux par la Préfecture pour certaines catégories de malades et dans certaines conditions établies par le règlement du service est accordé aux départements suivants : Allier, Aveyron, Côte-d'Or, Doubs, Drôme, Eure, Finistère, Gard, Hérault, Ille-et-Vilaine, Loire, Loire-Inférieure, Loiret, Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Nord, Oise, Bas-Rhin, Rhône, Saône-et-Loire, Seine-Inférieure, Tarn-et-Garonne, Vendée et Vosges.

DÉPARTEMENTS	S'ADRESSER POUR OBTENIR A TITRE GRATUIT	
	Examens sérologiques.	Médicaments.
Côtes-du-Nord........	Docteur Violette, laboratoire départemental de bactériologie, 76, rue du Quintin, Saint-Brieuc.	Docteur Violette, inspecteur départemental d'hygiène, 76, rue du Quintin, Saint-Brieuc.
Creuse..............	Docteur Marcland, laboratoire central de sérologie du dispensaire antivénérien, hôpital de Limoges.	M. le chef du service d'hygiène, préfecture Guéret.
Dordogne...........	Professeur Petges, et docteur Mougneau, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-André, Bordeaux.	Docteur Magimel, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Périgueux.
Doubs	Docteur Maréchal, laboratoire départemental de bactériologie, Besançon.	Docteur Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Besançon.
Drôme..............	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon.	Professeur Nicolas, clinique de l'Antiquaille, 1, place de l'Antiquaille, Lyon.
Eure................	Docteurs Payenneville et Marie, laboratoire central de sérologie du dispensaire central de dermato-syphiligraphie de l'hôpital général de Rouen.	Docteur Lièvre-Brizard, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Evreux.
Eure-et-Loir..	Docteur Aynaud, laboratoire départemental de bactériologie, 6, rue de Beauvais, Chartres.	Docteur Aynaud, inspecteur départemental d'hygiène, 6, rue de Beauvais.
Finistère............	Docteur Lagriffe, laboratoire départemental d'hygiène, Quimper.	Docteur Tuset, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Quimper.
Gard	Docteur Sollier, laboratoire départemental de bactériologie, hôpital de Nîmes.	Docteur Alcay, directeur des services d'hygiène, préfecture Nîmes.
Garonne (Haute-)......	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Gers................	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Gironde.............	Professeur Petges et docteur Mougneau, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-André, Bordeaux.	Professeur Petges, dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, cours d'Albret, Bordeaux.
Hérault.............	Professeur Lisbonne, Institut Bouisson-Bertrand, Montpellier.	Docteur Bussière, directeur des services d'hygiène, 8, r. de la Coquille, Montpellier.
Ille-et-Vilaine........	Professeur Bodin, laboratoire central de sérologie de l'Ecole de médecine.	Docteur Bourdinière, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture.
Indre...............	Docteur Vialle, laboratoire commun des hospices du département et de l'Ecole de médecine de Tours.	Prochainement.
Indre-et-Loire	Docteur Vialle, laboratoire commun des hospices du département et de l'Ecole de médecine de Tours.	Prochainement.
Isère	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon, et, prochainement, un laboratoire à Grenoble.	Professeur Nicolas, clinique de l'Antiquaille, 1, place de l'Antiquaille, Lyon, et, prochainement, Grenoble.
Jura.....	Docteur Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon.	Prochainement.
Landes..............	Professeur Petges et docteur Mougneau, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-André, Bordeaux.	Professeur Petges, dispensaire central de prophylaxie, 92 *bis*, cours d'Albret, Bordeaux.
Loir-et-Cher..........	Docteur Vialle, laboratoire commun des hospices du département et de l'Ecole de médecine de Tours.	Prochainement.
Loire...............	Docteur Laurent, laboratoire central de sérologie, dispensaire central, pavillon d'urgence, Saint-Etienne.	Docteur Laurent, dispensaire central de dermatosyphiligraphie, pavillon d'urgence Saint-Etienne.
Loire (Haute-)........	Docteur Laurent, laboratoire central de sérologie, dispensaire central, pavillon d'urgence, Saint-Etienne.	Docteur Laurent, dispensaire central de dermatosyphiligraphie, pavillon d'urgence Saint-Etienne.
Loire-Inférieure.......	Professeur Ballet, laboratoire de l'Ecole de médecine, Nantes.	M. le pharmacien répartiteur, préfecture Nantes.
Loiret	M. Cochinal, laboratoire départemental de bactériologie, hospices d'Orléans.	Docteur Cauvet, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Orléans.
Lot................	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Lot-et-Garonne	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Lozère.......	Professeur Lisbonne, Institut Bouisson-Bertrand, Montpellier, et docteur Sollier, laboratoire départemental de bactériologie, Nîmes.	Prochainement.
Maine-et-Loire........	Docteur Papin, laboratoire municipal et départemental de l'Ecole de médecine d'Angers.	Prochainement.

DÉPARTEMENTS	S'ADRESSER POUR OBTENIR A TITRE GRATUIT — Examens sérologiques.	Médicaments.
Manche	Professeur Bodin, laboratoire central de l'Ecole de médecine de Rennes.	Prochainement.
Marne	Docteur Techoueyres, laboratoire municipal de bactériologie, Reims.	M. Pierre, inspection de l'Assistance publique, préfecture.
Marne (Haute-)	Docteur Techoueyres, laboratoire municipal de bactériologie, Reims.	Docteur Grehant, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Chaumont.
Mayenne	Professeur Bodin, laboratoire central de l'Ecole de médecine de Rennes.	Docteur Poty, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture.
Meurthe-et-Moselle	Professeurs Spillmann et de Lavergne, hôpital Fournier, laboratoire central de sérologie, Nancy.	Docteur Pratbernon, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Nancy.
Meuse	Professeurs Spillmann et de Lavergne, hôpital Fournier, laboratoire central de sérologie, Nancy.	M. le docteur Gelly, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Bar-le-Duc.
Morbihan	Professeur Bodin, Ecole de médecine de Rennes, ou professeur Bernard Ballet, Ecole de médecine de Nantes.	Prochainement.
Moselle	Docteur Beckerisch, Institut bactériologique de la Moselle, Metz.	Professeur Pautrier, hôpital civil de Strasbourg.
Nièvre	Docteur Lochelongue, laboratoire départemental de bactériologie, Nevers.	Docteur Lehmann, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Nevers.
Nord	Docteur Marmier, Institut Pasteur de Lille.	Docteur Bertin, service central antivénérien, préfecture Lille.
Oise	Mlle Ossart, laboratoire départemental de bactériologie de l'Oise, Beauvais.	Docteur Paquet, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Beauvais.
Orne	Docteur Demirleau, laboratoire de sérologie, hospices d'Alençon.	Prochainement.
Pas-de-Calais	Docteur Vaillant, laboratoire départemental de bactériologie, Arras.	Prochainement.
Puy-de-Dôme	Professeur Castaigne et docteur Vaurs, laboratoire central de sérologie, Ecole de médecine, hôpital de Clermont-Ferrand.	Professeur Castaigne et professeur Mornac, laboratoire central de sérologie, Ecole de médecine, hôpital de Clermont-Ferrand.
Pyrénées (Basses-)	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Pyrénées (Hautes-)	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Pyrénées-Orientales	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.
Rhin (Bas-)	Professeur Borrel, Institut d'hygiène, et professeur Pautrier, hôpital civil, Strasbourg.	Professeur Pautrier, hôpital civil, Strasbourg.
Rhin (Haut-)	Professeur Borrel, Institut d'hygiène.	Professeur Pautrier, hôpit. civil, Strasbourg.
Rhône	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon.	Professeur Nicolas, clinique de l'Antiquaille, 1, place de l'Antiquaille, Lyon.
Saône-et-Loire	Docteur Barelle, laboratoire départemental de bactériologie, Mâcon, ou docteur Durand, dispensaire central, hôpital Chalon.	Docteur Barelle, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Mâcon.
Saône (Haute-)	Docteur Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon, ou docteur Maréchal, laboratoire départemental de bactériologie, Besançon. Dispensaire central, hôpital Chalon.	Docteur Picard, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Vesoul.
Sarthe	Docteur Marchadier, laboratoire municipal d'hygiène, Le Mans.	Docteur Marchadier, laboratoire municipal d'hygiène, Le Mans.
Savoie	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, ou docteur Despeignes, laboratoire départemental de bactériologie, Chambéry.	M. Fontaine, secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène sociale, préfecture Chambéry.
Savoie (Haute)	Professeur Courmont et docteur Gaté, Institut de bactériologie, 61, rue Pasteur, Lyon.	Professeur Nicolas, clinique de l'Antiquaille, 1, place de l'Antiquaille, Lyon.
Seine	Docteur Demanche, laboratoire de Saint-Ouen, 86, boulevard Victor-Hugo, ou dispensaire Broussais, rue Dareau. Docteur Vernes, Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris.	Docteur Sicard de Plauzoles, Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris.
Seine-Inférieure	Docteurs Payenneville et Marie, laboratoire central de sérologie, hôpital général, Rouen.	Docteur Payenneville, laboratoire central de sérologie, hôpital général Rouen.
Seine-et-Marne	Docteur Lamy, inspecteur départemental d'hygiène, laboratoire de bactériologie, Melun.	Docteur Lamy, inspecteur départemental d'hygiène, services départementaux d'hygiène, avenue Thiers, Melun.
Seine-et-Oise	Docteur Debains, laboratoire central de sérologie, hôpital de Versailles.	Docteur Sicard de Plauzoles, Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris.

DÉPARTEMENTS	S'ADRESSER POUR OBTENIR A TITRE GRATUIT — Examens sérologiques.	Médicaments.
Deux-Sèvres	Docteur Merle, laboratoire de bactériologie, 33, avenue Saint-Jean, Niort.	Docteur Merle, inspecteur départemental d'hygiène, 33, avenue Saint-Jean, Niort.
Somme	Docteur Bax, laboratoire départemental de bactériologie, 16, rue Ternel, Amiens.	Docteur Clippet, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Amiens.
Tarn	Professeur Audry et docteur Chatellier, Institut de sérologie, hôpital de la Grave, Toulouse.	Docteur de Grenier, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Albi.
Tarn-et-Garonne	Docteur Verdeau, laboratoire départemental de bactériologie.	Docteur Verdeau, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Montauban.
Var	Professeur Vigne et docteur Boyer, laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille, ou docteur Bonnet, laboratoire central de sérologie, hôpital Saint-Roch, Nice.	Docteur Sigallas, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Draguignan.
Vaucluse	Professeur Vigne et docteur Boyer, laboratoire central de sérologie, Hôtel-Dieu de Marseille.	Docteur Igonet, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Avignon.
Vendée	Docteur Duvic, laboratoire départemental, La Roche-sur-Yon.	Docteur Duvic, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture La Roche-sur-Yon.
Vienne	Professeur Leblaye, laboratoire central de sérologie, hôpital Poitiers.	Docteur Veillon, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Poitiers.
Vienne (Haute-)	Docteur Marcland, laboratoire central de sérologie, dispensaire antivénérien, hôpital Limoges.	Docteur Marcland, dispensaire central antivénérien, hôpital Limoges.
Vosges	Professeurs Spillmann et de Lavergne, laboratoire central de sérologie, hôpital Fournier, Nancy.	Docteur Moitron, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Epinal.
Yonne	Docteur Charpentier, Institut de bactériologie de Bourgogne et de Franche-Comté de Dijon.	Docteur Madelaine, inspecteur départemental d'hygiène, préfecture Auxerre.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique	17 gr.
Phosphate de soude	24 gr.
Eau distillée Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des colibacilloses urinaires (1), par G. Francfort, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté, chef de clinique urologique à la Faculté de médecine de Nancy.

Par les multiples travaux récents, le médecin est prévenu du rôle primordial joué par le colibacille dans la pathologie infectieuse urinaire.

Mais devant une affection si protéiforme et quelquefois si tenace, il est perplexe quant au traitement à instituer chez ses malades, puisqu'il a obtenu aussi bien des résultats favorables que négatifs, avec chacune des innombrables médications.

L'auteur, dans une étude sérieuse, impartiale et très documentée, a expérimenté ces multiples thérapeutiques. Agents mécaniques et antiseptiques, vaccins, sérums, bactériophage sont successivement étudiés, puis comparés dans les différents cas cliniques.

Dans les conclusions de ce travail, le praticien trouvera des indications propres à être utilisées dans chaque cas particulier : formes bénignes ou durables hématuriques, infantiles, gravidiques et bactériuriques. Parmi les nombreuses observations qui illustrent cet ouvrage, il reconnaîtra certains de ses malades et pourra leur appliquer le traitement le plus indiqué.

Enfin une importante bibliographie aidera le chercheur désireux de se documenter complètement sur cette question.

L. G.

(1) Un vol. in-8 de 136 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Images hippocratiques (1). Bois gravés du docteur Honoré Broutelle, présentés par le docteur Paul Rabier.

Ce troisième album est une des dernières œuvres de notre regretté confrère, Honoré Broutelle, qui vient de délaisser, pour toujours, avec la vie, le burin, après avoir mené, pendant plus de vingt ans, la dure existence de médecin de campagne.

Doué d'un profond esprit observateur, d'une vision délicate de poète, relevée d'une pointe d'humour, il avait traduit, au long des routes, au hasard des jours et des visites, d'un crayon habile autant que savoureux, ces documents humains si souvent dantesques que nous offrent les malades et la maladie.

C'est ainsi, pris sur le vif, qu'il nous présente dans cet Album, l'*Octogénaire malade*, *Une malencontreuse coïncidence*, l'*Aliment complet*, *La grande pitié de nos laboratoires*, *Ceux qui se gaussent du médecin*, et enfin, les divers *Commandements d'Asclépios*.

Modestes comme tous les vrais artistes, ennemi de tout bruit et de toute réclame, notre confrère creusait ainsi consciencieusement et silencieusement son sillon, que l'étranger, comme il arrive si souvent, ignorait moins que nous. Humaniste consommé, très épris de la grandeur antique, en poète, il en avait, en illustrant plusieurs ouvrages, magnifiquement traduit et interprété les mythes. Enfin, sous l'influence de la bonne souffrance, chère à Coppée, son âme épurée des contingences terrestres avait, à la fin de sa vie, orienté son art vers certains sujets religieux, car à côté de la Foi qui guérit, il y a aussi celle qui console et prépare.

P. R.

(1) IIIe album, édité par la revue l'*Art médical*, directeur : docteur Lautier.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PANARIS[1]

3° **Panaris profonds**. — Les plus graves. Les plus fertiles en complications, posant souvent un pronostic vital, entraînant toujours des *séquelles fonctionnelles* (intérêt au cours des accidents du travail). Comprennent avant tout :

Les phlegmons des gaines synoviales palmaires. — 1. PHLEGMON DE LA GAINE DIGITALE. — Se voit au niveau des doigts moyens (2, 3, 4), succédant parfois à une piqûre septique profonde inoculant la gaine, plus souvent à un panaris trop tardivement, mal, ou trop profondément incisé.

Le doigt est resté douloureux, œdématié.

L'insomnie, le malaise persistent.

Localement, on trouve :
— Doigt tuméfié, violacé;
— Peau macérée;
— Gros œdème dorsal.

Mais surtout *attitude* :
— Flexion du doigt « en griffe »;
— Irréductibilité (douleur atroce).

Douleur provoquée sur tout le trajet de la gaine.

La palpation ne permet de sentir qu'un peu d'empâtement diffus.

2. PHLEGMON DE LA GAINE DIGITO-CARPIENNE. — Se voit au niveau des doigts extrêmes (1,5), car gaines communicantes. C'est le plus grave des panaris des gaines, surtout *au pouce*, car il menace gravement la *fonction d'opposition*.

Se caractérise par :
— La *douleur traçante*, d'un bout à l'autre de la gaine, remontant à l'avant-bras au-dessus du ligament annulaire;
— La *flexion permanente* et irréductible.

Elle se limite au pouce pour la gaine radiale.

Pour la gaine cubitale elle atteint les quatre derniers doigts, en général plus marquée pour les deux derniers.

EVOLUTION. — *Le phlegmon de la gaine* doit être incisé précocement.

Sous anesthésie générale, incision profonde; de bout en bout, sectionnant d'emblée le ligament annulaire si panaris de la gaine digito-palmaire (1,5), sacrifiant dans ce cas l'arcade palmaire superficielle. Un seul organe à ménager : rameau thénarien du médian (1).

Eponger le pus, laver à l'éther, vider les culs-de-sac rétrotendineux (5), chercher les fusées profondes ou à l'avant-bras.

Pansement à plat; irrigation continue (Dakin); grands bains chauds. On pourra, comme du reste pour tous les panaris, s'aider de la *vaccinothérapie* locale et générale et de la bactériophagothérapie.

Incisé précocement, le panaris de la gaine peut laisser un minimum de séquelles. Mais la *fonction* reste néanmoins très compromise, car la nécrose du tendon est fréquente et la cicatrisation toujours difficile.

Non incisé à temps, *complications* :
— Propagations aux os, aux articulations sous-jacentes (*ostéite du carpe*);
— Fusées antibrachiales;
— Névrite du médian;
— Prise de l'autre gaine (phlegmon total);
— Possibilité de fistulisation spontanée avec suppuration intarissable, et de septico-pyohémie.

ASPECTS PARTICULIERS. — Phlegmon total : prise simultanée des deux grandes gaines communiquant par une gaine moyenne (rare);
— Phlegmon sous-aponévrotique (discuté).

PANARIS OSSEUX PRIMITIF. — C'est une ostéomyélite primitive de la phalange qui rentre à peine dans le cadre de la question.

De l'ostéomyélite elle a les signes fonctionnels, les signes généraux.

Cliniquement elle se différencie mal d'une arthrite phalango-phalanginienne.

Traitement : le même que celui des autres panaris osseux : ablation des séquestres, curettages, à la demande des lésions.

Etre ménager au niveau du pouce, car nécessité de conserver la pince palmaire.

FORMES CLINIQUES

Ce sont avant tout des **formes graves** conditionnées par :
— Le terrain (diabète, alcool, mal de Bright).
— Certaines conditions étiologiques :
— Plaies très souillées (équarisseurs, bouchers, piqûres anatomiques);
— Microbes hypervirulents.

Elles peuvent être **septicémiques** ou septico-pyohémiques (les lésions du foie et des reins prédominent), ou **gangréneuses** (rôles des anaérobies et de certains streptocoques).

L'amputation précoce ne suffit pas toujours à sauver le blessé.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des panaris est un diagnostic très facile.

Citer à la rigueur certaines *mycoses* qui peuvent les simuler et, pour mémoire, le diagnostic classique du *panaris analgésique* de Morvan.

Insister sur le diagnostic du *phlegmon de la gaine* et sur ses deux signes :
— *Douleur traçante*;
— *Flexion en crochet irréductible*,
signes qui commandent l'intervention immédiate.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 63, p. 1142.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RAPIDE DE JOUR PARIS-EVIAN. — Jusqu'au 13 septembre, le rapide de jour (1re et 2e classes) Paris-Genève-Chambéry comporte une rame pour Evian-les-Bains, composée de voitures de 1re et 2e classes et d'un wagon-restaurant.

Départ de Paris : 11 h. 10. Arrivée à Thonon-les-Bains 21 h. 57, à Evian-les-Bains 22 h. 09.

En sens inverse : Départ d'Evian-les-Bains 11 h. 30, de Thonon-les-Bains 11 h. 45. Arrivée à Paris : 22 h. 30.

RAPIDE DE NUIT PARIS-AIX-LES-BAINS-BOURG-SAINT-MAURICE. — Jusqu'au 20 septembre, un rapide de nuit de toutes classes comportant des places de wagons-lits, de lits-salons et de couchettes circule entre Paris et Bourg-Saint-Maurice en desservant Aix-les-Bains, Chambéry, et Moutiers-Salins-Brides-les-Bains.

Départ de Paris : 21 h. 50. Arrivée à Aix-les-Bains 6 h. 28, Chambéry 6 h. 49, Albertville 8 h. 08, Moutiers-Salins-Brides-les-Bains 8 h. 57, Bourg-Saint-Maurice 10 h. 03.

Au retour : Départ de Bourg-Saint-Maurice 18 h. 53, Moutiers-Salins-Brides-les-Bains 19 h. 40, Albertville 20 h. 25, Chambéry 21 h. 40, Aix-les-Bains 22 h. 03. Arrivée à Paris : 6 h. 53.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 66. — SAMEDI 16 AOUT 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 16 AOUT 1930. — N° 66.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de province. — Toulouse. — Sont nommés externes des hôpitaux : MM. Valdiguié, Lazorthes, Estrade, Fournié, Astorg, Rogerat, Cazalas, Rouanet, Roché, Basux, Mlle Nigoul-Courdou, MM. Cave, Bergès, Laumonnier, Rescanière, Pontonnier, Gambier, Rivière, Jost, Vassal, Medan, Courtade, Seyberlich, Gaud, Guiraud, Mlle Mirc, Dat, Gaillard, Peyronnel.

Faculté de médecine. — Toulouse. — Un concours de chef de clinique des maladies mentales et nerveuses aura lieu à la Faculté de médecine, le lundi 27 obtobre, à 9 heures.

Un concours de chef de clinique de chirurgie aura lieu à la Faculté de médecine, le mercredi 29 octobre, à 9 heures.

Le registre d'inscription pour ces deux concours sera clos quinze jours avant la date des épreuves,

Concours de fin d'année. — Première année : Prix Gaussail, M. Baron ; prix de première année, M. Laumonnier ; prix de travaux pratiques, M. Lazorthes.

Deuxième année : pas de lauréats.

Troisième année : prix de fin d'année et de travaux pratiques, M. Blancardi.

Quatrième année : prix de fin d'année, Mlle Courtois ; prix de travaux pratiques, M. Caussé.

Cinquième année : prix de fin d'année, M. Sol ; prix de travaux pratiques, M. Cantagril.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — MM. les docteurs Bernheim (Marc) et Lévy-Bing (de Paris).

Au grade d'officier. — M. le docteur Brulé (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Amblard et Gerson (de Paris).

XXIe Congrès français de médecine, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges et la présidence de M. le professeur de Beco. — Le Comité d'organisation du XXIe Congrès français de médecine croit utile de rappeler aux personnes qu'intéressent les questions médicales que la prochaine session de l'Association des médecins de langue française tiendra cette année ses assises à Liége, du 23 au 25 septembre.

Afin de faciliter l'organisation matérielle du Congrès que compliquent l'Exposition internationale de Liége, les fêtes du Centenaire de l'Indépendance de la Belgique et les nombreux Congrès et Concours dont Liége sera le siège cet été, il leur serait très obligé de bien vouloir faire parvenir leur adhésion au trésorier du Congrès dans le plus bref délai possible.

Programme scientifique résumé. — Rapports. — *Pathologie médicale. Les hyperthyroïdies.* — Rapporteurs : MM. Marcel Labbé, Azerad et Gilbert-Dreyfus (Paris), Dautrebande (Bruxelles), Bérard et Peycelon (Lyon).

Pathologie générale. Le métabolisme du calcium. — Rapporteurs : MM. Bruhl (Liége), M.-P. Weil et Guillaumin (Paris), Mouriquand et Leulier (Lyon).

Thérapeutique. Les indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète. — MM. Hoet (Louvain), Aubertin (Bordeaux), Bickel (Genève), Le Fèvre de Arric (Bruxelles).

L'exposé de chaque groupe de rapports sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Des communications pourront également être faites sur des sujets importants étrangers aux questions mises à l'étude, pour autant que leur texte ou un résumé explicite, remis au

secrétaire général du Congrès avant le 1er septembre 1930, ait reçu l'agrément du bureau.

Les titres des communications devront être adressés, le plus tôt possible, à M. le professeur Roskam, secrétaire général, 16, rue Beckman, à Liége. Si le bureau du Congrès le juge utile — et nous avons vu que c'est de façon générale le cas pour les communications étrangères aux sujets rapportés — le texte in extenso définitif et dactylographié ou un résumé explicite de la communication devra également lui être remis avant le 1er septembre. L'étendue des communications n'excédera en aucun cas six pages d'impression.

Programme des fêtes. Réceptions et excursion. Fêtes et réceptions. — *Mardi 23 septembre.* — A 17 h. 15 : réception de MM. les congressistes et de leur famille par M. le gouverneur de la province de Liége, au Palais provincial.

A 21 h. : soirée théâtrale offerte aux congressistes (*Les Fausses apparences ou l'amant jaloux* et *Les Danses villageoises*, de Grétry.

Mercredi 24 septembre. — A 21 h. : soirée offerte par les comités d'honneur et d'organisation aux congressistes, dans la salle des fêtes du secteur sud de l'Exposition (concert et raout).

Jeudi 25 septembre. — A 19 h. 30 : banquet par souscription pour les congressistes.

Comité des dames. — Un comité de dames s'occupera de la réception des familles des congressistes pendant la durée du Congrès et organisera la visite de la ville et de l'Exposition internationale de Liége, ainsi que des promenades dans les environs.

Excursion. — Une excursion dont le programme détaillé sera donné ultérieurement et au cours de laquelle un lunch sera offert aux congressistes par la ville de Spa et par la Société Spa-Monopole leur permettra de visiter le vendredi 26 septembre la région et les installations hydrothérapiques de Spa.

Afin de permettre des visites libres des Expositions de Liége et d'Anvers, aucune excursion n'a été organisée pour le samedi 27 septembre. Les congressistes qui désireraient se rendre à Anvers sont priés d'en informer le secrétaire général du Congrès qui se chargera de leur obtenir des facilités de transport.

Exposition. — Pendant toute la durée du Congrès se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques et diététiques, d'eaux minérales, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, etc.

Pour les détails relatifs à cette Exposition, s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Facilités de transport sur les chemins de fer belges et français. — Les membres adhérents et associés du Congrès bénéficieront de la part de la Société nationale des chemins de fer belges d'une réduction de 35 p. 100 sur les prix normaux des billets de voyageur pour se rendre au Congrès et en revenir.

Cette faveur sera consentie sur présentation des cartes d'identité spéciales, à l'aller, au guichet de la gare belge desservant la résidence des intéressés ou, le cas échéant, à celui de la première station d'entrée en Belgique; au retour, aux stations de Liége (Guillemins) ou de Liége (Longdoz).

Les membres adhérents du Congrès bénéficieront de la part des Compagnies des chemins de fer français de l'avantage suivant : ils paieront le tarif plein à l'aller, mais auront la gratuité du voyage de retour de la gare frontière à la gare d'où ils seront partis pour se rendre au Congrès dans les conditions d'attribution et de validité détaillées sur la notice qui leur sera adressée sur demande. Cet avantage est consenti pour une période comprise du 18 au 27 septembre 1930 inclus à l'aller, du 23 septembre au 2 octobre 1930 inclus au retour.

Renseignements d'ordre pratique concernant l'adhésion au Congrès. — Il est rappelé que les membres adhérents des Congrès français de médecine comprennent :

1° De droit, les membres de l'Association des médecins de langue française;

2° Sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins et savants qu'intéressent les questions médicales.

Tous participent, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications.

Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou adhérents peuvent être admis comme membres associés.

La cotisation pour les membres adhérents du XXIe Congrès français de médecine est fixée à 100 francs belges (20 belgas), celle des membres associés à 50 francs belges (10 belgas).

Les adhésions accompagnées du montant de la cotisation sont reçues dès à présent par M. le professeur Schoofs, trésorier du Congrès, 41, rue Louvrex, à Liége (compte chèques postaux Bruxelles, n° 2739.44 du XXIe Congrès français de médecine, rue Louvrex, 41, Liége) qui délivrera une carte de congressiste tenant lieu de quittance.

Il est hautement désirable que les adhésions parviennent le plus rapidement possible afin d'assurer aux congressistes le maximum d'avantages, tant pour leur voyage que pour leur séjour à Liége.

Avis de concours. — Un concours sur titres pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Savoie est ouvert à Chambéry jusqu'au 15 septembre 1930.

Les candidats devront être français, avoir satisfait à la loi militaire et être âgés de moins de quarante ans et leurs demandes devront être adressées à la Préfecture (office départemental d'Hygiène sociale et de préservation antituberculeuse), avant le 15 septembre 1930, dernier délai.

Hôpital Laennec. — Service d'oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront le lundi 30 octobre 1930, une série de 8 leçons sur le « Diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce concours aura lieu chaque matin à 10 h.; en outre, les 20 et 21 octobre, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, Service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Laennec.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT DU CANCER

ESSAIS DE TRAITEMENT DES NÉOPLASMES PAR EXTRAITS DE TUMEURS

MM. G. Cuvier et J.-A. Carrère ont apporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 12 juin 1930, des essais de traitement des néoplasmes par extraits de tumeurs (voie buccale, doses faibles et fractionnées).

A la suite de cette communication de prise de date a eu lieu une discussion. Sur le conseil de M. Jeanneney, les essais se poursuivront au centre du cancer de Bordeaux sous le contrôle de M. Réchou.

REVUE GÉNÉRALE

LE ROLE DES PLEXUS CHOROIDES

DANS LA FORMATION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

ÉTUDE CRITIQUE

Par le docteur J. GIRARD,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

I

Le premier, Willis, en 1664, semble avoir affirmé le rôle des plexus choroïdes dans la genèse du liquide céphalo-rachidien, en se basant sur l'observation macroscopique de ceux-ci. Après avoir décrit le liquide céphalo-rachidien, dû pour lui à une sérosité superflue que les veines ou les lymphatiques sont incapables de résorber, il écrit : « On doit tenir pour certain que les glandes des plexus choroïdes, trop pleines, y laissent distiller (dans les ventricules cérébraux) une humeur semblable (le liquide céphalo-rachidien). J'ai vu souvent dans des cerveaux hydropiques ces glandes gonflées et, comme des grains d'orge crevant par excès d'humidité, devenir flasques à la pression, et laissant échapper leur sérosité dans le ventricule. »

I. **Arguments histologiques.** — Il faut alors attendre 1836 pour que l'étude des plexus tente des chercheurs, et pour que Valentin décrive dans leur épithélium des gouttelettes de graisse pouvant ultérieurement se transformer en pigment.

Mais ce fut Faivre qui, en 1853, sur des bases encore bien fragiles, jeta le premier fondement de la théorie sécrétoire des plexus choroïdes. Cet auteur, observant que la surface vasculaire est décuplée par l'existence des villosités, et que les cellules plexuelles contiennent de nombreuses concrétions formées de sels de chaux et de cholestérine conclut : « Guidé par des inductions légitimes » que « les villosités ont un rapport intime avec la production du liquide céphalo-rachidien ».

Luschka, peu après, reprend cette opinion dans sa monographie, et dans le chapitre qu'il consacre à l'étude histologique des plexus, décrit des formations annulaires et en bâtonnets, qui sont pour lui en relation intime avec la fonction sécrétoire. Haeckel, Kolliker confirment cette description.

En 1897, Findlay, par l'examen histologique de 65 plexus, la plupart prélevés chez des aliénés, observe à l'intérieur du cytoplasme des vacuoles qui grossissent, se fusionnent, emplissant toute la cellule, dont le noyau disparaît. Puis la cellule éclate et son contenu s'évacue dans le liquide ventriculaire.

Galeotti, chez le chien de mer et chez l'hirondelle, a vu, dans une première phase, le processus sécrétoire commencer dans le noyau par la formation de grains fuchsinophiles qui, ultérieurement, s'accumulent dans le protoplasme, et expulsés hors de la cellule, forment le liquide céphalo-rachidien.

Studnicka revient sur l'existence de graisses et de pigments dans les cellules épithéliales de l'homme, mais jusqu'aux mémoires classiques de Pettit et Girard, les phénomènes sécrétoires n'avaient été observés que d'une façon fragmentaire. Les auteurs français critiquèrent d'abord les constatations antérieures. Pour eux, les globes sécrétoires sont dus, en réalité, à une altération cadavérique extrêmement précoce car, plus la fixation est défectueuse et lente, plus leur nombre est grand, et si on les observe dans des plexus vivants détachés de l'animal et examinés sans coloration dans une goutte de liquide céphalo-rachidien, on voit qu'ils augmentent de nombre avec le temps; ils auraient donc d'étroites analogies avec les gouttelettes sarcodiques. Aussi, Pettit et Girard partent sur d'autres bases. Ils étudient les modifications cellulaires produites dans les plexus par l'administration aux sujets d'expérience de substances douées d'une action hypersécrétante, telle que l'éther, la muscarine, la théobromine associée au phosphate tribasique de soude, substances qui leur ont permis, disent-ils « de gouverner expérimentalement la fonction sécrétoire des plexus choroïdes du système nerveux central. »

Par ce procédé, le cytoplasme cellulaire augmente de volume, la hauteur de la cellule peut dépasser le double de la dimension normale. En outre, le corps cellulaire se différencie en deux parties : une zone basale contenant un noyau riche en chromatine, et renfermant un ou plusieurs nucléoles, à protoplasme dense formé par un réticulum de granulations fuchsinophiles, une zone apicale, qui, dans son maximum de développement, lorsque l'animal a reçu les substances excitantes, se compose uniquement d'une masse vésiculeuse claire ne renfermant que quelques filaments. Etudiant les plexus chez les sélaciens, les auteurs rapprochent les dimensions énormes de ces organes et la quantité considérable de liquide intra-cranien chez ces animaux, et s'appuyant sur leur richesse vasculaire, ils comparent les plexus à une glande vasculaire sanguine dont le produit, évacué dans le milieu extérieur aurait pourtant une destination interne, car il n'est résorbé par le sang qu'après son passage dans une cavité intermédiaire.

Les plexus choroïdes seraient des glandes à mi-chemin entre celles munies d'un canal excréteur et les glandes closes proprement dites.

Lœper, chez l'homme, décrit des corps muriformes et des granulations; leurs affinités tinctoriales les rapprochent des substances grasses et elles seraient des produits de sécrétion véritable.

Mott examine les plexus de l'homme très peu de temps après la mort, après coloration vitale au bleu de méthylène. Certaines cellules ont un aspect vasculaire, d'autres sont « a cup-like cavity » comme si la vacuole venait de se détacher. Il compare cet aspect à celui des glandes lacrymales et rapproche évidemment leur fonctionnement.

Après que Meek eût confirmé les résultats de Pettit et Girard, Francini combine leurs recherches expérimentales avec la coloration post-vitale au bleu de crésyl brillant. Normalement, on ne trouve dans les cellules que des granulations fines, colorées en

bleu, quelques vacuoles et des gouttelettes jaunes verdâtres auréolées de bleu.

Sous l'influence d'une injection de pilocarpine ou d'atropine, se montrent des altérations nettes au niveau de ces granulations et l'apparition des vacuoles.

Engel, par la technique de Galleotti à l'hématoxyline ferrique, admet comme organisme sécréteur de petits corpuscules, les plasmosomes.

Yoshimura, Biondi. décrivent un appareil périnucléaire qu'ils assimilent à l'appareil de Golgi.

Kawamura confirme la découverte de Pick, la présence d'éthers de la cholestérine sous forme de gouttelettes bi-réfringentes dans les cellules épithéliales.

Enfin, Kworostuchin observe, grâce aux colorations spécifiques d'Altmann et de Heidenhain, des granulations péri-nucléaires, groupées en chaînettes ou en bâtonnets. et qu'il considère comme des mitochondries. Comme il a vu aussi des grains de volumes divers, il donne de la cellule le schéma sécrétoire classique : des mitochondries soutirent au protoplasma certaines substances, augmentent de volume, se fragmentent et se dissolvent pour former des gouttelettes.

Ciacco et Scaglione confirment en tout point l'existence de l'appareil mitochondrial, caractéristique selon les données histologiques de leur époque, des fonctions sécrétoires. Dans aucun cas, ces mitochondries ne se transformeraient en gouttelettes de sécrétion, mais agiraient pour modifier les substances que la cellule emprunte au dehors. Elles seraient l'équivalent des plasmosomes d'Arnold, intermédiaires entre les éléments du protoplasma et les produits qu'il élabore. Sous l'influence de la pilocarpine, les chondricontes augmentent, on voit apparaître des chondriomites et les vacuoles devenir plus nombreuses.

En France, Grynfeltt et Euzière interprètent les modifications du chondriome dans le sens suivant : au début du travail sécrétoire, le chondriome est représenté par des filaments, qui se fragmentent en séries de grains, d'abord disposés en chapelets, puis indépendants les uns des autres. Ce sont les mitochondries dont le centre s'éclaircit et qui se transforment en vésicules; celles-ci, en amincissant leur paroi, forment des gouttelettes qui représenteraient le liquide céphalo-rachidien lui-même ; ces gouttes quitteraient la cellule et tomberaient dans la cavité ventriculaire en se frayant un passage au travers des bâtonnets de la bordure en brosse.

Malgré cette transformation du chondriome, qui est celle observée au niveau de toutes les cellules glandulaires, jamais on ne verrait de grains de sécrétion colorables par les réactifs histologiques courants, ce qui différencierait l'épithélium plexuel d'un épithélium proprement sécréteur et en ferait un épithélium dialyseur, selon les idées de Mestrezat.

Grynfeltt et Euzière inaugurent un nouveau mode d'expérimentation; ils saignent un animal, ce qui entraînerait une hypotension intra-cranienne et une hypersécrétion compensatrice de liquide céphalo-rachidien : les cellules présentent toutes un aspect vacuolaire. Si, au contraire, l'animal est pendu ou asphyxié, le chondriome est très riche : les cellules ont l'aspect strié, aspect de repos qui s'explique par l'hypertension intra-cranienne et asphyxique.

De Harven, pendant la guerre, vérifia l'aspect vacuolaire chez des blessés morts d'hémorragie avec hypotension marquée, et retrouva l'aspect strié, dans un cas d'apoplexie par coma. Enfin, chez un soldat porteur d'une fistule rachidienne par où s'écoulait à profusion le liquide cérébro-spinal, toutes les cellules des plexus étaient vacuolaires.

A la même époque, Sundwall, chez le veau, décrit la sécrétion d'une façon analogue à celle des auteurs montpelliérains. Il voit des canalicules intra-cellulaires qu'il assimile à l'appareil d'Holmgren.

Watrin, chez des embryons et des nouveau-nés, retrouve les différents aspects décrits par Grynfeltt et Euzière, et donne comme preuve de l'activité sécrétoire ce fait que, chez un même animal coexistent des plages cellulaires sombres et des plages vacuolaires claires, indiquant que les cellules ne sont pas uniformes mais sont à des stades différents de leur cycle sécréteur lorsque le décès est survenu.

Actuellement donc d'histologie s'appuie surtout sur la présence d'un appareil mitochondrial et sur ses variations fonctionnelles ou expérimentales pour affirmer le rôle joué par les plexus dans l'élaboration du liquide céphalo-rachidien.

Avant de quitter l'exposé de ces recherches histo-physiologiques, disons un mot encore de ce que l'embryologie a montré au point de vue où nous nous plaçons actuellement.

II. **Arguments embryologiques.** — Loeper, Askanazy ont insisté sur la présence dans les plexus choroïdes du fœtus de boules de glycogène en abondance, si bien que, sur une coupe de cerveau traitée par la gomme iodée, les plexus choroïdes apparaissent nettement dessinés par une bordure brun acajou. Si on ajoute qu'à cette époque ils sont proportionnellement plus vastes que chez l'enfant et l'adulte, et que, dès que l'embryon a une longueur de $0^{m}43$, le glycogène commence à disparaître, on peut souscrire à l'opinion de Luschka sur le rôle joué par les plexus choroïdes dans la nutrition et le développement du cerveau fœtal. Les plexus ne sécréteraient pas que le liquide céphalo-rachidien, mais aussi des substances indispensables au métabolisme des cellules nerveuses.

L'étude embryologique, d'ailleurs, est tout à fait en faveur du rôle générateur des plexus dans la genèse du liquide céphalo-rachidien. Weed, en colorant chez des embryons de porc les espaces sous-arachnoïdiens par sa solution citro-ferrique, observe sur un embryon de 14 millimètres la première ébauche de diffusion de la solution colorante autour de l'axe nerveux, coïncidant pratiquement avec la première indication des plexus choroïdes du IVe ventricule, ce qui semble indiquer une relation de cause à effet entre le développement de ces plexus et l'extension du liquide cérébro-spinal, dans les espaces méningés. Hughson, par le même procédé, sur un embryon de $14^{mm}5$, trouve une extension délicate, fusiforme, du liquide à la portion caudale du plafond du IVe ventricule, entre cette for-

mation et la peau. A ce stade, une dépression peu marquée du plafond de la cavité bulbo-cérébelleuse marque le début de la formation des organes choroïdiens.

Chez l'embryon de 21 millimètres, la diffusion est très marquée, le rhombencéphale est complètement entouré, la pénétration périspinale s'ébauche, et à ce stade les plexus choroïdes ont déjà leur individualité marquée et semblent fonctionner.

III. **Arguments physiologiques.** — Parallèlement à cet ensemble de recherches, la physiologie édifiait, elle aussi, la théorie plexuelle sécrétoire du liquide céphalo-rachidien. Elle y arrivait par deux groupes d'expériences. Les unes, les plus nombreuses, sont, pour ainsi dire indirectes. Elles sont d'ordre pharmacologique et montrent les variations produites sur la quantité ou la pression du liquide cérébro-spinal sous l'influence de substances plus ou moins spécifiques dans les processus sécrétoires. Les autres, plus délicates, portent directement leur action sur les formations choroïdiennes.

Cappelletti et Cavazzani fixent dans les espaces sous-arachnoïdiens une canule spéciale au niveau de la nuque, et la laissent en permanence. Le premier établit que le liquide cérébro-spinal se forme avec une parfaite régularité, et qu'on peut obtenir un écoulement prolongé, non influencé par l'injection de lymphagogues telles que la peptone ou le glucose. Le second détermine une accélération de l'écoulement par l'injection d'éther éthylique ou de pilocarpine, et au contraire une suspension du flux sous-arachnoïdien par l'hyocyamine et l'atropine.

Dixon et Halliburton, combattent ces constatations et par ponction lombaire et sous-occipitale, constatent que l'écoulement tarit en quelques heures. Mais ils souscrivent à l'influence de certaines substances sur la formation du liquide céphalo-rachidien, et établissent que l'extrait des plexus, notamment en injections intra-veineuses, possède une action quasi spécifique d'excitation sur la sécrétion choroïdienne.

Dandy et Blacfan, cherchent à rendre plus évident le rôle des plexus en cathétérisant l'aqueduc de Sylvius par une canule de verre, et Weed fait le même essai avec des sondes graduées en soie paraffinée introduites par le IVe ventricule. Par ce procédé, on ne recueille que le liquide produit dans les ventricules latéraux et le IIIe ventricule, c'est-à-dire la sécrétion à l'état pur des plexus choroïdes. Après cathétérisme, le liquide s'écoule en petites quantités, d'une façon intermittente pendant trois ou quatre heures, puis se tarit, ce que Weed considère comme une preuve de l'origine plexuelle, un produit glandulaire pouvant seul présenter ces variations quantitatives.

Ultérieurement, Weed et Cushing recueillent le liquide par ponction du corps calleux, ce qui permet de ne pas altérer les conditions de la circulation intracranienne. Injectant alors de l'extrait hypophysaire, ils obtiennent une stimulation de la production. Si on répète les injections, l'écoulement cesse comme si les plexus étaient épuisés.

Frazier et Peet affirment que les divers extraits glandulaires ou organiques n'ont aucune action sur la formation du liquide cérébro-spinal. Ils ne font exception que pour l'extrait cérébral, qui augmenterait la sécrétion, et pour l'extrait thyroïdien qui la diminuerait, et de fait, chez un bébé de trois mois, hydrocéphale, ils obtiennent une guérison complète au bout de six mois d'ingestion d'extrait thyroïdien desséché. Cette observation semble être la première application clinique des notions expérimentales que nous venons de résumer.

Les physiologistes ont cherché des preuves plus directes que cette action pharmacologique.

Exceptionnellement on a pu voir la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. Cushing observant les plexus à travers l'orifice d'une porencéphalie vit sourdre de fines gouttes de liquide à leur surface. C'était la sueur (sweating) des plexus, que Howe eut lui aussi l'occasion de vérifier.

Church a rappelé dans une discussion de l'American Neurological Association que Lespinasse avait introduit un cystoscope dans la cavité ventriculaire d'un chien, à travers le pariétal, qu'il avait pu observer la sécrétion plexuelle. et qu'en cautérisant les formations choroïdiennes par un fil électrique, il s'était produit consécutivement une diminution des cavités craniennes et un collapsus cérébral. Pourtant, Temple Fay et François Grant, qui ont pu à plusieurs reprises photographier les plexus d'un enfant hydrocéphale vivant, n'ont rien vu de semblable.

Veneziani entraîne les chercheurs dans une autre voie en établissant que le violet de méthyle altère les plexus choroïdes et peut arrêter la formation du liquide cérébro-spinal. Il est vrai qu'à sa suite, on se contente d'établir qu'il est vraisemblable que la formation du liquide sous-arachnoïdien aux dépens des éléments sanguins a lieu au niveau des plexus. Ducrot et Gautrelet, après coloration vitale des plexus au violet de méthyle, rendent un animal ictérique par ligature du cholédoque ou injection de bile de bœuf. Le liquide retiré par ponction lombaire est jaune, riche en pigments biliaires, ce qui ne se produit jamais lorsque les plexus sont intacts.

Stern et Gautier notent que l'iodure et le ferrocyanure, qui jamais ne se trouvent dans le liquide cérébro-spinal, après injection intraveineuse, passent si on les injecte simultanément avec du violet de méthyle. Dans le même ordre d'idées, Siengalewicz, en lésant les plexus choroïdes par le gaz d'éclairage ou le néo-salvarsan, peut colorer ensuite le liquide sous-arachnoïdien par le bleu trypan intraveineux, ce qui est impossible à l'état normal.

Le Fevre de Arric et Millet, obtiennent aussi la fixation d'un virus neurotrope sur le système nerveux central, lorsque les plexus sont mis hors de cause par l'action du violet héxaméthyle, du rouge neutre, du bleu trypan ou de la fluorescine.

Goldmann, avait déjà antérieurement montré que le trypan bleu en injection intraveineuse ne se retrouve que dans les cellules des plexus, et fait de celles-ci le lieu de passage entre le sang et le liquide céphalo-rachidien, et la barrière défensive du système nerveux central.

Enfin Barbe, sur des plexus choroïdes humains plongés dans de l'eau distillée reproduit *in vitro* la transsudation du sérum sanguin et la formation du liquide céphalo-rachidien.

Mais c'est surtout Dandy, seul ou avec Blacfan, qui, par d'audacieuses expériences qui eurent un énorme retentissement, établit physiologiquement le rôle des plexus choroïdes. Chez le chien, donc, il oblitère, par un morceau de coton ou de gélatine introduit dans le IVe ventricule, l'aqueduc de Sylvius. Il produit ainsi une hydrocéphalie interne, caractérisée cliniquement par des vomissements et de la torpeur, et anatomiquement, par une dilatation marquée des ventricules médian et latéraux. Il établit ainsi que le liquide céphalo-rachidien se forme dans les ventricules latéraux et se draine par l'aqueduc de Sylvius. Serrant le problème de plus près, il oblitère un des trous de Monro par de petites pièces de péritoine, après scarification des bords de ce foramen. L'hydrocéphalie se produit dans le ventricule correspondant, et là seulement. Dandy enfin, refait cette expérience et après avoir obstrué le foramen de Monro, extirpe le plexus correspondant. L'hydrocéphalie ne se produit pas.

Frazier et Peet confirment ces expériences. Walter Thomas, arrive lui aussi à produire une hydrocéphalie en injectant de l'aleurone dans les ventricules, ce qui amène une occlusion inflammatoire des trous de Monro, occlusion qui peut être provoquée par des injections microbiennes, selon la technique de Flexner, de Burr et Maç Carthy, ou par une suspension de noir de fumée, préconisée par Weed et reprise par Wislocki et Puttmann. En France, Riser et Raymond Sorel obtiennent des résultats analogues par un mélange de gélatine et d'amidon.

IV. **Arguments anatomo-cliniques.** — D'autre part, l'étude anatomo-pathologique de certains cas d'hydrocéphalie semblait confirmer l'origine plexuelle du liquide cérébro-spinal, mise en évidence par les expériences que nous venons de résumer.

Claisse et Lévy, chez un hydrocéphale de trois ans, dont le crâne avait une circonférence de 0^m45, ont trouvé des plexus choroïdes semblables à une sorte de chenille rugueuse, formée de petites granulations. Au microscope, ces granulations sont composées de bourgeons épithéliaux semblables comme aspect à ceux des plexus sains, et peuvent être interprétés comme une hypertrophie de ces derniers.

Davis, récemment, a décrit une variété spéciale d'hydrocéphalie déterminée par une hypertrophie des plexus choroïdes, dont le rôle sécréteur semble attesté par des granulations intra-protoplasmiques analogues à des mitochondries.

Fréquemment, l'hydrocéphalie peut être déterminée par un blocage des ventricules.

En 1860, Hilton avait déjà décrit une hydrocéphalie consécutive à l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius, et avant lui, Magendie, dans son mémoire fondamental, en rapporte plusieurs cas. Dans l'un, l'oblitération siégeait au niveau du foramen de Magendie, et tous les ventricules étaient dilatés, y compris le quatrième, comme Martin Saint-Ange l'avait déjà constaté. Dans les deux autres cas, l'hydrocéphalie était due à une compression du IVe ventricule ou de l'acqueduc de Sylvius par des tumeurs et des exostoses.

Spiller a publié un cas d'hydrocéphalie unilatérale avec oblitération par une cicatrice fibreuse du trou de Monro correspondant. Dandy a observé un gliome pédiculé, suspendu dans le ventricule latéral gauche et qui amenait une occlusion périodique du trou de Monro se traduisant cliniquement par de la céphalée, des vomissements et une hémiplégie partielle, l'état de santé restant parfait dans l'intervalle des crises. Ce sont d'ailleurs les tumeurs qui réalisent le plus souvent l'hydrocéphalie acquise, tumeur du pont avec compression de l'aqueduc de Sylvius (Riser et Sorel), tumeur de la calotte pédonculaire (Riquier), tumeur de la région infundibulo-hypophysaire (André Thomas et Jumentie, Orzechowski et Mitkus), etc.

Enfin, avant de quitter l'étude de l'hydrocéphalie, si précieuse pour les tenants de la théorie classique, dirons-nous encore que Riser et Sorel viennent de publier un exemple d'hydrocéphalie bloquée, avec isolement complet entre les ventricules et les méninges (vérifié par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine). Ils constatent, par la double ponction ventriculaire et rachidienne que le liquide se reforme rapidement, dans la première cavité, lentement, au contraire, dans l'espace médullaire.

Il ne restait plus à d'audacieux chirurgiens qu'à enlever les plexus choroïdes chez les hydrocéphales et en les guérissant établir l'origine plexuelle du liquide céphalo-rachidien. En 1918, Dandy publiait le résultat de quatre opérations pratiquées chez les malades du professeur Haksted : trois étaient morts dans un délai de deux mois à quatre semaines. Un enfant était encore vivant dix mois après l'opération, mais la dilatation ventriculaire avait été chez lui peu marquée.

Dans l'article récent de Löwen, qui rappelle les opérations antérieures de Hildebrandt, Polya, etc., nous voyons que l'opération, si grave soit-elle, a été tentée plusieurs fois sans grands résultats, semble-t-il, quoique dans quelques cas la guérison ait pu se produire.

S'il est trop dangereux de supprimer chirurgicalement les plexus, on a essayé de diminuer leur activité, et de voir consécutivement comment varie la quantité de liquide céphalo-rachidien.

Cestan, Riser et Peres, en introduisant dans les ventricules latéraux de paralytiques généraux et d'hydrocéphales une solution de néosalvarsan, produisent une diminution de la quantité du liquide ventriculaire, comme on peut s'en assurer par une ponction ultérieure qui ne ramène que quelques centimètres cubes d'un liquide riche en cellules choroïdo-épendymaires desquamées, ou chez l'hydrocéphale, en constatant l'affaissement durable de la fontanelle.

D'autre part, l'action destructive des rayons X de Röntgen a été utilisée dans le traitement des syndromes d'hypertension intra-cranienne. Marburg admet que les rayons agissent surtout sur les plexus, qui seraient les organes intra-craniens, les plus radio-sensibles, et ainsi suspendent la formation du

liquide ventriculaire. Sgalitzer a produit expérimentalement des lésions des plexus après des irradiations qui laissent le cerveau intact.

Si l'hydrocéphalie et l'hypertension sont les deux bases de l'action pathologique des plexus, on peut en trouver d'autres en glanant dans la pathologie médicale.

Askanazy voit une preuve que le sang se transforme en liquide cérébro-spinal au niveau des plexus en ce fait que, ceux-ci peuvent être touchés par un processus métastatique que l'on ne voit jamais au niveau des méninges molles.

Il rappelle que Richmann y a constaté une métastase d'un cancer de la vésicule et Hoffmann celle d'un néoplasme de l'œsophage. Lui-même a souvent observé que dans la leucémie, les cellules choroïdiennes sont les seules formations du système nerveux où l'on puisse trouver des myéloblastes, des mégacaryocytes et des érythroblastes.

Franke, Gœrtz et Kryzanowski produisent chez certains animaux des crises éclamptiques par ligature des uretères. Dans cette urémie expérimentales, les modifications du liquide céphalo-rachidien marchent de pair avec de grosses altérations des plexus : hyperémie, œdème périvasculaire, infiltration de mononucléaires et hémorragies microscopiques périvasculaires.

Cestan, Riser et Pérès, chez deux paralytiques généraux, dont le liquide ventriculaire était normal, ont trouvé des plexus choroïdes intacts. Par contre, lorsque le liquide était altéré, les plexus présentaient des lésions syphilitiques en évolution.

Enfin, quoique d'interprétation difficile, nous retiendrons l'étude anatomo-pathologique des plexus dans la méningite cérébro-spinale. On tend à admettre actuellement avec Lewkowicz que dans cette maladie les ventricules latéraux constituent le siège initial de l'infection avec, comme point de départ, les plexus choroïdes. Après lui, Klepacki a observé chez un enfant de trois ans une méningite cérébro-spinale, mortelle en quarante-huit heures, et dont l'autopsie a montré des foyers purulents circonscrits au niveau des plexus, foyers évidemment d'origine sanguine et point de départ de la ventriculite infectieuse. Dopter oppose les altérations des plexus au début d'une méningite (turgescence, dilatation des vaisseaux, épaississement de la trame conjonctive, œdème inflammatoire, infiltration cellulaire, vacuolisation, puis desquamation des cellules épithéliales), à celles que l'on observe à la période d'état (léger degré de congestion, infiltration par de rares éléments migrateurs). L'inflammation des plexus précède l'inflammation ventriculaire, on en déduit immédiatement que les plexus sont l'intermédiaire entre le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Donc, à l'heure actuelle, il apparaît qu'histologistes, physiologistes et cliniciens sont d'accord pour donner aux plexus un rôle exclusif dans la formation du liquide céphalo-rachidien.

Quelle quantité peuvent-ils produire? Il est impossible de répondre à cette demande. On ne doit pas retenir, comme on le faisait jadis, les cas de craniorrhée, comme représentant la production physiologique normale du liquide céphalo-rachidien et les chiffres de plusieurs litres (Claude Bernard), de deux à quatre litres (Mathieu), un litre (Tillaux et Verneuil) ou les appréciations de Constantin ou de Kutzinski sont dus à un processus de défense, une hyperproduction tendant à réparer les pertes pour maintenir constante la tension intra-cranienne. Les études d'Alexander et de Dandy chez les épileptiques le montrent clairement et ce dernier auteur a pu parler de la « space compensating function » du liquide cérébro-spinal, qui contrebalance l'atrophie cérébrale. Lhermitte dans la revue récente qu'il donne sur l'extirpation d'un lobe cérébral, rappelle que l'espace ainsi produit est rapidement comblé par le liquide sous-arachnoïdien.

Cappelletti et Cavazzani concluent à un renouvellement à peu près quotidien de la masse du liquide céphalo-rachidien.

Mestrezat admet que le liquide se reproduit six à sept fois en vingt-quatre heures, ce qui correspond à une sécrétion de v à vi gouttes par minute, sans dire d'ailleurs sur quoi il se base. Frazier et Peet ont constaté directement une sécrétion peu active, 0 cm³ 192 à 0 cm³ 231 par minute chez le chien.

On peut élucider ce problème indirectement en étudiant la vitesse de circulation du fluide, qui renseigne ainsi approximativement sur la quantité de liquide produit. Dandy et Blacfan, Frazier et Peet, Stern et Gautier injectent dans les ventricules un colorant ou une substance chimique facilement décelable et les retrouvent dans le liquide spinal dans un délai de une à sept minutes, ce qui indiquerait un courant permanent rapide, allant des cavités ventriculaires vers les espaces sous-arachnoïdiens.

Salomon, Thompson et Pfeiffer, Cestan, Riser et Peres critiquent avec juste raison ces épreuves, et montrent qu'il s'agit d'un simple phénomène physique de diffusion des réactifs colorants dans le liquide céphalo-rachidien, et qu'outre l'hypertension intra-cranienne produite par l'injection du colorant le brassage du liquide par la toux, la marche la simple station debout, apportent des éléments modificateurs qui ne sont pas négligeables. Si l'on parvient à éliminer ces causes d'erreurs, et si l'on ne se borne pas à déceler le colorant, mais à le doser l'hypothèse d'un courant liquidien intense ne peut être retenue et la migration du liquide céphalo-rachidien semble très lente.

Salomon, Thompson et Pfeiffer ne retrouvent la coloration de la phénolsulfonephtaléine qu'après avoir retiré de 15 à 20 centimètres cubes de liquide rachidien. Cestan, Riser et Pérès montrent que le rouge neutre, le ferricyanure de potassium, le citrate ammoniacal de fer, l'iodure de potassium sont dans le liquide spinal, trois heures après l'injection ventriculaire, à une concentration de 5 à 10 p. 100 seulement, la concentration dans le liquide ventriculaire étant prise comme unité. De même pour la phénolsulfonephtaléine, qui se retrouve dans le liquide lombaire, à une concentration vingt fois plus faible que dans le liquide ventriculaire, dix minutes après l'injection.

L'étude de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien confirme ces données. Laborde évacue complètement le liquide sous-arachnoïdien d'un chien

anesthésié soit en ouvrant les espaces sous-arachnoïdiens craniens et en évacuant le reste du liquide par ponction lombaire prolongée, soit en desséchant les centres par injection d'air en quantité suffisante dans le sac dural. Il recueille alors par une canule lombaire le liquide de néoformation qui ne se produit qu'avec lenteur, bien que le drainage prolongé amène une inflammation aseptique dont on trouve la preuve dans les altérations progressives du liquide qui s'écoule par l'aiguille.

Laborde a pu conclure : « Les lacs arachnoïdiens sont des eaux dormantes qui ne se renouvellent que lentement. »

L'étude comparée des liquides ventriculaire et rachidien, le résultat des ponctions étagées, avaient déjà amené les neurologistes à cette conclusion. Il est évident *a priori* que si la circulation du liquide est active, si son renouvellement est rapide, il devra. constamment chassé, uniformiser son contenu. et sur toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal, sa composition sera identique à elle-même. Il n'en est rien.

Schmorl dans les autopsies d'ictériques avait déjà noté que le liquide ventriculaire pouvait être jaune, le liquide spinal incolore, et inversement. Chez les diabétiques, l'un des deux pouvait ne pas renfermer de sucre, et chez les syphilitiques, les réactions de Nonne et de Bordet-Wassermann peuvent être très dissemblables. Kafka, étudiant chez les tabétiques et les paralytiques généraux la teneur en hémolysines du liquide cérébro-spinal ne constate qu'exceptionnellement des différences entre le liquide ventriculaire et le liquide spinal. Mais le fait que l'un était prélevé sur le cadavre, et l'autre sur le vivant. ôte toute valeur à cette constatation; une objection analogue peut d'ailleurs être faite à Schmorl.

Ce n'est que depuis la mise en œuvre de la ponction ventriculaire chez le vivant qu'on a pu démontrer la composition différente des deux liquides. Dahlstrom et Wideroe constatent sur neuf malades, syphilitiques nerveux, que le liquide ventriculaire contient moins de lymphocytes, de globulines et d'albumine que le liquide sous-arachnoïdien lombaire, la réaction de Wassermann étant d'ailleurs toujours positive dans celui-ci, souvent négative dans celui-là. Cette dissociation plus ou moins marquée est confirmée par Hammond, Scharpe et Schmitt, Scharpe, Knapp, Skoog et Menninger, et en France par l'importante étude de Cestan, Riser et Peres qui, chez seize malades atteints de syphilis cérébrale, peuvent étudier comparativement les liquides ventriculaire et spinal recueillis à quelques minutes d'intervalle et avant toute espèce de traitement. Ils trouvèrent que dans trois cas le liquide ventriculaire était normal, le liquide rachidien au contraire, fortement altéré, les communications entre ces deux liquides étant, bien entendu, normales, comme l'on s'en assure préventivement par les tests colorés intraventriculaires. Dans trois autres observations, les réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal sont identiques dans les deux liquides, la composition chimique et cytologique du liquide ventriculaire étant normale, l'autre au contraire, se montrant altéré. Dans dix cas où les deux liquides présentaient toutes les caractéristiques de la syphilis nerveuse, jamais les deux formules n'étaient identiques, les modifications du liquide ventriculaire étant en général moins intense que celles du liquide méningé.

L'étude du liquide retiré à différentes hauteurs de l'axe nerveux confirme en tous points ces données. Weigeldt, par l'analyse de 1.500 ponctions, montre que la quantité d'albumine et le nombre de cellules augmentent progressivement de la région cervicale à la région dorso-lombaire. Sicard et Blocq, chez les tabétiques, Sicard dans la méningite cérébro-spinale, aboutissent aux mêmes conclusions et incriminent le rôle de la pesanteur, qui ne peut jouer que pour une circulation énormément ralentie. Walter publie des résullats superposables mais en tire argument pour l'origine extraplexuelle du liquide céphalo-rachidien, comme nous le verrons ultérieurement.

Le courant liquidien venu de la cavité ventriculaire est si faible, s'il existe, qu'on a pu le nier et expérimentalement décrire un courant de sens inverse. Jacob ayant introduit dans le sac lombaire d'une chèvre une solution colorée, trouve le cerveau imprégné au bout de vingt heures.

La base du cerveau et le bulbe sont colorés au bout de quatorze heures, selon Goldmann, après injection intrarachidienne de trypan bleu, et Lafora, dans le but de prouver le bien-fondé de la thérapeutique intrarachidienne confirme cette donnée. Sicard voit de l'encre de Chine introduite dans la région lombaire gagner le bulbe, le chiasma, les ventricules et l'écorce cérébrale dans un délai de dix à douze heures. Guillain démontre que la circulation lymphatique de la moelle se fait selon une voie ascendante.

Tout ceci montre bien que le liquide céphalo-rachidien est passivement soumis aux conditions mécaniques extérieures. Nous-même avons observé incidemment dans des expériences faites dans un autre but, sur des chiens, que le charbon que nous avions injecté dans le ventricule latéral restait au lieu d'injection : l'animal ayant survécu six heures, on ne trouvait pas de charbon, même dans le IIIe ventricule. L'injection étant poussée très lentement, après extraction du liquide, le sujet restant endormi et lié en décubitus ventral durant ce laps de temps.

Donc, s'il nous faut résumer ce paragraphe, nous dirons :

1° Le liquide céphalo-rachidien semble se former au niveau des plexus;

2° La quantité produite est assez minime.

(*A suivre.*)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

CONVENTION-TYPE ENTRE LES CAISSES D'ASSURANCE-MALADIE ET LES SYNDICATS MÉDICAUX POUR LES SOINS A DOMICILE ET AU CABINET DU MÉDECIN.

Entre la caisse d'assurance-maladie........ représentée par M........ dûment mandaté, et le syndicat des médecins du département de........ (ou fédération des syndicats médicaux du département de........) représenté par le docteur........ dûment mandaté,

Il est convenu ce qui suit :

Libre choix.

ART. 1er. — Pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, le libre choix de l'assuré s'exerce entre tous les médecins, membres ou non du syndicat contractant, qui ont adhéré aux clauses de la présente convention. Ladite adhésion résulte d'une notification faite à la caisse soit par le syndicat médical, soit par le médecin lui-même.

Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents par telle voie qui lui convient, les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'un médecin, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination par voie de circulaires ou affiches entre les médecins qui ont adhéré à la présente convention.

La caisse ne supporte aucune participation dans les frais de déplacement supplémentaires résultant du choix fait par l'assuré d'un praticien autre que les praticiens de la commune où il réside, ou, à défaut de la commune la plus rapprochée.

Présentation de la carte d'immatriculation.

ART. 2. — Tout bénéficiaire de l'assurance sociale qui consulte ès qualités un médecin, doit lui présenter, sur sa demande, la carte d'immatriculation dont il se réclame.

Feuille de maladie et feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux.

ART. 3. — Tout bénéficiaire des assurances sociales qui veut faire usage de son droit à l'assurance-maladie se fait délivrer par la caisse une feuille de maladie dont le modèle est annexé à la présente convention.

Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de maladie les indications prescrites.

Il indique, notamment, lors de la première visite ou consultation, dans la mesure du possible, la durée probable de l'affection et, quand il y a lieu, et s'il s'agit de l'assuré lui-même, la nécessité de l'interruption du travail. Il indique également, dans ce dernier cas, lors de la dernière visite ou consultation, la date à laquelle le travail peut être repris.

La feuille de maladie ne doit porter aucune indication de diagnostic.

Elle ne doit jamais être conservée par le médecin.

Dans les cas d'urgence, le malade peut se présenter au médecin sans feuille de maladie, pour la première visite ou consultation. Le médecin lui délivre alors, sur sa demande, sur un papier à en-tête ou portant son cachet, une attestation lui permettant de faire valoir ses droits au regard de la caisse.

Si l'état du malade exige les soins répétés d'un spécialiste ou une intervention chirurgicale, l'assuré se fait délivrer par la caisse, qui peut exiger une attestation du médecin traitant, lorsqu'il y en a un, et l'intervention préalable du contrôle, une feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux, dont les modèles sont annexés à la présente convention. Le médecin spécialiste ou le chirurgien porte sur cette feuille les indications requises, dans les mêmes conditions que sur la feuille de maladie. La délivrance de la feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux est nécessaire même si ces soins sont donnés par le médecin traitant. La procédure d'urgence prévue à l'alinéa 6 qui précède peut être appliquée.

S'il y a lieu à l'intervention d'un auxiliaire médical, le médecin traitant le spécifie dans une ordonnance. Cette ordonnance est communiquée à la caisse, qui délivre, après contrôle s'il y a lieu, une feuille spéciale de soins par auxiliaire médical.

Le malade règle directement les honoraires du médecin. La signature du médecin, dans la colonne réservée à l'acquit, tant sur la feuille de maladie que sur la feuille de soins spéciaux ou de chirurgie, comporte de sa part quittance des honoraires qui lui sont dus par l'assuré jusqu'au jour inclus de la dernière signature.

Le médecin ne peut donner acquit que pour des actes médicaux qu'il a accomplis personnellement.

En dehors des cas dont elle est seul juge, la caisse ne fait pas d'avance à l'assuré; elle lui rembourse, dans les limites de son tarif de responsabilité, compte tenu de la participation de l'assuré, prévue par l'article 4, paragraphe 5, de la loi, le prix des actes médicaux pour lesquels le médecin a donné acquit.

Ordonnances.

ART. 4. — Le médecin formule ses ordonnances sur du papier à en-tête ou portant son cachet, en inscrivant de façon très lisible au-dessous de l'en-tête ou du cachet, le numéro matricule de l'assuré précédé des lettres A. S.

Afin d'assurer le remboursement à l'assuré des prestations dues, le médecin formule, pour chaque malade, sur des feuilles distinctes :

a. Chacune des ordonnances relatives aux médicaments ou appareils que l'assuré aura à se procurer chez des fournisseurs différents (pharmacien, herboriste, opticien, orthopédiste, etc.);

b. Chacune des ordonnances relatives aux soins requérant l'intervention d'auxiliaires (infirmier, masseur, etc.).

Les ordonnances sont formulées quantitativement avec toute la précision possible. En ce qui concerne les interventions d'auxiliaires, le médecin précise la nature exacte et le nombre des interventions.

Intervention d'un médecin consultant.

ART. 5. — Le médecin traitant qui désire faire appel au concours d'un médecin consultant délivre à l'assuré une attestation sur papier à en-tête ou portant son cachet.

La caisse délivre à l'assuré, sur le vu de cette attestation, une feuille de consultation, qui est traitée par le médecin consultant comme la feuille de maladie ordinaire. La procédure d'urgence, prévue à l'article 3, peut être appliquée.

Tarifs.

ART. 6. — Le tarif syndical minimum et le tarif fixant la part contributive garantie par la caisse, sous réserve des conditions prévues par l'article 33 de la loi, dans le prix de l'acte médical, sont établis d'après une même nomenclature, et annexés à la présente convention, à titre indicatif.

L'un et l'autre comportent, en particulier, l'indication précise du ou des modes de calcul et des tarifs adoptés, d'une part, par le syndicat médical; d'autre part, par la caisse, en ce qui concerne les frais de déplacement du médecin.

---

(1) Le présent article suppose :

1° Que les statuts du syndicat médical, en ce qui concerne les juridiction et sanctions relatives aux assurances sociales, prévoiront l'intervention en première instance du conseil de famille du syndicat, l'appel devant un conseil de famille national, et, en dernier ressort, devant la commission arbitrale, composée ainsi qu'il est dit à l'article 7, alinéa 4, de la présente convention;

2° Que les délais prévus, pour la procédure, par les statuts syndicaux, seront aussi courts que possible.

Les parties contractantes se notifieront; réciproquement, quinze jours avant leur mise en vigueur, les modifications qu'elles décideraient respectivement d'apporter au tarif qui les concerne. Toutefois, la nomenclature ne sera modifiée pendant la durée de la validité de la convention que si les deux parties sont d'accord sur les modifications envisagées.

Contrôle.

ART. 7. — Les parties signataires exerceront le contrôle, dans les conditions prévues par le décret du 25 juillet 1930, portant règlement d'administration publique.

Le syndicat prend, notamment, l'engagement prévu par l'article 26 dudit décret.

De son côté, la caisse déclare avoir connaissance des statuts du syndicat, et elle s'engage, sous réserve du droit d'appel prévu ci-après, à donner effet, pour ce qui la concerne, lorsqu'elles seront devenues définitives, aux sanctions prises par le syndicat, conformément auxdits statuts, à l'encontre de tout médecin ayant adhéré à la présente convention dans les formes prévues par l'article 1er (1).

Le syndicat reconnaît à la caisse et à tout médecin intéressé pour toutes les décisions prises par son conseil de famille, le droit d'appel devant le conseil de famille national, et, en dernier ressort, devant une commission arbitrale de trois membres, nommés pour un an par le conseil supérieur des assurances sociales, dont deux choisis dans le sein dudit conseil, l'un parmi les représentants des caisses primaires, l'autre parmi les délégués des groupements professionnels de médecins, le troisième ne pouvant être ni un représentant des caisses, ni un praticien, ni un fournisseur des caisses.

La caisse et le syndicat médical s'engagent à se communiquer réciproquement tous renseignements utiles au fonctionnement de leurs contrôles respectifs, et le syndicat médical s'engage à communiquer à la caisse les sanctions prises.

Les frais du contrôle technique sont à la charge du syndicat médical. Toutefois, si la caisse requiert du contrôle technique une enquête sur un point spécial, et si le syndicat déclare cette enquête inutile, sous réserve des recours prévus par l'article 7, paragraphe 5, de la loi, cette enquête sera faite par le contrôle technique aux frais de la caisse. Elle sera comptée pour trois visites au tarif syndical minimum, les frais de déplacement en sus, s'il y a lieu, au même tarif. Ce prix comprend les frais de rapport et son envoi à la caisse. Le règlement des dépenses ainsi engagées sera effectué par la caisse au syndicat sur états trimestriels fournis par le syndicat.

Hospitalisation.

ART. 8. — Les conventions intervenues entre la caisse et les commissions administratives des hôpitaux et dont les clauses relatives au payement des honoraires médicaux ont été établies, d'accord entre la caisse et le syndicat contractant, sont annexées à la présente convention (1).

Durée de la convention.

ART. 9. — La présente convention est conclue pour un an et se renouvellera par tacite reconduction, d'année en année, sauf préavis donné par lettre recommandée au moins un mois à l'avance par la partie qui désirera la dénoncer.

Toutefois, la convention sera résiliée de plein droit en cas

(1) Cet article suppose que les conventions hospitalières ont la même durée de validité que la convention médicale.

de manquement grave constaté dans les formes prévues par l'article 7, paragraphe 5, de la loi.

Pendant la durée de la convention, la caisse signataire s'engage à ne pas traiter avec un autre syndicat sur le même territoire.

Le syndicat signataire s'engage de son côté à offrir à la caisse signataire le bénéfice de toute clause qu'il accepterait d'insérer dans une convention passée par lui avec une autre caisse.

Fait à , le

ANNEXE A LA CONVENTION MÉDICALE EN CE QUI CONCERNE LES MÉDECINS PROPHARMACIENS

I. — Les médecins qualifiés aux termes de la convention pour dispenser les soins aux assurés de la caisse........ peuvent leur délivrer les médicaments, s'ils sont dans les conditions de l'article 27 de la loi du 21 germinal, an XI.

Sous réserve de son droit de faire connaître à ses adhérents les sanctions corporatives ou judiciaires prises à l'encontre d'un médecin propharmacien, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination par voie d'avis, circulaires ou affiches, entre les pharmaciens et les propharmaciens en ce qui concerne les fournitures de médicaments.

II. — Les ordonnances seront exécutées dans les conditions et aux prix prévus pour les communes de moins de 3.000 habitants par la convention passée entre la caisse et le syndicat de pharmaciens de........ dont le syndicat signataire déclare avoir connaissance. Elles seront payées directement par l'assuré au praticien.

III. — *a*. La recherche des abus en matière de délivrance des médicaments est effectuée pour les médecins propharmaciens comme pour les pharmaciens, par le syndicat des pharmaciens de........ qui a passé une convention avec la caisse. Toutefois, la commission de surveillance syndicale pharmaceutique ne prendra pas de décision pouvant toucher un médecin propharmacien sans s'être adjoint un membre supplémentaire, lui-même médecin propharmacien, désigné par le syndicat signataire.

b. Le médecin propharmacien relève pour tous les actes de sa profession, tant médicaux que pharmaceutiques, de la juridiction corporative médicale prévue par la présente convention. Le conseil de famille syndicale et le conseil de famille national, s'ils ne comprennent pas parmi leurs membres, à titre permanent, un médecin propharmacien, s'adjoindront un médecin propharmacien lorsqu'ils auront à juger des actes professionnels d'un médecin propharmacien en tant que propharmacien.

IV. — La présente annexe est de même durée et résiliable dans les mêmes conditions que la convention à laquelle elle est jointe.

(*Journal officiel*, 8 août 1930, p. 9161 et 9162.)

REVUE DES THÈSES

La Coxite gonococcique (1), par Marthe Lamy.

« I. Dans le groupe des arthrites graves de la hanche, il faut désormais faire une place plus importante à la coxite gonococcique. Elle constitue une entité pathologique bien définie qu'il y a intérêt à savoir dépister et traiter, car ses conséquences chez l'adulte comme chez l'enfant sont redoutables.

II. Cette étude est basée sur 180 observations environ qu'il a été possible de retrouver dans la littérature, auxquelles nous avons joint 11 cas nouveaux recueillis en peu de temps dans divers services hospitaliers, ce qui permet de dire que cette localisation articulaire de la blennorragie est beaucoup moins rare qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

III. La coxite gonococcique se rencontre également chez l'homme et chez la femme; elle serait même sans doute plus fréquente chez cette dernière (9 sur 11 de nos cas personnels), surtout si l'on se rappelle que bien des arthrites de la puerpéralité sont d'origine blennorragique.

IV. Les coxites gonococciques de l'enfance sont encore mal connues. Une étude récente (Coopermann) vient d'attirer l'attention sur les formes du nourrisson et de montrer leurs conséquences désastreuses.

V. La coxite gonococcique franche, aiguë, se fait remarquer par l'atroce intensité de la douleur. C'est de toutes les arthrites de la hanche certainement la plus douloureuse.

Elle peut revêtir tous les aspects cliniques connus de l'arthrite blennorragique, mais ici la forme ostéo-articulaire est pour ainsi dire la règle. L'altération osseuse existait à des degrés divers dans chacune des 11 observations que nous rapportons. Ces lésions, presque constantes, ne sont jamais aussi rapides et aussi intenses que dans la coxite à gonocoques, pouvant aboutir à la destruction totale de l'articulation, et ceci parfois malgré une extension continue et une immobilisation bien appliquées.

VI. Les conséquences de cette atteinte du squelette sont les luxations pathologiques du fémur et les enfoncements du cotyle avec protrusion.

La luxation pathologique se rencontre dans 6 sur 11 de nos observations, soit dans plus de la moitié des cas. Elle est presque fatale dans les formes graves de l'adulte et chez le nourrisson du fait de la disparition précoce et complète du noyau de la tête.

VII. Nous avons vu avec certitude la coxite gonococcique aboutir à des aspects radiographiques rappelant chez l'enfant ceux de la luxation congénitale et de l'ostéo-chondrite; chez l'adulte, ceux du cotyle à double fond avec subluxation, et de la coxarthrie, ce qui oblige à se demander si le gonocoque ne pourrait pas être à l'origine de bien des luxations de la hanche dites congénitales, de bien des coxa-vara, maladies de Legg-Calvé, arthrites déformantes et chroniques de l'âge adulte, ou de morbus-coxæ senilis.

VIII. Il semble permis d'affirmer avec quelque vraisemblance que la coxite gonococcique est, dans la majorité des cas, une ostéo-arthrite. La constance des lésions osseuses le faisait prévoir, la découverte, par plusieurs auteurs, du microcoque de Neisser dans le tissu osseux de la tête fémorale même en est la preuve certaine.

IX. Le pronostic de 17 cas suivis depuis plus de deux ans peut se résumer de la manière suivante :

Une mort par septicémie associée ;

Onze luxations pathologiques avec raccourcissement toujours important du membre inférieur pouvant atteindre 3 et 4 centimètres ;

Trois seulement de ces 16 malades ont guéri sans ankylose;

Trois autres conservent quelques degrés de flexion, et parmi les 10 derniers 2 soudés en mauvaise position ont dû, de ce fait, être opérés ultérieurement.

X. Etant donné le pronostic sévère de l'arthrite blennorragique de la hanche du fait de l'évolution presque fatale vers l'ankylose et la luxation pathologique si on l'abandonne à elle-même, il importe de la dépister précocement par tous les moyens en notre pouvoir : recherche soigneuse d'une gonococcie dans les antécédents immédiats ou d'une infection devenue chronique, ponction de l'articulation et recherche du gonocoque dans le liquide, biopsie articulaire pour permettre l'examen de la synoviale et du tissu osseux, enfin épreuve du traitement quand tous les autres procédés ont échoué.

XI. On peut tenter d'enrayer le processus infectieux destructeur par le traitement spécifique sérique et vaccinal, mais le seul moyen de *lutter énergiquement contre les conséquences de cette destruction demeure l'extension continue associée ou non à l'immobilisation plâtrée qui, dans tous les cas, amène une sédation magique des phénomènes douloureux et que nous avons seule vue s'opposer efficacement à la luxation pathologique.* »

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

TRAIN EXPRESS D'APRÈS-MIDI BRIOUDE PARIS. — L'express d'après-midi Clermont-Ferrand-Paris (n° 1414) a, depuis le 15 mai, son point de départ reporté à Brioude, où il relève une correspondance de Saint-Flour. A Arvant, il reçoit une correspondance d'Aurillac, de Vic-sur-Cère et du Lioran, ce qui établit une nouvelle relation de jour entre la Haute Auvergne et Paris.

Départ d'Aurillac 9 h. 32, de Vic-sur-Cère 10 h. 11, du Lioran 11 h. 07, de Saint-Flour 12 h. 10, de Brioude 14 h., d'Arvant 14 h. 14, de Clermond-Ferrand 15 h. 40.

Arrivée à Nevers 18 h. 25, à Paris 22 h. 50.

Wagon-restaurant entre Nevers et Paris.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront le lundi 20 octobre 1930, à la Faculté de médecine, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours : I. Clinicat chirurgical, titulaire avec traitement, 1 ; sans traitement, 4. — II. Clinicat thérapeutique chirurgical, titulaire sans traitement, 1. — III. Clinicat chirurgical infantile, titulaire avec traitement, 1 ; adjoint, 1. — IV. Clinicat gynécologique, titulaire avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 : adjoint, 1. — V. Clinicat obstétrical, titulaires avec traitement, 2 ; sans traitement, 4 ; adjoint, 1. — VI. Clinicat des maladies mentales, titulaires avec traitement, 2 ; sans traitement, 2. — VII. Clinicat médical, titulaire sans traitement, 1. — VIII. Clinicat médical thérapeutique, titulaires sans traitement, 2. — IX. Clinicat oto-rhino-laryngologique, titulaires sans traitement, 2. — X. Clinicat urologique, titulaire sans traitement, 1.

Conditions du concours : les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h. jusqu'au samedi 11 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Instruction publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Travaux publics. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Decloux (de Néris) ; Moncorgé, président de la Fédération thermale et climatique.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Lelandais, médecin des chemins de fer de l'Etat.

Travail et Prévoyance sociale. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Lallot (Nicolas) à Saint-Pourçain-sur-Sioule.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Escaravage à Malaunay.

Colonies. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Maurice Fourcade (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Amédée Gontier (Sénégal).

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Fontelli, député de la Corse.

Ministère des pensions. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Louis Rimbaud (de Montpellier).

Mérite maritime. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Jean Charcot, président du Y. C. F., explorateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Betoulières (de Marseille et Clerc (du Havre).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Pidancet et Ollivier (de Marseille).

M. le médecin en chef de 2e classe Candiotti.

M. le médecin principal Pradel.

IIe Réunion de la presse médicale latine (Bruxelles, 28-30 septembre 1930). — Programme provisoire. — *Samedi 27 septembre.* — 21 heures : A la Fondation Universitaire, 11, rue d'Egmont : Soirée offerte par le Président de l'Association de la presse médicale Belge.

Dimanche 28 septembre. — 10 heures : A la Faculté de médecine, boulevard de Waterloo : *Séance inaugurale.* Discours du docteur Albert Delcourt et de M. le professeur Loeper. Adresses des délégués officiels. Rapports du secré-

taire-général et du trésorier. Conférence de M. le professeur Emile Forgue (Montpellier) : « Le Journal médical et le Journaliste médical contemporains. »

12 h. 30 : Lunch offert par l'Association de la presse médicale belge (à la Pergola de Residence Palace).

15 heures : A la Faculté de médecine : séance du Congrès.

Premier rapport : *Constitution d'une caisse autonome de la Fédération.* Rapporteurs : docteurs Baillière (Paris) et G. Kohly (La Havane).

Deuxième rapport : *Collaboration des Etats et des Compagnies de transport à l'organisation des Congrès médicaux.* Rapporteurs : docteurs Beckers (Bruxelles) et X...

20 h. 30 : *Banquet* par souscription (à l'hôtel Astoria).

Lundi 29 septembre. — 9 h. 30 : A la Faculté de médecine : séance du Congrès.

Troisième rapport : *Droits des éditeurs de périodiques.* Rapporteurs : docteurs Cosasesco (Bucarest) et Gardette (Paris).

Quatrième rapport : *Edition d'un dictionnaire des termes médicaux.* Rapporteurs : professeur Rondopoulos (Athènes) et X...

14 h. 30 : A la Faculté de médecine : séance du Congrès.

Cinquième rapport : *Rôle de la presse médicale dans la diffusion des grandes idées scientifiques et professionnelles.* Rapporteurs : docteurs de Blasio (Naples) et Juan Marin (Santiago du Chili).

Communications particulières.

17 heures : Réception officielle.

20 heures : Représentation théâtrale (par invitation).

Mardi 30 septembre. — Excursion à Anvers (par souscription).

8 heures : Départ de Bruxelles en auto-cars. Arrêt à Malines devant la Cathédrale Saint-Rombaut. — Anvers : Visite du Musée Plantin et de la Cathédrale.

11 heures : Réception à l'Hôtel de Ville. Conférence de M. le docteur Tricot-Royer, maître de conférences à l'Université de Louvain.

12 h. 30 : Déjeuner au « Paon Royal », au Jardin zoologique.

13 h. 30 : Visite du Jardin zoologique.

14 h. 30 : Départ pour se rendre à l'Exposition Internationale. (Les auto-cars se trouveront devant l'entrée du Jardin zoologique.)

15 heures : Arrivée à l'Exposition où des guides seront à la disposition des congressistes pour les piloter. Pendant la promenade, on visitera les Pavillons belge et congolais, le Pavillon Italien, les Pavillons anglais et canadien.

17 heures : Thé servi au Pavillon « Rerum Novarum ».

17 h. 30 : Reprise de la visite par les Pavillons hollandais et français et de l'Exposition de l'Art flamand.

19 heures : Dîner servi au restaurant « Dikke Mee », situé vis-à-vis de l'entrée principale de l'Exposition.

20 h. 30 : Rentrée à l'Exposition pour assister aux féeriques illuminations des grandes et petites fontaines, des avenues et du « Luna-Park »; visite de la Vieille Belgique.

23 heures : Départ pour le retour à Bruxelles où les congressistes seront reconduits à leur hôtel respectif.

Prix par personne : 150 fr. belges donnant droit au parcours « Bruxelles-Anvers et retour »; visite de la ville, transport et entrée à l'Exposition, le déjeuner, le thé et le dîner, taxes et service, dans les restaurants renseignés ci-dessus.

N. B. — Le carnet du congressiste, avec le programme détaillé, sera envoyé en temps utile à tous les adhérents.

LOGEMENTS. — On trouve à Bruxelles des chambres depuis 60 fr. par personne aux hôtels Métropole, Albert Ier, Scheers, Grand Hôtel, Atlanta. Une entente avec l'hôtel Astoria (aristocratique), rue Royale, nous a fait obtenir pour les congressistes une réduction de 10 p. 100 sur le prix : 75 à 130 fr. par personne, 110 à 150 fr. pour deux personnes. Nous engageons les congressistes à se mettre directement en rapport avec la Direction de l'hôtel choisi.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE (Paris 27-31 juillet 1931). — Président : Dr Antoine Béclère; secrétaire général : Dr R. Ledoux-Lebard. — Secrétariat : 122, rue La Boëtie, Paris (VIIIe).

Le IIIe Congrès International de radiologie se tiendra à Paris du 27 au 31 juillet 1931.

Il comprendra six sections : 1° *Radiophysique*; 2° *Radiobiologie*; 3° *Radiodiagnostic*; 4° *Radiothérapie* (roentgenthérapie et curiethérapie); 5° *Electrologie médicale*; 6° *Héliothérapie naturelle et artificielle.*

Les communications au Congrès devront être annoncées par écrit avant le 1er janvier 1931. Un résumé dactylographié de chaque communication, rédigé en français, en allemand ou en anglais et formant au maximum une page in-8° (400 mots) devra parvenir au secrétariat du Congrès avant le 1er avril 1931. Ces résumés, réunis en volume, seront remis aux membres du Congrès.

Chaque congressiste n'aura droit qu'à une seule communication d'une durée de quinze minutes au maximum. Si les communications annoncées étaient trop nombreuses pour pouvoir être toutes entendues, le bureau du Congrès se réserverait la faculté d'en limiter le nombre et d'en réduire la durée.

Les membres des diverses Sociétés de radiologie médicale désireux de participer au Congrès sont priés de remplir et de faire parvenir au secrétariat la formule d'inscription ci-jointe avec la somme de 300 fr. français à titre de droit de participation.

Prière de retourner cette formule dûment remplie dans le plus bref délai possible.

Une *exposition* sera organisée à l'occasion du Congrès. Les personnes et les maisons désireuses d'y participer sont priées de s'adresser à M. H. Pilon, commissaire général de l'Exposition, 34, boulevard de Vaugirard, Paris (XVe).

Des indications complémentaires seront adressées ultérieurement à ceux qui auront manifesté leur intention de participer au Congrès.

Les congressistes accompagnés de personnes de leur famille, désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès, sont priés d'annoncer, en s'inscrivant, le nombre de ces personnes, qui recevront le titre de membre adjoint et pour chacune desquelles il sera versé une somme de 50 fr. français.

Prière d'adresser toutes communications au secrétariat du IIIe Congrès international de radiologie, 122, rue La Boëtie, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Félix Guillot, à Monferrat (Isère); L.-E. Genevois (de Roanne); M. Henri Royer, ancien président de la Société de pharmacie de Lyon.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RADIUMLOGIE

Par Simone LABORDE,

CHEF DU SERVICE DE CURIETHÉRAPIE AU CENTRE ANTICANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE (VILLEJUIF).

RADIOPHYSIOLOGIE

Un grand nombre de travaux continuent à être publiés chaque année pour essayer d'éclairer le mécanisme de la sensibilité des tissus vis-à-vis des rayonnements. Ces recherches comportent un vif intérêt non seulement vis-à-vis de la biologie générale, mais aussi du point de vue pratique, en raison des déductions que l'on peut en tirer pour la thérapeutique du cancer.

Modifications produites dans l'épithélium séminal par les rayons β de l'uranium X. (A. Lacassagne, I. Lattes et G. Fournier. *Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX, p. 1643.) — Cette étude a montré qu'il y a similitude entre les effets du rayonnement β de l'uranium X et ceux bien connus produits par les rayons X.

L'examen histologique des coupes montre 4 zones successives : 1° une zone de nécrose totale due aux groupes des rayons β les plus absorbables; 2° une zone de réaction de type inflammatoire; 3° une zone de stérilisation élective; 4° une zone d'interruption temporaire des générations de la lignée spermatique.

Il semble donc ne pas y avoir de différence spécifique entre les effets biologiques des rayonnements vibratoires (X ou γ) et ceux des rayonnements corpusculaires comme les rayonnements β.

Mise en évidence par leur différence d'action biologique des deux groupes de rayonnement β de l'uranium X inégalement absorbables. (A. Lacassagne, G. Fournier et Lattes. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX, p. 1641.)

Etude sur la résistance de la réimplantation de tumeurs chez les rats guéris du cancer par le radon. (Kanematsu Sugiura et Snanley R. Benedict. *Amer. Journ. of Roent. and R. Th.*, XX, n° 3, août 1921, p. 143.)

Importance de la distribution chronologique de la dose en radiumthérapie. Recherches sur le sarcome des rats et sur la germination des plantes. (C. Segale et A. Vallebona. *Pathologica*, Gênes 1928, XX, n° 446, p 622.)

Peut-on créer par irradiation une immunisation locale contre le cancer? (Boris Sokoloff. *Zeitsch. f. Krebsforsch.*, Berlin, janv. 1929, XXVIII, n° 3, p. 256-265.)

Indépendance de l'action locale du radium sur la cellule en mitose et de son action générale sur le milieu humoral. (Reding et Slosse. *R. C. de la Soc. de biol.*, 10 janv. 1930, CIII, n° 1, p. 27-29.) — Les auteurs pensent que les rayons γ et les rayons X agissent par action sur la cellule néoplasique, mais aussi et surtout par modification du milieu humoral. Pour vérifier cette hypothèse, les auteurs ont fait des applications de radium en des points éloignés des tumeurs qu'ils voulaient traiter et aussi chez des cancéreux qui avaient été opérés. Ils ont mesuré le pH avant et après l'application de radium.

Ils en concluent que le radium a une action générale séparable de son effet sur la cellule en mitose. Cette action générale peut s'observer par application de radium en un point quelconque du corps et en l'absence de toute tumeur.

Cette action est une action directe sur le milieu humoral. Ils en concluent que la technique d'application des rayonnements doit être revisée, en tenant compte de cet effet général.

A propos de la radiosensibilité des épithéliomas glandulaires. (S. Laborde, R. Huguenin et F. Aman-Jean. *Bull. de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, janv. 1930, n° 1, p. 15.) — Lorsqu'on étudie la sensibilité aux radiations des divers cancers, on admet généralement que les épithéliomas glandulaires sont plus radiorésistants que les épithéliomas malpighiens. D'une manière générale, cette affirmation semble exacte et chacun sait qu'à dose de rayonnement égale, un épithélioma de la peau est plus sensible qu'un épithélioma au sein par exemple.

A quoi tient cette différence? En vérité, nous ne le savons pas exactement, mais on a coutume de considérer que l'espèce cellulaire constitue un des facteurs principaux du degré de radiosensibilité. On pourrait alors penser que celle-ci est inhérente à l'espèce cellulaire elle-même. Or, les faits cliniques montrent que le type qu'affectent les éléments cancéreux est loin d'être seul en jeu et que le milieu dans lequel ils se développent joue un rôle considérable.

A titre d'exemple, les auteurs ont choisi deux observations où les épithéliomas glandulaires se sont comportés comme des épithéliomas malpighiens. La première concerne une femme opérée pour un cancer du sein en 1924 et qui, en 1929, présentait au niveau du cuir chevelu, une vaste ulcération pour laquelle l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire dont l'origine mammaire ne faisait aucun doute. Le traitement par le radium a amené une cicatrisation dans un délai de cinq semaines.

La seconde observation concerne une femme qui présentait un épithélioma envahissant tout le canal anal et la marge de l'anus. La biopsie a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique, franchement glandulaire, par conséquent, d'un épithélioma du rectum ayant envahi secondairement la marge de l'anus. Un traitement par le radium a amené une amélioration importante au niveau du canal anal et la cicatrisation complète de l'ulcération qui siégeait eu niveau de la peau. Celle-ci s'est donc encore comportée comme un épithélioma malpighien.

Les auteurs insistent sur les différences de radiosensibilité des cellules de même type histologique, suivant le tissu dans lequel elles se développent. Et ceci pose à nouveau tout le problème de la part respective de l'action locale directe et indirecte des radiations et de l'importance de l'état physiologique des cellules dans le processus de régression des tumeurs.

Trois cancers du corps thyroïde. Structure histologique et radiosensibilité. (René Huguenin et Yves-Louis

WICKHAM. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, fév. 1930, n° 2, p. 115.) — Les auteurs rapportent trois observations de cancer du corps thyroïde traités par radiumthérapie.

Ces trois tumeurs qui, cliniquement, étaient grossièrement comparables (évolution rapide, sensation de strangulation) se sont montrées nettement dissemblables quant à la morphologie cellulaire et dissemblables quant à l'action des radiations.

Cette action peut, semble-t-il, être rapportée à la structure histologique.

Le cas n° 1 était constitué, dans l'ensemble, par de hautes cellules cylindriques, qu'on peut rapprocher des éléments rencontrés, à l'habitude dans le goitre exophtalmique; la malade, d'ailleurs, présentait des signes de basedowisme. On pouvait donc supposer que le cancer était formé, dans l'ensemble, par des cellules évoluées, arrivées à un stade avancé de différenciation, des cellules très actives fonctionnellement, anormalement actives même, si l'on veut admettre qu'elles travaillent trop et trop vite, pour arriver à élaborer un produit adultéré.

Ici, en effet, en accord avec les lois biologiques bien connues, l'action du radium fut à peu près nulle.

Dans le cas n° 2, la tumeur est faite d'éléments très jeunes, à peine différenciés, de type fœtal, partant à potentiel germinatif important, à potentiel fonctionnel nul.

La tumeur à cellules très jeunes devait *à priori* se montrer très radiosensible; elle fond, en effet, quasi à vue d'œil, avec une faible irradiation, eu égard à son volume.

Le cas n° 3 montre un néoplasme, composé de cellules nettement différenciées sans doute, franchement thyroïdiennes élaborant souvent de la colloïde, comparables à celles qui entourent les vésicules; ce sont des « cellules actives », mais nullement comparables aux cellules hautes et pâles de Basedow; il n'y avait d'ailleurs pas de syndrome de Basedow chez cette malade, à peine quelques signes très frustes et très transitoires.

La tumeur à cellules adultes n'est point aussi différenciée que la première; elle l'est beaucoup plus que la seconde; elle nécessite une dose importante pour une régression lente avec une variation dans la technique d'application du radium. Elle paraît actuellement complètement guérie.

CURIETHÉRAPIE

Peau.

Contribution à la curiethérapie des cancers cutanés. Relevés statistiques. (DAUTWITZ. *Strahlentherapie*, 1928, Bd XXIX, h. 4, p. 634-677.) — L'auteur donne le résultat qu'il a obtenu dans le traitement de 186 cancers primitifs de la peau traités avec le radium; 108 n'avaient reçu aucun traitement antérieur, les 78 autres n'avaient pas guéri sous l'influence de traitements variés.

Dans une première partie, d'ordre clinique, l'auteur rapporte une série de données intéressantes sur le sexe, l'âge, la profession, le siège des lésions et sur les causes occasionnelles qui ont contribué à leur apparition.

L'auteur expose ensuite sa technique, principalement caractérisée par l'emploi, sauf dans les cas d'infiltration profonde, d'appareils plats, faiblement filtrés, permettant par conséquent l'utilisation du rayonnement mou. La dose est généralement fractionnée sous forme de deux à huit irradiations, d'une durée de quatre à huit heures, séparées par des intervalles de douze à trente-six heures.

Dautwitz n'emploie pas le grattage préalable, et il conclut à la supériorité du traitement par le radium sur les autres méthodes, car il donne les meilleurs résultats esthétiques et il est plus rarement suivi de récidive.

Cavité buccale.

Les résultats de la curiethérapie des épithéliomas des lèvres. (A. LACASSAGNE. *Arch. d'électr. méd. de Bordeaux*, oct. 1929, t. XXXVII, n° 550, p. 355-366.) — Dans ce travail, l'auteur donne les résultats obtenus sur 136 cas d'épithélioma des lèvres traités à l'Institut du radium de Paris de 1919 à 1926.

L'étendue de la lésion labiale est d'abord envisagée seule et les cas sont répartis en quatre stades, suivant l'extension de la lésion.

L'état des régions ganglionnaires est réparti en trois stades d'évolution : sans adénopathie, avec adénopathie suspecte, avec adénopathie cancéreuse.

Dans les premières années, la curiethérapie de la lésion labiale a été réalisée par radiumpuncture et, à partir de 1922, le plus souvent par appareil de surface moulé. En ce qui concerne les territoires lymphatiques, on a tantôt pratiqué l'expectative, tantôt le curage chirurgical suivi de curiethérapie par radiumpuncture ou par appareil de surface.

Les résultats, pour l'ensemble des cas d'épithéliomas de la lèvre inférieure, après trois ans d'observation, ont été les suivants : absence de tout signe de cancer, 65 p. 100; pour les cas opérables seulement, 80 p. 100. Les résultats, après cinq ans d'observation, sont, pour l'ensemble des cas, 50 p. 100 de guérison et pour les cas opérables seulement, 67 p. 100.

Vis-à-vis des territoires lymphatiques, la conduite à tenir est encore discutée : l'expérience légitime l'expectative armée chez les malades non porteurs d'adénopathies, mais le traitement systématique s'impose quand il existe des masses ganglionnaires suspectes. Il n'est pas possible encore de conclure à la supériorité d'aucune méthode sur une autre.

Traitement du cancer des lèvres et de la cavité buccale. (DOUGLAS QUICK. *Amer. Journ. of Rœntg. and Radiumth.*, avril 1929, vol. XXI, n° 4, p. 322.) — Ce travail concerne 2.741 malades observés et traités de décembre 1917 à décembre 1927.

Le traitement consiste en une irradiation externe aussi intense que le permet la tolérance des tissus sains et comprenant à la fois la lésion primaire et les régions lymphatiques du cou. Dans les tumeurs du type embryonnaire, l'irradiation externe est suffisante pour produire une régression complète. Pour les épithéliomas du type spino-cellulaire, Douglas Quick pratique une implantation de tubes d'émanation (filtration : 0mm3 d'or). L'irradiation dure quinze jours. Il est quelquefois nécessaire d'ouvrir une voie d'accès chirurgicale, principalement lorsque le néoplasme a envahi les sinus.

Le traitement des métastases a une importance considérable. Au début de l'envahissement, lorsque la capsule est intacte, une exérèse soigneuse est indiquée. Les régions cervicales sont alors irradiées, soit au moyen de rayons X hautement filtrés, ou au moyen de la curiethérapie à distance.

Si les métastases lymphatiques sont inopérables, Douglas Quick pratique l'implantation d'aiguilles d'émanation dans la tumeur même.

Les résultats obtenus sont les suivants :

49 p. 100 sont morts, 22 p. 100 ont été perdus de vue. Sur la totalité des cas observés, 102, soit 21 p. 100, paraissent guéris cliniquement.

Le groupe des cancers de la langue comprend un total de 450 cas (en éliminant les cas qui se sont présentés déjà porteurs de récidive); 101 malades sont actuellement cliniquement guéris, soit 22,4 p. 100.

Ce pourcentage peut être comparé avec avantage aux meilleures statistiques chirurgicales qui ne concernent que des cas opérables, alors que dans la statistique de l'auteur tous les cas sont indistinctement réunis.

Poumon.

Influence de la radiothérapie (rayons X et radium) sur quelques cas de cancer primitif du poumon. (S. LABORDE et R. HUGUENIN. *Bull. de l'Assoc. franç. du cancer*, fév. 1928, n° 2, p. 74.) — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer et de suivre des malades atteints de néoplasie médiastino-pulmonaire, sur lesquels les irradiations ont eu une action manifeste. Leurs observations répondent :

1° A des tumeurs dont la radiosensibilité est peu marquée, mais qui cependant ne sont pas essentiellement radiorésistantes; ce sont habituellement des tumeurs malpighiennes;

2° A des tumeurs qui se sont montrées essentiellement radio-sensibles. Ce sont des tumeurs médiastino-pulmonaires ou purement pulmonaires dont le type histologique est mal défini, tumeurs à petites cellules qui ne sont pas sûrement des tumeurs conjonctives;

3° Enfin, les auteurs ont observé un cancer du poumon qui, après avoir régressé sous l'influence de la radiothérapie profonde est réapparu et s'est montré résistant aux rayons X, alors qu'il a rapidement cédé à l'influence du radium.

Ces observations permettent de conclure que les radiations ont un effet presque constant sur les néoplasmes pulmonaires, mais très différent selon les types.

Lorsque les signes cliniques, et mieux encore l'examen histologique, permettent de présumer qu'il s'agit d'une tumeur radiosensible, le traitement par les rayons X amènera, à coup sûr, une rapide rétrocession. Ils sont d'un emploi plus commode que le radium, étant donnée la nécessité de pratiquer de larges irradiations. Cette radiosensibilité bien connue des tumeurs à petites cellules oblige à instituer un traitement prudent : la régression rapide qui résulte d'une destruction trop brutale étant susceptible de s'accompagner d'accidents graves.

Si, au contraire, on suppose avoir affaire à un épithélioma malpighien ou paramalpighien, et à fortiori si le diagnostic est confirmé par un examen histologique, il vaut mieux d'emblée utiliser le radium en application externe, son action continue semblant être plus efficace que celle des rayons X sur les tumeurs radio-résistantes.

Il en sera de même pour les récidives de cancers déjà traités par les rayons X, où peuvent alors entrer en jeu des phénomènes de vaccination vis-à-vis de ce rayonnement.

Tube digestif.

Les irradiations dans le traitement des cancers du rectum. (Georges BINKLEY. *Ann. of surg.*, déc. 1929.) — Du point de vue du traitement par les radiations, les malades peuvent être divisés en trois catégories : *a.* ceux pour lesquels une irradiation externe seule est suffisante; *b.* ceux pour lesquels il faut pratiquer une irradiation externe et la curiethérapie interstitielle (avec ou sans colostomie); *c.* les malades chez qui il est nécessaire de combiner la radiothérapie avec la chirurgie.

L'irradiation externe peut être pratiquée avec les rayons X, mais le radium semble préférable (50.000 à 60.000 millicuries-heures de radium, à 15 centimètres de la peau).

L'irradiation interstitielle est effectuée au moyen de grains d'or (3/10 de mm. d'or) contenant 1 à 2 millicuries et demi de radon qui sont placés dans la masse tumorale et laissés en place. La dose employée varie entre 1.300 et 8.500 millicuries-heures.

Lorsque l'intervention chirurgicale permet l'extirpation de toute la tumeur, on pratique d'abord une irradiation préopératoire.

Les résultats obtenus au Memorial Hospital sont allés en s'améliorant. Sur 153 malades traités et suivis de juin 1925 à juin 1928, 32 furent considérés comme favorables au traitement, et 121 comme non favorables.

Dans le premier groupe, 23, c'est-à-dire 72 p. 100, sont actuellement vivants et cliniquement guéris; 4 sont vivants et en bon état, 5 sont morts.

Dans le groupe considéré comme non favorable au traitement, la disparition des symptômes et une prolongation de vie a été notée plusieurs fois.

Utérus.

Les cancers du col de l'utérus restent parmi ceux qui ont le plus bénéficié du traitement par le radium.

Il est possible actuellement de comparer les statistiques chirurgicales aux statistiques radiothérapiques grâce à un recul d'années maintenant suffisant.

En France, la tendance générale est encore de recourir à l'hystérectomie chaque fois que celle-ci est possible. Or, il en est tout autrement dans nombre de pays étrangers. C'est ainsi que les gynécologues de Suède ont cessé d'opérer les cancers du col depuis 1920. De même, depuis 1913, on n'opère plus les cancers du col à la clinique du professeur Doderlein, à Munich.

Ailleurs, comme en Belgique, aux Etats-Unis, en Italie, sans être aussi systématique, on tend également à abandonner de plus en plus les méthodes chirurgicales en faveur de la radiothérapie.

L'égalité, sinon la supériorité de la radiothérapie sur la chirurgie des cancers utérins, semble bien ressortir, en effet de l'examen des nombreuses statistiques que l'on peut trouver groupées, soit dans le rapport de Heyman, au Congrès de la Société de chirurgie scandinave, en juin 1927, soit dans l'important travail de Miss Lane-Claypon (Londres) qui a réuni la plupart des statistiques ayant trait au cancer de l'utérus, qui ont été publiées dans les divers pays d'Europe et d'Amérique.

La Commission du cancer à la Société des Nations a créé une sous-Commission chargée d'étudier la question du traitement radiothérapique du cancer de l'utérus, et le docteur Heyman (de Stockholm), le docteur Lacassagne (de Paris), le professeur Voltz (de Munich), ont respectivement exposé les techniques et résultats obtenus en radiothérapie des cancers cervico-utérins pour le Radiumhemmet, la Fondation Curie et l'Universitats Frauenklinik.

Radiothérapie du cancer du col de l'utérus (d'après le rapport de la Commission du cancer de la Société des Nations) :

Dans un rapport commun, les experts se sont mis d'accord sur les points suivants : 1° classification des différentes formes d'épithéliomas utéro-vaginaux; 2° division des épithéliomas du col en différents stades, d'après leur extension anatomique; 3° désignation des renseignements qui doivent être contenns dans les publications relatives aux résultats thérapeutiques et manière de dénombrer ces résultats; 4° principes pour la notation des techniques employées.

La classification des épithéliomas du col en 4 stades, d'après leur extension anatomique est celle qui est déjà adoptée depuis plusieurs années, d'une façon générale, par les gynécologues. Mais il est surtout intéressant de comparer les différentes techniques utilisées dans les trois Fondations chargées de fournir un rapport.

Au Radiumhemmet, la méthode mise au point par Forsell consiste en une série de trois applications de radium. La seconde application a lieu une semaine après la première, et la troisième, trois semaines après la seconde. La filtration employée est toujours équivalente à 3 millimètres de plomb. La dose totale administrée, dans les trois applications est en général de 2.000 à 2.600 milligrammes-élément-heures dans l'utérus, et d'environ 4.500 milligrammes-élément-heures dans le vagin.

La teneur en radium des tubes qui sont ordinairement em-

L'Hygiène publique en France, par M. A. LANDRY, député, ancien ministre. In-8. Prix : 15 fr. — Paris, Félix Alcan.

Réactions de cure. Crises thermales à La Bourboule, par le docteur J. GODONNÈCHE. Une brochure in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, Jouve et Cie.

Le Crime du guérisseur, par le docteur Albert NAST, avec avant-propos du professeur Léon BERNARD et de M. A. CALMETTE. Un volume in-8. — Prix : 5 fr. — La Guette, 32, rue de Lagny, à Chelles.

ployés pour le traitement du cancer de l'utérus est calculée de telle façon que la dose requise nécessite une application d'environ vingt heures.

Le traitement par les rayons Rœntgen, combiné à la radiothérapie locale n'a été appliqué que dans les cas où il existe des métastases glandulaires ou de fortes infiltrations des paramètres.

Les résultats obtenus par la radiothérapie seule sont les suivantes :

De 1914 à 1923, 737 malades traitées, 163 guérisons, soit 22,1 p. 100. Sur ce nombre, 188 étaient opérables (degré 1), sur lesquelles on note 76 guérisons, soit 40,4 p. 100. Notons enfin que depuis 1920, les gynécologues de Suède ont cessé d'opérer les cancers du col.

A la Clinique gynécologique de l'Université de Munich depuis 1913, on n'opère plus les cancers de l'utérus, mais on leur applique exclusivenent la radiothérapie.

Ici la radiothérapie des cancers de l'utérus repose sur le principe du traitement répété à des intervalles de huit semaines.

L'irradiation de l'hypophyse est pratiquée systématiquement depuis 1923 et a pour objet de provoquer la sensibilisation des carcinomes; selon Voltz, cette irradiation améliore rapidement l'état général des malades.

La rœntgenthérapie est appliquée en une seule fois, ou bien répartie en deux ou trois jours précédant le traitement par les substances radioactives. Celui-ci comporte une filtration de 0,2 millimètres d'argent plus 1 millimètre de laiton plus une feuille de caoutchouc. Pour les dispositifs intra-utérins, la dose de 1.400 milligrammes-heures de radium-élément est considérée comme dose maximum. Elle correspond à un maximum de 55 milligrammes Ra appliqués pendant vingt-quatre heures.

Pour les dispositifs vaginaux, les préparations radioactives sont enchassées dans des cylindres de liège. 1.400 milligrammes-heures de radium-élément constituent la dose maximum, et la durée de l'application est également de vingt-quatre heures au maximum.

De plus, Voltz signale que depuis deux ans, toutes les cancéreuses reçoivent des injections de *dextrocide*, préparation d'iode et de cérium qui a pour but de sensibiliser les cancers, en s'y accumulant, à l'action des radiations.

Pour le cancer du col, les résultats sont les suivants :

De 1913 à 1923 : 1.319 cas de cancers du col traités.
Groupe I : 227 sur lesquels 92 ont été guéris = 40,5 p. 100
Groupe II : 310 sur lesquels 69 ont été guéris = 22,3 p. 100
Groupe III : 543 sur lesquels 58 ont été guéris = 10,7 p. 190
Groupe IV : 239 sur lesquels 3 ont été guéris.

A l'Institut du radium, la technique est la suivante : la curiethérapie intra-cavitaire est pratiquée dans tous les cas où elle est possible. Sauf dans les cas bien délimités appartenant au stade I, la radiothérapie transcutanée par curiethérapie à distance ou par rœntgenthérapie est combinée à la curiethérapie intracavitaire. Le dispositif utérin est composé de 3 tubes de 6,66 milligrammes Ra, placés bout à bout dans une gaine en gomme. Deux tubes de 13,33 milligrammes Ra servent à l'irradiation des culs-de-sac latéraux.

La dose moyenne est de 60 mcd; la durée moyenne du traitement est de cinq jours.

La curiethérapie à distance est appliquée au moyen de 4 grammes de radium par une irradiation quotidienne de trois à quatre heures.

La rœntgenthérapie comprend l'utilisation de tension de 180 à 200 kv, à grande distance fœcale, 60 à 80 centimètres, filtre : 1 à 2 mm, cuivre et grands champs. La durée du traitement est comprise entre quinze et vingt-cinq jours.

Les résultats sont les suivants :

Sur un total de 403 malades traitées de 1919 à 1923, 84 malades ont été guéries, soit 20 p. 100, ainsi réparties :

Stade I :	38 traitées,	16 guéries	= 42 p. 100.
Stade II :	132	38	= 28 p. 100.
Stade III :	149	16	= 10 p. 100.
Stade IV :	31	0	

La diversité des techniques ne permet pas d'établir une mise au point que l'on puisse actuellement considérer comme définitive.

En terme de conclusion, Cl. Regaud met en garde le public et les médecins contre la difficulté de la curiethérapie et de la rœntgenthérapie des cancers et sur les dangers de la diffusion du radium parmi des praticiens insuffisamment compétents.

La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne (Villejuif). Statistique des années 1921 à 1926. (S. Laborde et Y.-L. Wickham. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, nov. 1929, n° 8, t. XVIII, p. 606.) — Les auteurs ont rapporté les résultats de leur statistique qui sont les suivants :

Stade I :	5 traitées,	4 guéries	= 80 p. 100.
Stade II :	24	13	= 54 p. 100.
Stade III :	94	20	= 21,2 p. 100.
Stade IV :	50	0	

Soit, sur un total de 173 malades traitées de 1921 à 1926, 37 guérisons, soit 21,38 p. 100.

La curiethérapie utéro-vaginale est utilisée seule pour les cancers du stade I. Pour les cancers du stade II et III, la rœntgenthérapie est associée à la curiethérapie.

La rœntgenthérapie est utilisée seule pour les cancers du stade IV dans un but uniquement palliatif (le radium, dans ces formes étendues le plus souvent aux parois vaginales, risquant de hâter les perforations des parois).

L'irradiation utéro-vaginale comporte une irradiation unique, étalée généralement sur une durée de quatre à sept jours. La dose varie entre 6.000 et 7.000 milligrammes-heures.

L'irradiation des paramètres est pratiquée au moyen de la radiothérapie pénétrante (200.000 volts). La dose totale est donnée en quinze à vingt jours.

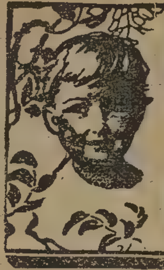
L'étude du rapport qui existe entre la forme histologique des différents épithéliomas du col et leur radiosensibilité est extrêmement difficile, en raison du rôle primordial que joue l'extension du cancer vis-à-vis de sa guérison possible par les radiations.

Les épithéliomas baso-cellulaires paraissent se modifier plus rapidement que les spino-cellulaires sous l'action des radiations. Autrement dit, la période latente paraît plus courte. Ceci ne comporte d'ailleurs aucune conclusion du point de vue de l'envahissement ultérieur.

D'autre part, il ne semble pas, ainsi que le pensent certains auteurs, que les formes endo-cervicales glandulaires soient plus radio-résistantes que les autres. C'est ainsi que, dans la statistique rapportée, sur 6 épithéliomas appartenant à ce groupe, 2 restent guéris depuis 1925 et 1926, c'est-à-dire depuis trois et quatre ans.

Dans l'ensemble, on peut dire que la curiethérapie amène la cicatrisation des lésions néoplasiques du col, quand elles ne sont pas trop étendues, quel qu'en soit le type histologique. On peut peut-être expliquer cette égalité apparente de radiosensibilité par les conditions techniques des irradiations, et en particulier par les doses élevées qui peuvent être appliquées au niveau du col; c'est en quelque sorte la possibilité d'administrer de telles doses, sans grand dommage pour les tissus sains, qui paraît unifier la radio-sensibilité des diverses variétés d'épithélioma du col.

Le traitement des états infectieux surajoutés dans le traitement du cancer du col de l'utérus. (Ch. Grandclaude et Y. L. Wickham. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, avril 1929, t. XVIII, n° 4, p. 297.) — L'infection secondaire des cancers du col utérin est la règle. Au cours



Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

De Mulhouse a Nice dans les autocars P.-L.-M. de la Route des Alpes et du Jura. — De juillet à septembre, les autocars P.-L.-M. de la Route des Alpes et du Jura parcourent, de Mulhouse à Nice ou de Nice à Mulhouse par Evian 1.200 kilomètres de route à travers les paysages si différents d'aspect du Jura, du Dauphiné, du Briançonnais et du Queyras.

Entre Chamonix et le Col du Lautaret, l'artère centrale passe par Annecy, Aix-les-Bains, Chambéry et Grenoble, alors qu'une variante plus courte traverse Albertville, Saint-Jean-de-Maurienne et le Col du Galibier. Par ailleurs, entre Grenoble et Nice, les touristes peuvent choisir l'un des trois itinéraires suivants : Grenoble-Briançon-Barcelonnette-col de la Cayolle-Entrevaux-Nice; Grenoble-col de Lus-la-Croix-Haute-Digne-Annot-Nice.

Ainsi l'excursion comporte, au choix des voyageurs, suivant le temps dont ils disposent et les régions qu'ils désirent visiter, 8, 7, 6, voire même 5 étapes.

La Route des Alpes et du Jura constitue un véritable « train de tourisme ». Elle en a la régularité, les itinéraires et les horaires fixés à l'avance. Le touriste peut s'engager du Nord au Sud ou du Sud au Nord, pour ses huit étapes ou seulement pour une partie d'entre elles; il lui est possible de les faire d'affilée ou de les espacer à son gré, en s'arrêtant, aussi longtemps qu'il le désire, dans un gîte d'étape d'où il visite les alentours.

Les services de la Route des Alpes sont quotidiens dans les deux sens; ceux de la Route du Jura n'ont lieu que trois fois par semaine.

Des billets à prix réduit, délivrés en toutes classes, permettent de faire des excursions, partie en chemin de fer et partie dans les autocars de la Route des Alpes ou dans ceux de la Route du Jura. Pour plus de renseignements, s'adresser aux gares et agences P.-L.-M.

De Paris a Vichy dans un fauteuil Pullman. — Les très nombreux baigneurs, qui fréquentent la Reine des Villes d'eaux, peuvent s'y rendre de Londres et de Paris sans fatigue, par l'excellent train de luxe Londres-Vichy-Pullman-Express, *accessible aux voyageurs de 1re et de 2e classes* et circulant du 15 juin au 19 septembre inclus.

Départ de Londres Victoria 9 h., Boulogne-Maritime 13 h., Paris P.-L.-M. 17 h. 15. — Arrivée à Vichy 22 h. 06.

Au retour : départ de Vichy 9 h. 16. — Arrivée à Paris P.-L.-M. 14 h. 17, à Boulogne-Maritime 18 h. 56, à Londres Victoria 22 h. 47.

du traitement par les radiations et en particulier par le radium, des complications graves d'ordre infectieux peuvent survenir. Les auteurs se sont tout d'abord efforcés d'identifier les germes rencontrés et de rechercher leur pouvoir pathogène, et ils attribuent un rôle prédominant au groupe *entéro-streptococcique*. Parmi les anaérobies, le *bacillus perfringens* et le *bacillus putreficus* semblent seuls avoir une réelle importance.

D'une série d'observations, les auteurs concluent qu'il y a intérêt à faire subir aux malades atteintes de cancer du col de l'utérus une préparation par les vaccins avant d'entreprendre le traitement par le radium. On utilisera des applications locales, vaginales ou intra-utérines de bouillon-vaccin (stock-vaccin) en y associant, si cela paraît nécessaire d'après l'examen bactériologique de la flore microbienne de la malade, cinq à six injections sous-cutanées de sérum antigangréneux polyvalent, et en effectuant également des pansements locaux avec ce même sérum antigangréneux.

Cette manière de procéder semble avoir diminué considérablement le nombre des accidents observés au cours de la curiethérapie, au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne.

Influence de la vaccination locale sur l'infection des cancers du col de l'utérus. (Y. L. WICKHAM et Ch. GRANDCLAUDE. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, janv. 1930, n° 1, p. 20.)

Métastases osseuses d'un épithélioma du col utérin. (R. HUGUENIN et F. AMAN-JEAN. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, janv. 1930, n° 1, p. 82.)

SARCOMES

Sarcome d'Ewing avec décalcification complète d'un cubitus. Réédification osseuse après curiethérapie. (A. LÉRI et Simone LABORDE. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, mai 1929, t. XVIII, n° 5, p. 355.) — Une jeune femme âgée de trente-deux ans avait présenté une fracture spontanée du cubitus. La radiographie effectuée à cette occasion montra la disparition presque totale du tissu osseux du cubitus, depuis l'olécrâne à l'apophyse styloïde. L'examen histologique d'un fragment prélevé avait permis de faire le diagnostic de réticulo-sarcome ou sarcome d'Ewing.

La malade a été soumise à la curiethérapie. Le traitement a consisté en l'application de dix foyers de 10 milligrammes Ra chacun (filtre : 1mm5 Pt) disposés sur des blocs de liége de 3 centimètres d'épaisseur et fixés en quinconce de part et d'autre du cubitus. Durée de l'application : dix jours, soit 100 milligrammes pendant deux cent quarante heures ou 24.000 milligrammes-heures (180 mcd).

Une radiographie prise un mois après la fin du traitement montre de fines travées osseuses formant un lacis irrégulier.

L'aspect de recalcification va en s'accentuant sur les radiographies suivantes prises chacune à un mois d'intervalle. On assiste à une réédification de l'os dont les travées sont de plus en plus denses. Au bout d'un an la recalcification paraît totale. Il y a là un processus analogue à celui que l'on observe à la suite de l'irradiation des métastases osseuses d'épithélioma.

D'autre part, aucune métastase à distance ne s'est encore manifestée dix-huit mois après le traitement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1930)

Thérapeutique photochimique. — MM. Charles BENOIT et André HELBRONNER ont observé que la présence de certaines matières médicamenteuses dans l'organisme, particulièrement dans le torrent circulatoire, détermine des effets thérapeutiques beaucoup plus actifs, quand on expose en même temps le sang par la voie des capillaires à l'action des radiations ultraviolettes, et que d'autres substances médicamenteuses agissent de même sous l'action de radiations infrarouges.

Il devient par suite possible, pour obtenir un effet thérapeutique donné, de diminuer dans des proportions importantes les doses employées; cet avantage est particulièrement utile quand on s'adresse aux substances toxiques (arsenic, iode, mercure, alcaloïdes, etc.).

On peut prévoir une corrélation entre le spectre d'absorption du médicament employé et les radiations qui l'activent, d'où possibilité éventuelle de déterminer à priori les radiations activantes.

Certains vaccins sont activés par l'irradiation infrarouge.

La méthode proposée par MM. Benoit et Helbronner paraît pouvoir se prêter à de nombreuses applications thérapeutiques.

Sur le dosage de l'oxygène dans l'eau de mer. — M. Maurice NICLOUX.

Une mycose nouvelle provoquée par une levure du genre Debaryomyces : *Debaryomyces mucosus* n. sp. — MM. A. et R. SARTORY, G. HUFSCHMITT et J. MEYER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1930)

Enucléation traumatique de la boule de Bichat chez le nourrisson. — M. Jean CALVET rapporte l'observation d'un nourrisson qui, à la suite d'une chute, a présenté une énucléation presque totale de la boule de Bichat, dans l'intérieur de la bouche, à travers la muqueuse jugale; la réduction étant impossible, l'ablation en fut pratiquée. Suite sans incident.

Deux cas intéressants d'angine phlegmoneuse. — MM. E. ESCAT et A. VIELA. La première observation est relative à un homme de quarante-cinq ans; comme dans deux cas précédemment rapportés, la collection formait derrière le pilier postérieur une voussure fluctuante et dénuée de toute pulsation, alors qu'au contraire la carotide fortement refoulée en dehors battait violemment sous les téguments, la ponction put être faite par voie pharyngée.

La deuxième observation est relative à un homme de soixante et un ans chez qui, comme complication d'un abcès péri-amygdalien évacué spontanément quatre jours auparavant, se produisit en même temps qu'une voussure latéro-pharyngienne simulant un adéno-phlegmon rétro-stylien secondaire à la péri-amygdalite une vaste fusée purulente par la loge parotidienne, fusée donnant lieu à une collection rétro-angulo-maxillaire qui fut débridée par voie externe.

Laminectomie tardive pour fracture vertébrale. — M. Léon DIEULAFÉ présente l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué une laminectomie cinq semaines après une fracture de la colonne vertébrale de la région dorsale moyenne produite par écrasement sous un arbre. Au niveau de la fracture, sous le couvercle épineux réséqué, la vertèbre (VIIe ou VIIIe) fracturée est disloquée en deux fragments divergents. L'ouverture des lames vertébrales sus et sous-jacentes découvre la gaine dure-mérienne chevauchant la saillie du corps vertébral fracturé. L'ouverture de la gaine au-dessous de la saillie donne issue à du liquide céphalo-rachidien et à une bouillie blanche de moelle broyée analogue à la bouillie cérébrale des grands traumatismes craniens. L'ouverture de la gaine au-dessus ne donne pas issue à du liquide céphalo-rachidien, il existait des tractus longitudi-

naux qui correspondaient à l'arachnoïde et à la pie-mère affaissées sur un tube médullaire vidé par dégénérescence. Une réaction de ces membranes plus haut située avait dû fermer les espaces sous-arachnoïdiens. Le foyer de fracture était rigide par un cal qui avait soudé les éléments en position vicieuse.

Ulcère simple du cæcum en voie de perforation. Suture. Guérison. — MM. C. Dambrin, L. Thomas et L. Dambrin. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, paysan très robuste, qui fut pris vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, avec malaise, nausées, mais pas de vomissements. L'examen du malade, après son admission dans le service, montrait de la contracture de la paroi dans la région cœco-appendiculaire, la pression réveillait une douleur très vive à ce niveau. Température, 38 degrés. Pouls, 100. Facies un peu grippé. Le diagnostic porté est celui d'appendicite aiguë. L'intervention pratiquée d'urgence permet de constater la présence de bouillon sale dans la cavité péritonéale. L'appendice un peu congestionné est sain. Par contre, il existe sur la paroi antérieure du cæcum, à deux tracés de doigt au-dessus du point d'implantation appendiculaire, une zone ecchymotique ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent présentant une petite perforation. Le méso du cæcum est infiltré et rougeâtre. Suture de la perforation par un double plan de fils de catgut. Appendicectomie. Drainage. Guérison rapide sans incidents.

A propos de ce fait, les auteurs étudient les ulcères simples du cæcum, leurs caractères anatomiques et cliniques, leurs complications et les difficultés du diagnostic et du traitement.

Fracture de l'angle postéro-supérieur du calcanéum. — MM. R. et L. Dieulafé. Il s'agit d'une malade de cinquante-cinq ans qui, tombant d'une échelle d'une hauteur de 1 mètre sur la plante des pieds, a présenté une fracture de l'angle postéro-supérieur du calcanéum avec élévation de la partie postérieure du fragment par la traction du tendon d'Achille et maintien de la partie antérieure au contact du corps non lésé du calcanéum par les travées osseuses du système thalamique. Il s'agit donc d'une fracture par arrachement de Boyer plutôt que d'une fracture en soufflet de Destot dans laquelle le même trait de fracture n'est qu'une irradiation d'un foyer principal siégeant au niveau de la portion moyenne du calcanéum.

L'intervention sanglante permet de vérifier les lésions et de faire une suture au fil d'argent par la face externe.

Présentation de malades :

MM. Mériel et Bertrand. Un cas de greffe de Robertson-Lavalle dans une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou.

M. Bertrand. Deux opérés de laminectomie pour fracture du rachis.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge (1), par A.-B. Marfan.

Qui ne connaît le *Traité de l'allaitement* du professeur Marfan? Quel est le médecin d'enfants, le médecin tout court, qui ne l'a consulté, médité, étudié? Qui, d'entre nous, n'y a cherché, avec la certitude de les trouver, les indications dont il avait besoin? C'est donc une véritable joie pour tous ceux, si nombreux, qui ont contracté envers lui une dette de reconnaissance que d'en saluer la quatrième édition, éditée, avec un soin extrême, par la grande firme Masson. Comme les précédentes, elle se divise en quatre parties : 1° une première, théorique, relative à l'étude du lait, de la digestion et des échanges nutritifs chez l'enfant du premier âge; 2° une seconde, dans laquelle sont exposées les règles de l'allaitement et de l'alimentation du jeune enfant sain; 3° une troisième, concernant les règles de l'allaitement et de l'allaitement du jeune enfant anormal ou malade; 4° une dernière, qui étudie les moyens de protéger l'enfant du premier âge contre les causes de mort qui le menacent. C'est dire qu'il comprend une partie de biologie, une partie d'hygiène, une partie médicale et une partie sociale.

Ainsi conçu, cet ouvrage est loin d'être une simple réimpression. Il constitue une mise au point parfaite des questions, souvent si complexes, que soulève l'alimentation des jeunes enfants. Il fait état de tous les travaux, de toutes les recherches, pourvu qu'ils aient quelque intérêt, quelque importance. Comment ne pas admirer le maître auquel ses services passés et l'éclat d'un enseignement qui n'est pas près d'être oublié permettraient de goûter le repos : *otium cum dignitate*, et qui ne craint point de se remettre à la tâche? Comment ne pas lui témoigner notre gratitude pour nous faire bénéficier de son expérience et de son exemple? Comment ne pas lui souhaiter de garder, longtemps encore, cette foi dans l'avenir, cette ardeur au travail, cette jeunesse d'esprit et de cœur qui, seule, permet

... les longs espoirs et les vastes pensées?

L. Babonneix.

(1) 4e édition, revue et augmentée, un volume in-8 de 988 p. — Prix : 100 fr. — Paris 1930, Masson et Cie.

Traité de radiodiagnostic. Squelette en général. Tête osseuse. Rachis. Bassin. Membres (1), par G. Chaumet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Ce livre comporte en premier lieu des données techniques sur la prise des clichés. On y trouvera : une revue critique des diverses incidences, avec l'exposé détaillé des méthodes du Val-de-Grâce; en particulier, l'examen d'ensemble du crâne et de la face, ainsi que l'exploration segmentaire de la tête osseuse reposant sur les dernières acquisitions du radiodiagnostic dans le domaine de l'oto-rhinologie et de la chirurgie cranio-faciale.

D'autre part, l'interprétation des radiographies, basée sur l'expérience, s'inspire, en outre, de considérations cliniques et anatomopathologiques qui élèvent le sujet au-dessus du niveau d'un manuel de spécialistes. L'auteur y développe des vues personnelles avec un évident souci de précision et de clarté, un désir d'ordonner des notions rendues parfois confuses par la création d'entités nouvelles, à l'égard desquelles s'impose un effort de synthèse. Cette tendance se manifeste notamment dans l'étude des affections du squelette en général, du rachis, de la hanche, des traumatismes du poignet, etc.

S'il est indispensable au radiologue, cet ouvrage présente, pour les cliniciens, une mise au point des ressources de la radio et de la contribution qu'elle apporte au diagnostic.

Les nombreuses figures et radiographies qui l'illustrent font de ce livre un guide vraiment pratique.

L. G.

L'exploration de l'estomac et du duodénum (2), par R. Morichau-Beauchant, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Voici un excellent livre écrit pour les praticiens, il indique la méthode à employer pour examiner un malade atteint d'une affection de l'estomac ou du duodénum.

Il montre comment, avec les seules ressources de la cli-

(1) In-8 raisin VIII-364 pages, avec 203 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Vigot frères.

(2) Un volume in-16 de 200 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

nique, le médecin peut déjà acquérir des notions suffisamment précises pour serrer de près le diagnostic ou tout au moins l'orienter. Les renseignements fournis par le tubage et par l'étude des liquides gastriques sont clairement exposés.

L'examen radiologique tient une place importante dans cet ouvrage. Les médecins, de plus en plus nombreux, qui pratiquent eux-mêmes cet examen chez leurs malades, y trouveront une mise au point des données que peuvent leur fournir les rayons X. Pour les autres, il ne sera pas non plus sans utilité; avec son aide ils pourront confronter les éléments cliniques qu'ils possèdent avec les renseignements radiologiques qui leur sont apportés et établir un diagnostic qui, en définitive, doit rester leur œuvre.

Après avoir étudié les symptômes isolément, l'auteur montre dans une dernière partie comment ils se groupent pour permettre le diagnostic des principales maladies de l'estomac et du duodénum. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMONIE CASÉEUSE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Rare, *c'est la mieux individualisée des pneumonies tuberculeuses*, du point de *vue clinique* tout au moins, car anatomiquement c'est autant une bronchopneumonie qu'une pneumonie.

CONDITIONS D'APPARITION

Dans la règle, elle est secondaire à une infection tuberculeuse *massive* due à l'ouverture dans les bronches d'un foyer tuberculeux plus ancien, et se développe grâce à une défaillance de l'immunité résultant de surmenage, une maladie anergisante, grossesse. Elle peut être primitive, chez des individus transplantés et vierges de tuberculose.

Signes. — Type de description : la pneumonie caséeuse aiguë, massive, en apparence primitive.

Début. — Tantôt, il est *brusque*, par un frisson avec un point de côté, dyspnée et fièvre, tout comme un cas de pneumonie franche aiguë. Mais l'interrogatoire relève l'antécédent de *signes d'imprégnation bacillaire*.

Tantôt, il est *progressif*.

Stade de formation du bloc tuberculeux. — Au bout de quelques jours, la dyspnée se maintient angoissante, la toux ramène des crachats visqueux rappelant ceux de la pneumonie. Parfois, survient précocement une hémoptysie de grande valeur diagnostique, et dans laquelle on pourrait trouver des bacilles de Koch par enrichissement.

Symptôme capital, l'*état général est profondément atteint* : le malade, couvert de sueurs, cyanosé, semble amaigri. La fièvre est à 40 degrés, la dyspnée extrême.

Les signes physiques sont atypiques : la matité est bien celle d'un bloc pneumonique mais le souffle a un timbre tubopleural, les râles sont sous-crépitants et non crépitants. On parle de pneumonie batarde, et déjà l'atypie des symptômes, l'altération de l'état général, l'aspect du malade, l'antécédent de signes d'imprégnation évoquent la possibilité d'un bloc tuberculeux.

Stade de fonte caséeuse. — L'apparition de *crachats purulents* contenant des bacilles de Koch signe le diagnostic. Il faut cependant insister sur ce fait que les bacilles peuvent apparaître *très tardivement*, à la phase préterminale, ou même manquer et n'être trouvés que très rares à l'autopsie.

La cyanose, la dyspnée, les sueurs profuses, l'amaigrissement deviennent très intenses, tandis que la fièvre prend le type oscillant et que l'auscultation fait entendre des signes ulcéreux : râles consonnants et souffle cavitaire.

A l'écran, on verrait une ombre à contours flous, dégradés, étendue à un lobe ou à presque tout le poumon, et dans laquelle se dessinent des images cavitaires ou des petits niveaux liquides horizontaux signant la présence des cavernes aux contours peu nets.

Il faut faire un pneumothorax d'urgence. Souvent, il est inefficace : le bloc caséeux ne se laisse pas comprimer et après insufflation, se déplace en masse avec le médiastin. Il faut alors recourir à la phrénicectomie. Mais très souvent, il est inefficace. Des hémoptysies surviennent et le malade meurt d'asphyxie ou de défaillance cardiaque.

FORMES CLINIQUES

1. **Forme suraiguë.**

2. **Forme lente à ressauts** se présentant sous deux aspects, tantôt, après une accalmie trompeuse, la maladie devient rapidement mortelle; tantôt, le début est insidieux et la fonte caséeuse quand elle apparait, évolue rapidement.

3. **Forme de primo-infection chez les noirs.** — Il ne s'agit pas seulement d'une pneumonie caséeuse, mais d'une généralisation caséeuse atteignant les ganglions médiastinaux et mésentériques. C'est surtout dans ces cas qu'on ne trouve *pas de bacille de Koch dans les crachats*, mais seulement au raclage des lésions à l'autopsie.

4. **Pneumonie caséeuse ab. hemoptoe des tuberculeux cavitaires.** — Elle est d'un diagnostic plus délicat, se greffant sur un état antérieurement fébrile, et réalise le maximum de l'alvéolite caséeuse si fréquente chez ces malades.

DIAGNOSTIC

Plusieurs éventualités sont possibles :

I. Le malade n'est pas suspect de tuberculose pulmonaire. — PENDANT LES TOUT PREMIERS JOURS, on discutera :

1° La gangrène pulmonaire massive avant son ouverture dans les bronches et l'apparition de fétidité.

2° Une *pneumonie grave*, à cause de l'aspect infecté du malade, des signes humides précoces : mais, l'herpès, les crachats souillés, l'évolution cyclique, l'abondance des pneumocoques, l'absence des bacilles de Koch tranchent le diagnostic.

3° Une pneumonie grippale à évolution traînante : mais la notion d'épidémicité, l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, l'évolution feront aussi le diagnostic.

II. Le malade est un tuberculeux avéré. — 1. Les corticopleurites profondes sont d'un diagnostic assez facile, grâce à la fugacité des râles, à l'existence de signes pleuraux, à leur caractère épisodique. Par contre,

2° UNE PNEUMONIE BANALE CHEZ UN TUBERCULEUX pose un diagnostic fort difficile, d'autant plus qu'elle peut provoquer l'expectoration des bacilles de Koch. La nature pneumococcique de l'infection est mise en évidence par l'abondance des pneumocoques dans les crachats et la disparition rapide des signes en foyers.

3° LA PHTISIE GALOPANTE est aisément distinguée de la pneumonie caséeuse par sa bilatéralité, son évolution plus lente.

III. Après une hémoptisie tuberculeuse, le diagnostic se discute entre la pneumonie caséeuse, poussée évolutive grave, poussée granulique.

IV. Il s'agit d'une pneumonie tuberculeuse : Est-ce une pneumonie caséeuse? — Il est souvent très difficile de dire au début s'il s'agit d'une pneumonie caséeuse ou d'une *pneumonie curable*. Anatomiquement, cette dernière n'est qu'une pneumonie caséeuse très localisée et circonscrite, entrourée d'un large zone de congestion banale et régressive. C'est donc qu'il s'agit là d'une question de degré.

C'est l'évolution qui fera le diagnostic. Dans la pneumonie curable, les signes généraux, locaux et radiologiques régressent partiellement et le malade devient un tuberculeux banal.

En résumé, affection très grave due à la *nécrose caséifiante* d'une partie du poumon, très souvent incompressible par le pneumothorax artificiel, et d'un pronostic généralement fatal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Année scolaire 1930-1931.* — Immatriculation. Inscriptions. — I. IMMATRICULATION. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 h.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1930-1931, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre, du 10 au 25 octobre 1930.
Deuxième trimestre, du 5 au 20 janvier 1931.
Troisième trimestre, du 13 au 28 avril 1931.
Quatrième trimestre, du 10 au 25 juillet 1931.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions

aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

— **Examens.** — AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° *Ancien régime d'études.* — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1930.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au 27 mai 1931.

2° *Nouveau régime d'études.* — Session d'octobre 1930 : MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1930, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1930, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 20 octobre 1930. (Consulter en octobre les affiches manuscrites.)

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mercredi 1er et jeudi 2 octobre 1930, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1930-1931 : Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e la 14e ou la 18e inscription en janvier 1931.

Examens de clinique : Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par le candidat, du 1er octobre 1930 au 27 mai 1931.

3° *Thèse.* — Les consignations pour la Thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1930.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 16 juin 1931.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

— BORDEAUX. — *Prix de la Faculté de médecine de Bordeaux.* — Cinquième année : prix, M. Soulage; mention très honorable, M. Beauchesne; mention honorable, M. Siegfried.

Troisième année : prix, M. Bacquet; mention très honorable, M. Cras; mention honorable, M. Guilherm.

Deuxième année : prix, M. Liard; mention très honorable, M. Brusq; mentions honorables, MM. Brison et Rautureau.

Prix de la Ville de Bordeaux (médecine) : Prix, M. Kirsche.

Prix de la Ville de Bordeaux (chirurgie) : Prix, M. Pouyanne.

Prix du docteur Henry Bordier : Prix, Mlle Gauthier.

ASILES D'ALIÉNÉES. — M. le docteur A. Ducos est nommé médecin-chef à l'Asile d'aliénées de Château-Picon.

SANATORIA. — M. le docteur Pivoteau (de Mirebeau-sur-Bèze) a été nommé médecin directeur du sanatorium public interdépartemental de Boulou-les-Roses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rego de Barros, directeur de l'Institut médico-légal de Rio de Janeiro; Joseph Barbarin (de Paris); Begué (de Saint-Soupplets), Dominique Augier (de Rennes), Dron, sénateur, maire de Tourcoing; Henri Goffin (d'Ans, Belgique); Grobon, de Saint-Albin de Voulserre (Isère); Guilhaud, inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris; Roy (de Paris), décédé accidentellement; Rousseau (de Roubaix); Léon Stouffs (de Nivelles, Belgique); Henry Moutot, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, décédé accidentellement à Concets (Lot).

HÔPITAL BROUSSAIS. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — *Cours complémentaire.* — Service de M. le docteur Ch. LAUBRY. — Ce cours qui aura lieu du lundi 13 au samedi 25 octobre 1930, se fera sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les docteurs Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-assistant de l'hôpital Broussais; Jean Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie; G. Marchal, médecin des hôpitaux; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie; A. Jaubert, chef de laboratoire; A. van Bogaert, assistant étranger; R. Heim de Balsac, radiologiste du service; J. Moussoir, J. Poumailloux, P. Thiroloix, Y. Mevel, Mlle Th. Brosse, internes et anciens internes du service.

Le sujet des leçons cliniques du matin (docteur Laubry) sera indiqué sur le programme détaillé remis à chaque auditeur au début du cours.

Tous les jours, à 16 h., examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. — S'adresser au docteur Mevel, à l'hôpital Broussais.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE PARIS A BOURBON-LANCY EN SEPT HEURES. — L'accès de Bourbon-Lancy est devenu très facile grâce au service automobile organisé par la T. P. L. M. entre Cercy-la-Tour et Bourbon-Lancy. Cette station thermale, de plus en plus fréquentée, est ainsi à moins de sept heures de Paris.

Départ de Paris 12 h. 15, de Nevers 16 h. 33, de Cercy-la-Tour 17 h. 55. — Arrivée à Bourbon-Lancy-Ville 18 h. 55.

En sens inverse : Départ de Bourbon-Lancy-Ville 16 h. 10. — Arrivée à Cercy-la-Tour 17 h. 10, à Nevers 19 h. 02, à Paris 23 h.

Wagon-Restaurant entre Paris et Nevers.

Voiture directe (1re et 2e classe) à l'aller, jusqu'au 24 septembre inclus, entre Paris et Cercy-la-Tour.

REVUE GÉNÉRALE

LE ROLE DES PLEXUS CHOROIDES

DANS LA FORMATION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

ÉTUDE CRITIQUE (1)

Par le docteur J. GIRARD,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

II

LA CIRCULATION ET L'ABSORPTION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

Si l'origine plexuelle du liquide céphalo-rachidien s'élève ainsi comme un monument harmonieux, les divergences sont grandes lorsqu'on cherche à établir la destinée ultérieure ce cette humeur.

Pour la grande majorité des auteurs, dont Dandy est le plus écouté, la sécrétion des plexus gagne par l'aqueduc de Sylvius le IVe ventricule, et par les trous de Luschka et de Magendie, la grande citerne cérébello-médullaire, vaste réservoir qui communique avec les espaces sous-arachnoïdiens médullaires et les grands lacs de la base cérébrale : citerne du pont, citerne interpédunculaire, citerne chiasmatique. C'est à ce niveau qu'on peut retirer le plus facilement le liquide cranien, soit par le procédé transorbitaire de Bertiel, soit par la voie trans-cérébro-frontale, proposée par Sicard, ou plus simplement par la ponction sous-occipito-atlantoïdienne, de technique plus facile.

De ces lacs arachnoïdiens, le liquide passe au niveau de la convexité cérébrale en suivant les grandes citernes rolandiques et sylviennes, et à ce niveau serait résorbé par toute la surface des espaces sous-arachnoïdiens cérébraux.

Ce schéma a pour base l'existence des foramen de Luschka et de Magendie, dont la réalité n'est rien moins que prouvée. Si la possibilité de la ventriculographie semble à l'heure actuelle mettre hors de doute qu'il existe au niveau du IVe ventricule une communication entre la base cérébrale et les ventricules, un grand nombre d'anatomistes, et non des moindres, ne voient dans les différents pertuis qu'un artefact. Sans remonter à Cruveilhier, Reichert, Rolliker et Cannieu, et pour ne citer qu'un travail récent, Coupin, en pratiquant des coupes en série du IVe ventricule chez la souris, le rat, le chat, le lapin et cobaye, affirme l'absence de toute communication entre les espaces sous-arachnoïdiens et le IVe ventricule, et décrit cette cavité comme close et limitée de toute part par l'épithélium épendymaire. Marc See, qui décrit le trou de Magendie lui dénie toute importance fonctionnelle, car, à l'état normal, il est probable qu'il est oblitéré à peu près complètement par les formations nerveuses qui surmontent le toit du IVe ventricule.

Von Monakow, étudiant le développement du IVe ventricule chez l'homme, distingue dans l'oblongata, deux espaces séparés par une paroi très mince : un espace choroïdien médian et un espace choroïdien latéral extra-médullaire. Leurs parois sont recouvertes d'épendyme et il n'existe aucune communication entre eux. Aux endroits où devraient exister les foramen de Luschka et de Magendie, la paroi du IVe ventricule est représentée par une membrane très mince, où se trouvent des cellules épendymaires ressemblant à des chapelets et une mince couche de tissu subépendymaire, où s'est fixée la pie-mère avec ses vaisseaux. Ces derniers se divisent mais ne pénètrent jamais dans l'espace ventriculaire. Chez l'adulte, von Monakow observe que, ce qu'on prend pour l'orifice de Luschka n'est autre que l'endroit où pénètrent les vaisseaux dans les touffes des plexus et qu'on peut exclure certainement une communication préformée entre le diverticule latéral du ventricule bulbo-cérébelleux et les espaces sous-arachnoïdiens.

Partant de cette considération, Von Monakow proposa une nouvelle théorie de la circulation du liquide cérébro-spinal; sécrété par les plexus choroïdes, il pénètre par la paroi des ventricules dans le tissu des hémisphères cérébraux, s'y répand dans toutes les directions, et amène en contact le liquide céphalo-rachidien avec toutes les cellules du parenchyme cérébral. Le produit des échanges cellulaires s'assemble et s'écoule dans les espaces périvasculaires de Hiss qui aboutissent dans l'espace sous-arachnoïdien. Une partie y est résorbée, le reste se répand sur la surface cranienne, gagne la base et descend vers les espaces médullaires.

Stern et Gautier appuient cette opinion en montrant que ne pénètrent dans la masse nerveuse que les substances qui préalablement se dissolvent dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier est l'intermédiaire obligé entre le sang et les cellules nerveuses. Il constitue le milieu liquide immédiat dans lequel baignent les éléments nerveux, où ils puisent les principes nécessaires à leur vie et à leur activité et où ils déversent les produits de déchet de leur métabolisme.

Weed, entre des deux opinions sur les ouvertures du IVe ventricule, expose une théorie intermédiaire. Pour lui, le triangle inférieur du plafond du IVe ventricule est une membrane fonctionnelle qui permet le passage, par des communications osmotiques du liquide ventriculaire vers la base du cerveau, en l'absence de trous de Magendie et de Luschka.

Quelle est la destinée ultérieure du liquide, à quel niveau est-il résorbé ? Les mêmes données contradictoires apparaissent.

La principale voie d'absorption serait sanguine et notamment au niveau du grand sinus longitudinal supérieur. C'était l'opinion de Magendie, qui fut reprise par Hill. En injectant du bleu de méthyle dans les espaces sous-arachnoïdiens, ce colorant est retrouvé par l'auteur dans l'urine au bout de dix à vingt minutes. Une diffusion aussi rapide ne peut être que le fait de la voie sanguine.

Key et Retzius, par des injonctions de gélatine colorée au bleu de Berlin, établissent le rôle des granulations de Pacchioni, dont ils colorent l'endo-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 66, p. 1181.

thélium par imprégnation argentique, et qui seraient les intermédiaires entre les espaces sous-arachnoïdiens et les sinus de la dure-mère. Quincke, par des injections de cinabre confirme ces conclusions.

Mais ce sont surtout les expériences de Weed qui ont mis en valeur cette voie d'absorption. Par l'emploi d'une solution isotonique de ferrocyanure de potassium et de citrate de fer ammoniacal, en quantités égales, le célèbre physiologiste américain démontre, par la précipitation du bleu de Prusse, in situ, que le liquide céphalo-rachidien passe à travers les villosités arachnoïdiennes. Ces formations, constantes, dont le fœtus est déjà pourvu, seraient des évaginations polypeuses du tissu sous-arachnoïdien, ayant gardé la structure trabéculaire de celui-ci, et qui se développeraient en refoulant le feuillet interne de la dure-mère et en faisant saillie dans les cavités veineuses intra-durales. Ces villosités, subissant la dégénérescence fibreuse ou calcaire, donneraient les granulations de Pacchioni de l'adulte. Elles sont recouvertes d'un endothélium, par lequel le liquide sous-arachnoïdien filtre dans le sang.

Elmann a décrit un mécanisme analogue au niveau de la moelle. Le passage du virus d'une infection périphérique comme le tétanos, dans la moelle, ou inversement l'infection d'un tronc nerveux consécutivement à une méningite, montrent la nécessité d'une communication entre les espaces méningés spinaux et les nerfs périphériques, communication démontrée par Goldmann grâce à ses injections de trypan bleu et qui, pour Weigeldt, serait la voie d'absorption de la plus grande partie du liquide céphalo-rachidien. Elmann, établissant que l'arachnoïde médullaire forme un angle lorsqu'elle rencontre l'émergence d'une racine, isole ainsi un cul-de-sac dans l'espace sous-arachnoïdien spinal. Au niveau de l'angle de réflexion, les cellules de l'arachnoïde prolifèrent et forment des villosités analogues à celles de l'espace sous-arachnoïdien cérébral. Une solution isotonique introduite sans pression dans l'espace sous-arachnoïdien peut en sortir par l'intermédiaire de ces cellules et apparaître dans les veines et les lymphatiques de la région.

Ce mécanisme d'absorption intra-veineuse est généralement admis, bien que Papilian et Stanescu-Jippa aient pu, par des injections de bleu de méthylène, dénier tout rôle aux granulations de Pacchioni, et admettre que le passage dans le sang se fait directement au niveau de la pie-mère.

Cette voie sanguine, prépondérante, n'est pas unique, et déjà Hill, Quincke, Key et Retzius avaient retrouvé de faibles quantités de colorant dans les ganglions cervicaux. Spina pense que la résorption lymphatique apparaît lorsqu'on augmente la tension de l'injection. Sicard, par l'encre de Chine, Goldmann, par le trypan bleu, colorent les ganglions cervicaux et Dandy et Blacfan retrouvent la phénolsulfonephtaléine, et Stepleanu-Horbatsky, le bleu de Prusse dans le canal lymphatique et la citerne de Pecquet.

Cette circulation lymphatique, niée par Cushing, est la seule voie d'absorption pour Cathelin, l'intermédiaire entre l'espace sous-arachnoïdien et le système lymphatique étant formé par les gaines périvasculaires et périneurales.

Fontecilla et Sepulvedra, Buia et, tout récemment Hnewkowsky, ont montré l'importance de cette voie lymphatique.

Nous ne dirons que quelques mots d'une troisième voie d'absorption décrite par certains auteurs, la voie neurale. On a pu injecter l'espace périneural du nerf optique, du nerf olfactif ou des nerfs rachidiens (Quincke, Sicard et Cestan, Weed). Mais cette voie n'est qu'un aspect particulier de la circulation lymphatique, car c'est en définitive à celle-ci qu'aboutissent les espaces périneuraux.

Avec quelle rapidité se fait cette absorption? Très grande en général. Reiner et Schnitzler injectent du ferro-cyanure de potassium dans les espaces spinaux et le retrouvent trente à quarante secondes après dans la veine jugulaire. Ziegler peut dans les mêmes conditions le déceler, au bout de dix secondes dans la veine faciale, au bout de trente minutes dans les lymphatiques cervicaux, et Lewandowsky retrouve le colorant dans l'urine au bout de trente minutes.

Pour la phénolsulfonephtaléine, la vitesse est de même ordre. Dandy et Blacfan la retrouvent dans la jugulaire au bout de soixante-trois secondes et dans l'urine dix minutes après l'injection, ce qui leur fait admettre qu'à une résorption aussi rapide correspond une surface très étendue, celle des capillaires de l'espace sous-arachnoïdien cérébral tout entier.

Signalons encore pour mémoire l'opinion de Von Monakow, qui admet des voies séparées pour les produits solubles et liquides du fluide sous-arachnoïdien qui seraient résorbés par les sinus veineux, et pour les cellules migratrices et les produits en suspension qui, par les gaines de Wirchow-Robin gagnent les lymphatiques cervicaux, et nous en aurons fini avec cette rapide revue générale des théories classiques sur la formation et l'absorption du liquide céphalo-rachidien.

On ne peut qu'être frappé de la contradiction qui existe entre la formation du liquide cérébro-spinal, qui serait lente, la circulation, qui serait à peine marquée, et l'absorption qui se ferait avec une intensité énorme.

Nous ne cherchons pas à expliquer ce paradoxe. Comme le disait Mestrezat en rappelant les travaux de Jean Camus : « Parce que quelques centigrammes de ferro-cyanure injectés dans un liquide de plèvre ou d'ascite peuvent passer dans l'urine, va-t-on parler de « circulation » pleurale ou de « circulation » ascitique... »

Frazier et Peet, parce qu'ils avaient trouvé dans l'urine 50 à 60 p. 100 de la phénolsulfonephtaléine intraventriculaire deux heures après l'injection, avaient admis que 50 à 60 p. 100 du liquide céphalo-rachidien avait été absorbée durant ce laps de temps.

Becht trouve cette conclusion aussi ridicule que celle qui dirait : Si 60 p. 100 de phénolsulfonephtaléine sont excrétés en quarante-cinq minutes par le rein, 60 p. 100 des autres constituants du sérum sont éliminés dans le même laps de temps.

Il y a donc encore une part d'inconnu qui montre les difficultés qui se présentent lorsqu'on confronte les expériences les mieux conduites, et quoique déjà

passionnément étudiée, aussi riche que soit la moisson déjà faite, la circulation du liquide céphalo-rachidien semble être encore à découvrir.

III

ÉTUDE CRITIQUE DE LA THÉORIE SÉCRÉTOIRE DES PLEXUS CHOROIDES

Malgré le nombre des arguments que nous avons apportés dans notre premier chapitre, en faveur de l'origine plexuelle du liquide céphalo-rachidien, on peut aisément trouver en les reprenant et en les critiquant qu'aucun d'eux n'est démonstratif.

1. **Critique histologique.** — Nous avons donné à notre exposé une part importante aux faits histologiques qui nous semblent, à vrai dire, former la base la plus sûre des théories sur l'activité choroïdienne. Nous avons déjà signalé que l'on n'admet plus, après Pettit et Girard, les globes sécrétoires de Findlay, et il semble que les aspects « en coupe » de Mott ne sont que des altérations cadavériques. Actuellement, on se base surtout, pour affirmer le rôle sécrétoire des plexus, sur la présence d'un chondriome, variant fonctionnellement et sur les changements apportés dans la morphologie cellulaire par les substances excitantes des processus sécrétoires.

Nous pourrions dire tout de suite, avec Becht et Frank-Fremont-Smith, que les modifications observées au niveau des plexus au cours d'une soi-disant sécrétion sont l'opposé exact de celles décrites au niveau d'un épithélium incontestablement sécréteur, comme celui de la parotide ou du pancréas. Dans le premier organe, par exemple, les cellules séreuses à l'état de repos sont très volumineuses et très allongées, leur partie basale présente un protoplasme granuleux et un noyau aplati, le reste du corps cellulaire est clair, et rempli du produit de sécrétion : en un mot, c'est l'aspect décrit au niveau des plexus par Pettit et Girard, après injection de pilocarpine, c'est le stade vacuolaire de Grynfeltt et Euzière, c'est l'aspect dit d'hypersécrétion des plexus. Inversement, le stade strié de repos choroïdien est observé au niveau de la parotide en pleine activité : cellule affaissée, noyau central, protoplasme uniformément granuleux dans toute la hauteur du corps cellulaire.

D'ailleurs, que l'on puisse trouver chondriomites, mitochondries et grains dans une cellule, on ne peut en déduire le sens de son fonctionnement. S'il est un épithélium qui, par nature, est doué de fonctions de résorption, c'est l'épithélium intestinal. Or, si nous considérons les superbes planches du traité de Bouin et Prenant, nous voyons que les cellules intestinales des blattes, de l'ascaris mégalocéphale ou de la salamandre, présentent, sous un plateau strié ou à cils vibratiles, des granulations volumineuses qui se fragmentent et à la base de la cellule, lieu où les substances alimentaires modifiées passent dans le sang, il existe une zone striée d'ergastoplasma. Si la physiologie ne permettait pas d'interpréter cet espace et ne nous indiquait le sens de l'absorption, l'étude morphologique ne montrerait rien de plus que ce qui est au niveau d'une glande sécrétante.

Bouin et Prenant ont pu écrire : « La distinction de deux sortes de sécrétion est plutôt une donnée physiologique qu'un résultat de l'observation histologique; autrement dit, on ne sépare pas aisément sous le microscope le processus de la sécrétion interne de celui de la sécrétion externe. »

Nous savons pourtant que Champy a répondu à cette objection et, partisan de la polarité cellulaire, il a décrit à la cellule intestinale, doublement polarisée, une double condensation mitochondriale aux deux extrémités. Les mitochondries du pôle apical, du pôle absorbant varieraient expérimentalement, sous l'influence du jeûne, de l'alimentation ou des injections de pilocarpine. Nous avons pourtant conservé notre argument, car la notion de polarité cellulaire est bien attaquée et dans le cas particulier, Corti n'a jamais trouvé aucune modification du chondriome apical pendant le jeûne ou la digestion.

Nous avons d'ailleurs une autre preuve que le chondriome n'indique pas le sens de la sécrétion cellulaire en étudiant l'épithélium rénal. Quelques histologistes américains ont comparé morphologiquement et fonctionnellement la cellule choroïdienne, et la cellule du tubuli-contorti : même zone basale, striée, même zone périphérique vacuolaire, même formation abondante d'un produit aqueux. De même que les plexus seraient imperméables à un grand nombre de substances sanguines, de même la cellule rénale normale ne laisserait passer ni glucosides, ni colloïdes. Or, si nous consultons la récente et si documentée revue générale de Coutière, nous y voyons exposée l'opinion de Ludwig qui fait des cellules des tubes contournés des organes d'absorption. Même dans les figures de son contradicteur, Heidenhain, l'on voit que le carmin injecté dans les veines d'un lapin teinte la capsule de Bowmann, et le bord libre des parois de la lumière tubulaire. Ce n'est que longtemps après, l'urine elle-même étant colorée, que le carmin diffuse et se rassemble à la base de la cellule en prenant l'aspect strié du chondriome. La cellule rénale absorberait le colorant de dedans en dehors et il semble admis actuellement qu'elle résorbe en partie les substances que le glomérule a laissé filtrer (Adami, Richard, Cushing). Wearm et Richard ayant pu recueillir directement le fluide glomérulaire de la grenouille, ont montré qu'il contenait du glucose et des chlorures lorsque l'urine n'en contient pas, preuve indéniable d'une réabsorption au niveau des tubes contournés. Pour le rein, la disposition du chondriome n'indique nullement le sens de la sécrétion.

Nous irons plus loin. A l'heure actuelle, la présence d'organes décrits comme spécifiques de la sécrétion, chondriome ou appareil de Golgi, ne semble plus avoir le sens qu'on lui prête classiquement.

Parat et Painlevé, par coloration vitale au vert-janus du pancréas de triton ou de grenouille, sont arrivés à la conclusion que la vésiculation du chondriome et tous les termes de passage entre cet organe et les produits d'élaboration ne sont que des

artefacts et qu'en définitive, le chondriome subit peu de transformations au cours du processus sécrétoire.

Noël et Mangenot écrivent : « Les fonctions du chondriome sont encore presque totalement inconnues. Il importe de placer, en effet, en face du fait de l'existence absolument constante des chondriosomes dans toutes les cellules animales et végétales cet autre fait de l'exceptionnelle rareté d'aptitudes fonctionnelles manifestes et démontrées de ces éléments permettant une déduction physiologique précise. Sauf l'élaboration de grains protéiques par les chondriomes de la cellule hépatique des mammifères, tous les autres cas décrits d'élaboration mitochondriale chez les animaux restent douteux. »

Tupa est aussi net. Il conclut de l'étude de la glande sous-maxillaire du rat : « Je crois que les diverses formes de passage entre michondries et grains décrits dans les cellules sécrétoires de ce type ne répondent pas à un phénomène du fonctionnement normal. »

Il en est de même pour l'appareil de Golgi.

Si Bowen, par l'étude de la spermatogénèse des lépidoptères conclut : « The Golgi apparatus is a great intracellular center of chemical synthesis », on tend à admettre (Giroud, Turchini), que, au moins sa position dans la cellule n'est pas régie par le sens de l'activité sécrétoire.

Après la lecture de ces travaux, appliquant aux cellules plexuelles, hypothétiquement sécrétoires, les notions établies pour des cellules indubitablement douées de ces fonctions, nous voyons qu'il faut faire table rase du chondriome dans l'appréciation du rôle des cellules choroïdiennes. Seule l'interprétation de Grynfelt et Euzière, si l'on admet avec Emberger que les mitochondries sont un appareil de catalyse, peut être retenue, car nous n'irons pas jusqu'à dire, comme Flather, sur le chondriome des plexus choroïdes : « Concerning the presence of mitochondrial filaments in the cytoplasma, I am exceedingly skeptical. Often they appear to be there, but a more careful study makes this questionnable » (1).

Quant aux modifications cellulaires expérimentales, Weed démontra que le gonflement des cellules, la différenciation en zone granuleuse basale et en zone claire apicale, pouvait être causée par de simples injections intraveineuses d'eau distillée, qui n'ont jamais passé pour jouer un rôle quelconque sur les processus sécrétoires. Non seulement les changements morphologiques sont constants, mais ils sont plus marqués que ceux consécutifs à l'injection de tout autre produit réputé actif dans la sécrétion choroïdienne.

L'auteur américain conclut : « La signification exacte des changements cellulaires reste une affaire de spéculation ». (The exact signifance of this changes still remains a matter of spéculation.)

(*A suivre.*)

(1) Concernant la présence des filaments mitchondriaux dans le cytoplasme, je suis excessivement sceptique. Souvent, on croit qu'ils existent, mais une étude plus attentive rend le fait douteux.

HYGIÈNE PUBLIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE DU COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE (MAI 1930)

Le Comité a été mis au courant des études sur la *peste* poursuivies dans l'Inde britannique sous les auspices du Gouvernement ou sous la direction des directeurs de la Santé publique des provinces. A l'Institut Haffkine de Bombay, on s'est occupé d'améliorer le sérum et le vaccin antipesteux; on a établi que la peste est transmise expérimentalement de rat à rat par la puce *Xenopsylla astia*, à peu près aussi facilement que par *X. cheopis*, et que la transmission peut aussi être réalisée par *X. brasiliensis*.

Une étude très développée des insectes et des larves susceptibles de transmettre la peste, notamment dans les dépôts de grains, a été faite en Italie; elle vise à expliquer les épidémies de peste dans lesquelles on ne découvre pas de rats pesteux. — Au Sénégal, il existe deux zones limitées d'endémicité pesteuse, dans lesquelles les cultures d'arachide et de mil fournissent une nourriture abondante aux rats. Une mission travaille depuis dix-huit mois à identifier les espèces de rats et de puces. Pour les premiers, *Mus rufinus* et *Golunda campanae* prédominent. Les puces sont des *X. cheopis* dans la proportion de 95 p. 100, des *X. astia* pour le reste. Les poussées périodiques de peste, qui coïncident avec la saison chaude, sont insuffisamment expliquées par le rôle des rats et des puces; il semble exister un autre réservoir de virus que le rat, et peut-être un autre insecte piqueur que la puce.

Une petite épidémie de peste pulmonaire, qui a duré cinq semaines, s'est produite en U. R. S. S. dans un groupe de hameaux voisins de Turkestan chinois; l'infection a paru provenir d'espèces locales de lièvres.

L'enquête, poursuivie pendant deux ans, sur les conditions d'apparition du *choléra* dans les Provinces-Unies de l'Inde britannique a conduit à la conclusion que les poussées épidémiques avaient presque toujours pour point de départ un cas importé de choléra, rarement un convalescent de choléra, et plus rarement encore un sujet en période d'incubation du choléra. Aucune des épidémies analysées n'avait pour origine un porteur sain.

L'*Indian Research Fund Association* a subventionné tout un ensemble de travaux sur les bactériophages. Pour le choléra, les recherches ont établi qu'il existait trois types de bactériophages et que des vibrions résistants vis-à-vis de deux de ces types étaient détruits par le troisième. Le type actif à l'égard du plus grand nombre des vibrions est peu stable et difficile à cultiver; les races les plus stables de ce type n'attaquent que 30 p. 100 des souches de vibrion étudiées. L'emploi préventif et thérapeutique du bactériophage ne doit donc donner son plein résultat que si l'on dispose d'un mélange de races appropriées des trois types. Dans l'application, l'addition de bactériophage aux puits pendant la fête religieuse de Puri (Puri Mela) semble avoir eu pour conséquence une grande diminution des cas de choléra; ils ont été 10 fois moins nombreux que dans les secteurs dont les puits n'avaient pas été traités.

L'année 1930 a été marquée par une des plus grandes fêtes religieuses de l'Inde, qui a lieu tous les douze ans, et a réuni à Allahabad 3 millions et demi de pèlerins, dont 2 millions et demi se baignèrent le même jour, le 29 janvier, dans le Gange. De très grands préparatifs avaient été faits pour assurer la distribution d'eau pure, pour dépister les malades et les hospitaliser sur place, pour multiplier les vaccinations, 168 cas de choléra seulement eurent à être traités, et le choléra a été moins fréquent dans l'Inde, au cours des deux mois

suivants, que pendant la période correspondante des années précédentes.

La saison chaude 1929-1930 s'est écoulée à Rio-de-Janeiro sans réapparition de la *fièvre jaune ;* la destruction des Stégomies, réalisée avec une ampleur et une ténacité mémorables, a donc bien mis fin à l'épidémie de 1929. Cette dernière a frappé les hommes plus que les femmes, les blancs plus que les mulâtres, les étrangers plus que les Brésiliens; elle a atteint, en majorité, des sujets résidant au Brésil depuis moins de cinq ans et des personnes âgées de plus de quinze ans. — La constatation, très importante, que le sérum d'individus ayant subi une atteinte, même légère, de la fièvre jaune conserve indéfiniment la propriété de protéger le *Macacus rhesus* contre l'inoculation expérimentale du virus amaril ouvre la possibilité d'établir une carte des foyers endémiques de fièvre jaune.

Parmi les mesures d'assainissement entreprises à Dakar, la plus originale est la ségrégation des indigènes, qui a fait de grands progrès : l'Office des habitations à bon marché a construit dans un quartier déterminé des maisons saines, offertes à bon compte aux indigènes, qui les achètent et vendent aux Européens les terrains où ils étaient installés autour de la ville.

La *Commission de la variole et de la vaccination antivariolique*, constituée en mai 1929, a présenté au Comité un rapport concernant trois questions :

1° La définition des termes de *variola major*, *varioloïde*, *variola minor* ou alastrim. La varioloïde, forme fruste de la variola major, a été nettement séparée de la variola minor, dont les épidémies se développent, en général, tout à fait indépendamment de celles de variola major. Il a été spécifié que la variola minor devait être soumise aux mêmes mesures administratives et prophylactiques que la variola major, les autorités responsables d'un pays conservant, toutefois, la liberté d'atténuer la rigueur de ces mesures lorsque, au cours d'une épidémie caractéristique, une sévérité excessive serait jugée déraisonnable.

2° La situation actuelle à l'égard de l'*encéphalite post-vaccinale*. Les données recueillies directement auprès des délégués des pays intéressés établissent la fréquence de l'affection au cours des dernières années en Angleterre et en Hollande, pays les plus frappés, en Allemagne, en Autriche, en Suède, en Norvège, où les cas se présentent en nombre assez élevé, en France, aux Etats-Unis, où ils sont rares, dans l'Union de l'Afrique du Sud, en Yougoslavie, dans l'Union des Républiques soviétistes socialistes, en Italie, en Pologne, au Portugal, en Suisse, où ils sont extrêmement rares, ou n'ont plus été signalés récemment. Les renseignements reçus sont entièrement négatifs pour la Belgique, l'Espagne, la Grèce, la Roumanie, le Canada, l'Egypte, le Maroc, le Soudan, l'Inde britannique, l'Indochine française, le Japon, l'Australie, la Nouvelle Zélande, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, malgré le nombre très élevé des vaccinations pratiquées dans beaucoup de ces pays. Le rapport actuel se contente de présenter les faits connus, en faisant ressortir l'influence que peuvent avoir sur la fréquence de l'encéphalite les habitudes des divers pays relatives à la vaccination. Il fait ressortir, toutefois, la similitude, constatée par les auteurs anglais et hollandais, des lésions anatomopathologiques de l'encéphalite post-vaccinale avec celle des autres encéphalites consécutives à une infection aiguë (rougeole, varicelle, variole, coqueluche, etc.).

3° La *technique de la vaccination antivariolique*. Les réponses envoyées par 23 pays au questionnaire de l'Office portant sur les procédés d'inoculation du vaccin, le nombre, la longueur, les distances respectives des incisions, la virulence et la dilution de la lymphe, ont été groupées en un exposé comparatif. Les renseignements réunis, tout en apportant des suggestions intéressantes, ont fait apparaître l'insuffisance de nos connaissances actuelles sur des questions fondamentales : quelle relation y a-t-il entre le nombre et l'étendue des incisions, d'une part, l'intensité de la réaction locale et générale, le degré et la durée de l'immunité obtenue, d'autre part? La Commission a proposé de soumettre ces problèmes à une étude expérimentale, avec tous les concours que le Comité pourra s'assurer dans les milieux compétents

La vaccination contre la *tuberculose* par le B. C. G., en injection sous-cutanée a continué à donner des résultats très favorables chez les infirmières à Oslo; la tuberculose s'est, jusqu'à présent, déclarée avec une fréquence dix fois moindre chez les vaccinées que chez les non-vaccinées.

La documentation rassemblée par l'Office sur les efforts entrepris dans les divers pays pour lutter contre la tuberculose dans l'industrie et pour assurer un travail approprié aux tuberculeux guéris ou stabilisés s'est enrichie de plusieurs contributions. Elles décrivent, dans les Pays-Bas, les essais de réadaptation des tuberculeux au travail, dans les sanatoriums ordinaires et dans un sanatorium-atelier spécial; en France, l'organisation antituberculeuse complète qui existe dans deux sociétés et la liaison qu'un certain nombre d'entreprises importantes ont instituée avec les dispensaires antituberculeux; aux Etats-Unis, les diverses institutions de travail créées pour les tuberculeux, telles que les camps et colonies industrielles et agricoles, les ateliers de convalescence, institutions dont le résultat médical est toujours donné comme excellent, mais dont le succès au point de vue économique a été parfois difficile à assurer.

Les aperçus présentés au Comité sur l'extension de la tuberculose dans les races indigènes, au Maroc, en Algérie, ont montré l'importance de ce sujet, qui devra retenir l'attention. — Enfin la question des rapports de la tuberculose avec certaines poussières industrielles a été soulevée; on a signalé notamment le caractère nocif des poussières d'amiante reconnu en Angleterre, et la grande amélioration introduite aux Etats-Unis par la modification des machines et des méthodes de travail en ce qui concerne les poussières de ciment, de granit et de coton.

La *fièvre ondulante* a causé en Grande-Bretagne un nombre de cas un peu plus élevé qu'on ne le pensait. Elle vient d'être signalée en Yougoslavie. En Suède, on en compte, en moyenne 2 à 3 cas par semaine. En Suisse, où 20 p. 100 des bovidés amenés à l'abattoir sont contaminés par le bacille de Bang, on a pu réunir 37 cas humains de fièvre de bacille de Bang, dont 2 cas d'infection de laboratoire. A noter un cas dans lequel l'hypertrophie de la rate avait fait poser le diagnostic de lymphogranulomatose et motivé l'extirpation de la rate; et un cas dans lequel des avortements répétés paraissent être en rapport avec la présence du bacille de Bang dans les sécrétions du col de l'utérus.

La *tularémie*, maladie individualisée aux Etats-Unis depuis quelques années seulement, est connue aujourd'hui en U. R. S. S., en Norvège, au Japon. Caractérisée par des symptômes généraux d'infection, des adénites surtout axillaires et le plus souvent une ulcération, à contours nets, au point d'inoculation, elle est contractée soit par contact avec des rongeurs sauvages infectés, soit par piqûre de tiques, ou de mouches piqueuses. Aux Etats-Unis où les lapins sauvages sont le principal réservoir de virus, 420 cas ont été déclarés, mais sont loin de représenter le total réel. En U. R. S. S., dans le bassin inférieur du Volga et dans celui de son affluent l'Oka, dans le Gouvernement d'Ouralsk, dans la région de Tobolsk, des épidémies d'adénites ont été constatées dès 1877, puis en 1921 et surtout de 1926 à 1928. Elles atteignaient dans des villages une forte proportion de la population ; certaines ont frappé jusqu'à 800 personnes. Considérée au début comme de la peste bénigne, la maladie a été identifiée,

directement et rétrospectivement, par l'échange de sérums de malades et de cultures avec le laboratoire du Service de la santé publique des Etats-Unis. Elle a pour origine la chasse au rat d'eau (*Arvicola amphibius* L.), qui est largement infecté par le *B. tularense.* En Norvège, 12 cas de tularémie ont été identifiés récemment, chez des personnes infectées par des lièvres. Le nombre des cas que l'on peut suspecter d'après le tableau clinique, mais pour lesquels il n'a pas été fait d'examen sérologique, est bien plus élevé.

La *psittacose* peut-elle être transmise par contagion interhumaine? En Angleterre, dans 3 circonstances, des malades n'avaient été en contact avec une personne atteinte qu'après la mort du perroquet; la contamination par des objets infectés par le perroquet ne peut cependant pas être absolument écartée. Aux Etats-Unis, où 158 cas de la maladie sont connus, sur 11 personnes atteintes au cours de recherches au Service de la santé publique à Washington, 2 seulement avaient été en contact avec les oiseaux infectés. En Suisse, plusieurs membres de la famille d'un malade ont été contaminés par celui-ci; le perroquet se trouvait dans une autre maison. En Allemagne, enfin, où l'on a noté 156 cas de psittacose, l'affection a atteint, dans au moins 4 circonstances, des séries de personnes dont une partie n'avaient pas eu de contact avec les perroquets et n'étaient même pas allées dans la maison où s'étaient trouvés les oiseaux malades. Dans 2 autres séries, le diagnostic de psittacose est moins certain. A noter en particulier 5 cas concernant des médecins, infirmières, personnes soignant des malades. La présence du virus dans des produits filtrés a été établie aux Etats-Unis, en Angleterre, en Allemagne. Le virus existe dans les matières fécales des oiseaux.

La *poliomyélite* a présenté, en 1929, un accroissement sensible dans les Pays-Bas : 507 cas au lieu de la moyenne habituelle de 60, frappant surtout le groupe d'âges de 0 à 4 ans. On a lutté contre l'épidémie par l'organisation du recours aux cliniques neurologiques, la distribution de sérum de convalescent, autant que possible l'hospitalisation aux frais de l'Etat, l'offre de facilités pour les traitements hydrothérapique et électrothérapique dès la fin de la période aiguë. En Roumanie, après les épidémies de 1927 et 1928, il n'y a eu que 60 cas environ en 1929. Le sérum spécifique préparé sur le cheval a été employé, mais il est difficile de donner des conclusions sur son efficacité, à cause des grandes différences de gravité entre les cas traités.

Enfin, le Comité a entendu des communications sur divers sujets :

L'épidémie de *méningite cérébro-spinale* qui a sévi en Turquie, à Tarsas, pendant la période saisonnière de deux années consécutives, et l'accroissement constant de la fréquence de la méningite cérébro-spinale aux Etats-Unis;

L'épidémie d'*encéphalite*, différente de l'encéphalite léthargique, qui a présenté, en 1929, au Japon, les mêmes caractères qu'en 1924 et 1926, frappant dans les mêmes régions, après une période de chaleur et de sécheresse excessives, les vieillards, puis les enfants, plutôt que les adultes;

La marche à travers l'Afrique de la *fièvre récurrente à poux* qui, partie des rives du Niger, en 1921-1922, a atteint, en 1928, les territoires anglo-égyptiens, touchant ou respectant les populations qu'elle rencontrait, selon que les vêtements en usage offraient ou non des possibilités d'héberger des poux;

Le succès de la prophylaxie de la *trypanosomiase* dans l'Afrique équatoriale française, basée sur une action administrative (éloignement des tsés-tsés, déplacement des villages) et une action médicale (création de centres de rassemblement des indigènes, dans lesquels on pratiquait systématiquement des séries d'injections d'atoxyl) et, à partir de 1929, création de centres de traitement, au nombre de 58, où les malades séjournent et reçoivent, suivant les besoins, des injections d'atoxyl, de tryparsamide ou d'autres médicaments spécifiques;

La gravité de la *rougeole* en Egypte, où sa létalité s'élève jusqu'à 40-45 p. 100, et où elle est dix fois plus meurtrière que la diphtérie, deux mille fois environ plus meurtrière que la variole, la scarlatine;

Les épidémies de *scarlatine* dans plusieurs provinces de la Turquie en 1929 et les résultats encourageants qu'ont donnés la vaccination antistreptococcique (environ 19.000 vaccinations à 4 injections et 8.000 à 3 injections), ainsi que la sérothérapie appliquée aux formes hypertoxiques dans les premiers stades de la maladie;

L'enquête faite par les ministères des Travaux publics et de l'Hygiène publique de Tchécoslovaquie sur la fréquence du *cancer pulmonaire* dans le personnel occupé à l'extraction du radium à Joachimsthal, où cette affection paraît causer une très forte proportion des décès, et les diverses mesures de protection envisagées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1930)

Quelques points de l'action pharmacodynamique de la yagéine et de l'harmine. — MM. J. DECOURT et A. LEMAIRE. Divers échantillons de yagéine et d'harmine provoquent un effet dépresseur identique sur la pression carotidienne. Sur l'intestin, l'action paralysante de la yagéine est plus durable que celle de l'harmine. De plus, l'harmine augmente parallèlement les pressions rachidienne et veineuse profonde.

Action du tissu placentaire sur l'alexine. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD. La pulpe que l'on obtient en broyant un placenta frais mélangé à un sérum riche en alexine fait disparaître les propriétés qui caractérisent cette substance. Cette action paraît due à l'adsorption de l'alexine par les éléments cellulaires avec lesquels on la met en contact.

Actions comparées de l'aldéhyde formique et de l'acétylcholine sur la circulation pulmonaire. — MM. D. BENNATI, J. GAUTRELET et N. HALPERN. L'acétylcholine et l'aldéhyde formique provoquent en même temps que l'abaissement de la pression générale et le ralentissement du cœur par excitation parasympathique, une élévation de la pression de l'artère pulmonaire et une augmentation du débit de l'oreillette gauche.

Prolongation par l'yohimbine de l'action hypotensive de l'acétylcholine chez l'animal. — MM. L. LOEPER et A. LEMAIRE. En injection intraveineuse de 1/3 à 1/2 milligramme par kilog, l'acétylcholine provoque une hypotension carotidienne dont la durée est parfois quadruplée lorsque le chien a été préalablement yohimbinisé.

Un effet identique, quoique moins marqué, est obtenu quand on injecte simultanément les deux drogues dans la même seringue ou quand l'acétylcholine est administrée par voie sous-cutanée après yohimbinisation préalable.

Réactivation à l'aide de la glycérine du virus herpétique, dans le cerveau de certains lapins morts de « neuro-infection autostérilisée ». — M. S. NICOLAU et Mme KOPCIOWSKA relatent des expériences faites pour mettre en évidence le virus herpétique dans le cerveau des lapins morts tardivement d'infection herpétique expérimentale. Les passages effectués en partant du cerveau frais de ces lapins, sont restés négatifs. Les cerveaux provenant de ces animaux

morts de « neuro-infection autostérilisée », conservés à la glacière dans de la glycérine, pendant sept, douze ou vingt-quatre jours, ont récupéré une activité pathogène apparemment perdue, et se sont montrés virulents dans des inoculations ultérieures.

Tout porte à croire que les anticorps qui doivent coexister avec le virus dans le cerveau de ces animaux incomplètement immunisés par l'infection qui les a tués tardivement, sont beaucoup plus fragiles que le virus au contact de la glycérine, ce dernier, n'étant plus tenu en échec par les anticorps, pourrait se montrer à nouveau pathogène.

Le rôle du bicarbonate de soude dans la réaction de fixation du complément. — M. M. Andreesco. Si l'on ajoute au sérum frais de cobayes ou d'homme du bicarbonate de soude dans des proportions déterminées, le taux d'alexine augmente. La quantité optima de bicarbonate pour volume de sérum dépassée, l'alexine devient inactive. Le phosphate disodique est sans action envers l'alexine. La réserve alcaline des sérums est constituée par des phosphates et des bicarbonates. L'auteur soumet à la détermination de la réserve alcaline, 50 sérums humains anticomplémentaires, et trouve que le pouvoir anticomplémentaire coïncide avec une hyperalcalinité prononcée. Tout porte à croire que les bicarbonates en excès, qui forment la majeure partie de la réserve alcaline, peuvent rendre les sérums anticomplémentaires.

Essais de transmission de la syphilis aux lapins à l'aide d'inoculations de substance cérébrale provenant de cas de paralysie générale. — MM. S. Nicolau et P. Guiraud, inoculent aux lapins par voie sous dure-mérienne de la substance cérébrale provenant de cinq cas de paralysie générale, morts en ictus. Résultats négatifs. Les auteurs essaient ensuite d'infecter des lapins, par voie intratesticulaire ou sous-scrotale, avec du matériel cérébral provenant de trois autres cas de paralysie générale. Deux mois plus tard, les ganglions poplités de ces lapins sont greffés sous la peau du scrotum d'autres lapins. Ils observent parfois des petits nodules scrotaux dépourvus de spirochaetes. Les ganglions poplités de ces derniers animaux, servent à inoculer toujours par le moyen des greffes, encore d'autres lapins. Les résultats sont toujours négatifs.

Virus herpétique et pH. — MM. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska. Le virus, gardé pendant six heures à la température du laboratoire sous forme d'émulsions cérébrales à pH différent, conserve son activité pathogène, dans des liquides dont le pH varie entre 4,6 et 8,4.

La réserve alcaline chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. L. Pelissier, J. Valtis et N. Kisthinios ont mesuré la réserve alcaline chez les tuberculeux pulmonaires atteints de lésions ulcéro-caséeuses, ulcéro-fibreuses ou fibreuses.

Chez ces malades, la réserve alcaline est soit voisine, soit supérieure à la normale.

Toutefois celle-ci n'est pas régie par l'étendue, la gravité évolutive ou l'ancienneté des lésions.

Sur les variations du pouvoir floculant, des anticorps fixateurs et des leucocytes produites chez le cheval par l'antigène méthylique. — MM. A.-R. Arena et T. de Sanctis Monaldi étudient comparativement les variations de l'indice optique, des anticorps fixateurs et des leucocytes produites par l'injection intraveineuse d'antigène méthylique chez un cheval qui avait reçu deux mois auparavant 5 milligrammes de B. C. G.

Ils indiquent une méthode qui permet d'obtenir rapidement des sérums très riches en sensibilisatrice antituberculeuse et ils démontrent que la floculation des sérums par la résorcine est indépendante des variations des globules blancs et des anticorps fixateurs.

Spirochétose ictéro-hémorragique spontanée du cobaye. Contamination de cage par un porteur de germes. — MM. J. Troisier et Y. Boquien. — Le rat n'est pas nécessairement l'hôte intermédiaire dans l'infestation de la spirochétose ictéro-hémorragique. D'autres animaux peuvent être et rester longtemps porteurs de germes, disséminant ainsi la maladie. C'est ce que les auteurs viennent d'observer chez le cobaye, cet animal pouvant faire une spirochétose bénigne, fruste, et cependant rester porteur de germes et infester une cage où un autre cobaye contracte une spirochétose spontanée mortelle.

Un cobaye est inoculé avec les urines d'un malade atteint de méningite spirochétosique anictérique, et fait une maladie mortelle. Quarante-deux jours après, dans la même cage, un autre cobaye, non inoculé celui-là, fait une spirochétose apparemment spontanée. Il avait été infesté par l'intermédiaire d'un autre animal inoculé avec les urines du malade spirochétosique et qui n'avait pas fait de maladie clinique, mais était encore porteur de spirochètes deux mois après l'inoculation. Ces spirochètes végétaient dans un milieu hydrique constitué par le plancher de la cage, où s'infesta le cobaye qui fit une spirochétose spontanée, probablement à la faveur d'érosions des téguments.

Sur la transformation des toxines en anatoxines. — M. G. Ramon. Les faits rapportés par l'auteur peuvent être interprétés de deux façons différentes : ou bien l'action du formol et la chaleur ménagée se feraient progressivement sentir sur des portions de toxine, transformant d'abord complètement certaines d'entre elles en anatoxine et laissant les autres intactes, ou plutôt cette action se ferait sentir à la fois sur chaque molécule de toxine, toutes les molécules se trouvant à un moment donné au même stade de transformation. Cette dernière interprétation, qui semble la plus admissible, se rapproche de la conception de Bordet sur l'action de l'antitoxine sur la toxine.

A propos des propriétés essentielles de l'anatoxine diphtérique. — M. G. Ramon. Les nombreux essais effectués durant ces dernières années ont affirmé la valeur élevée de l'immunité spécifique conférée soit à l'animal, soit à l'homme.

Sont également confirmées pleinement à l'heure actuelle, les autres propriétés ou qualités de l'anatoxine : sa spécificité, sa stabilité, son individualité.

D'après ce que nous savons maintenant de l'anatoxine, et au lieu de supposer que la toxine diphtérique est composée d'une pluralité de substances (Ehrlich), n'est il pas plus simple et plus logique d'admettre que, sous certaines influences, la « molécule toxine » peut se trouver modifiée, l'ensemble des molécules ainsi modifiées formant un corps nouveau dont les propriétés sont en rapport avec la nature et l'intensité des modifications subies par chaque molécule ?

Recherches sur les dérivés de la choline. Sur les phénomènes vaso-moteurs rythmiques déterminés par l'introduction intra-jéjunale de fortes doses de dérivés choliniques. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et René Cachera. Certains dérivés choliniques possédant une action cardio-vasculaire, lorsqu'on les introduit par voie digestive, sont capables, à fortes doses, de provoquer des phénomènes vaso-moteurs rythmiques semblables à ceux obtenus par Raymond Hamet avec l'acétylcholine et par Laulanié, puis T. Hough par excitation prolongée du bout périphérique du vague.

M. Lapicque. Les tracés qui nous sont soumis plaident, en effet, en faveur de phénomènes vaso-moteurs, mais l'origine vagale de ces phénomènes n'est pas démontrée.

Présentation d'un glischromètre. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et Marcel Drilhon présentent un appareil permettant la détermination à une température

constante de la viscosité, non seulement des liquides, mais des émulsions, des suspensions, des boues thermales végéto-minérales, etc. Ce glischromètre (de γλιχρος — onctueux) est entièrement automatique : tout coefficient d'appréciation personnelle étant ainsi écarté. Il est essentiellement constitué par une palette animée d'un mouvement de va-et-vient par une force constante; sur son axe moteur sont adaptés un compte-tour et un chronographe fonctionnant synchroniquement. La mesure se réduit à une lecture du chiffre inscrit sur le cadran du compte-tour.

Recherches sur l'action myoclonisante du sérum des épileptiques. Influence favorisante de la délipoïdation partielle. — M. Ph. Pagniez. Le sérum d'épileptiques injecté dans le bout périphérique de la carotide du cobaye provoque chez cet animal des réactions myocloniques généralisées importantes. L'observation de ces phénomènes est souvent gênée par l'apparition de phénomènes d'ordre toxique d'autre nature, liés à la nocivité d'espèce du sérum.

M. Pagniez est arrivé à dissocier complètement les deux ordres de phénomènes en pratiquant la délipoïdation partielle du sérum par lavage à l'éther. Le sérum ainsi traité n'a plus d'action toxique d'ordre général et quand il provient d'un épileptique il reste myoclonisant. Les propriétés myoclonisantes du sérum sont même, fait imprévu, considérablement augmentées par cette délipoïdation partielle. Ces propriétés sont donc indépendantes de la toxicité banale d'espèce du sérum humain et elles apparaissent liées dans une mesure importante à l'équilibre lipidique du sérum.

Action des savons sur la toxicité de quelques sels métalliques (complexes cryptométalliques). — M. Léon Velluz établit dans cette note, que l'oléate et le ricinoléate de sodium modifient les propriétés physiques et chimiques de certains sels métalliques, le sublimé en particulier, et en atténuent nettement la toxicité. Ces faits permettent de généraliser l'activité cryptotoxique des savons, étudiée précédemment par l'auteur vis-à-vis de certains alcaloïdes, et, peut-être, d'en rapprocher le mécanisme de celui de la neutralisation des toxines microbiennes par les corps de cette même série.

Recherches sur le microdosage du calcium. — MM. Léon Velluz et R. Deschaseaux attirent l'attention sur les causes essentielles d'erreurs que comportent encore les méthodes actuelles à l'oxalate : d'une part, perte d'oxalate calcique pour les lavages à l'eau ou par entraînements mécaniques (erreur par défaut), d'autre part, décomposition partielle et spontanée du permanganate N/100 ou N/200 à chaud (erreur par excès). Les auteurs éliminent ces causes d'erreur en utilisant, pour isoler et laver l'oxalate calcique, des solvants organiques convenablement choisis et en effectuant ensuite l'oxydation de l'oxalate à froid.

Technique de microdosage du calcium dans le sérum sanguin. — En utilisant les modifications exposées précédemment pour l'isolement, le lavage et l'oxydation de l'oxalate de calcium, MM. Léon Velluz et R. Deschaseaux ont établi une technique simple et précise de microdosage du calcium sur 1 à 2 centimètres cubes de sérum. Cette technique ayant été vérifiée sur des solutions calciques pures ou complexes et sur des sérums additionnés ou non de calcium, les erreurs ont toujours été inférieures à 5 et même 3 p. 100. Quatre déterminations peuvent être faites en moins de deux heures, après avoir minéralisé le sérum par la calcination.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1930)

Mécanisme de l'action de l'eau de Bourbonne-les-Bains sur la consolidation des fractures et sur l'uricémie. — M. Delacroix pense que l'action physiologique de l'eau de cette station sur les fractures à consolidation retardée, les arthropathies avec décalcification, l'uricémie et les divers rhumatismes, est due à la grande richesse en émanation radio-active (15.840 millimicrocuries horaires), à la forte teneur en ions lithine (88 milligrammes), brome (64 milligrammes), chlorures (6 grammes). Il a constaté : 1° augmentation de l'urée urinaire et des échanges azotés; 2° au début, augmentation brusque de l'acide urique, puis, élimination lente en même temps que l'uricopoïèse diminue; 3° diminution de l'élimination des phosphates qui sont retenus dans l'économie et fixés au niveau des fractures et des articulations; 4° augmentation du métabolisme basal dont la courbe est parallèle à celle de l'élimination de l'acide urique.

Sur quelques contre-indications à l'oblitération des varices. — M. Filderman apporte une nombreuse série d'observations suivies depuis onze ans d'où il résulte que l'oblitération des varices par les injections de salicylate de soude n'a jamais donné, entre ses mains, que des résultats favorables, sans aucun inconvénient. L'auteur applique ce traitement également aux anciens phlébitiques, aux femmes enceintes, aux vieillards, aux diabétiques, etc. Les malades en ont tiré tous les avantages qu'en tirent les autres variqueux. En outre, ils ont pu constater une amélioration de leur état général par la suppression de la toxémie variqueuse.

Traitement médical de l'ulcère duodénal. — M. Thévenard, à propos de la communication de MM. Bécart et Gaelhinger qui attribuent un rôle très important au réflexe duodénal des sécrétions pancréatiques et biliaires, signale que certains chirurgiens russes ont proposé la cholécystogastrostomie comme traitement de l'ulcère.

Résultats du traitement par le pancréas des varices et de leurs complications. — M. Quiserne montre que les endocrines pancréatiques judicieusement employées, seules, ou mieux combinées à d'autres endocrines qui paraissent en sensibiliser l'action, comme les glandes génitales, le lobe postérieur de l'hypophyse et surtout la glande surrénale, ont donné d'excellents résultats thérapeutiques. Les résultats de la médication ont été très nets. Au point de vue général, diminution des phénomènes douloureux, des phénomènes spasmodiques augmentant les troubles circulatoires. Au point de vue externe, suractivité très marquée des phénomènes de cicatrisation et diminution des troubles trophiques. La démonstration de l'action du pancréas joint à la surrénale et à la glande parathyroïde d'une part, et de l'autre aux endocrines génitales et hypophysaires met entre nos mains une médication qui nous arme mieux contre les troubles scléreux et athéromateux frappant les vaisseaux, et fait de cette méthode thérapeutique une médication curative de choix dans la maladie variqueuse où les lésions essentielles de la paroi des veines sont, comme l'a montré Cornil essentiellement comparables à celle de l'athérome.

(SÉANCE DU 9 MAI 1930)

L'éducation sexuelle de la puberté au mariage. — M. René Martial.

Le traitement de la mélancolie. — M. Maurice de Fleury appelle l'attention sur l'erreur très fréquente qui consiste à considérer le mélancolique comme un simple neurasthénique et à méconnaître la très grande prédominance (peut-être 98 p. 100) des formes anxieuses de la mélancolie sur les formes stupides. Un examen clinique attentif permet d'éviter cette double erreur. Ces notions comportent une conséquence thérapeutique capitale. Il faut absolument rejeter les médications stimulantes et toniques qui ne font qu'aggraver l'état des malades. Les meilleurs résultats sont obtenus sinon

quant à la durée des accès, du moins quant à leur intensité, par le bromure de sodium alterné avec le gardénal. Dans les paroxysmes, les opiacées doivent être mis en œuvre mais par la voie buccale, contre toute indication hypodermique qui conduit plus aisément que l'administration buccale aux toxicomanies.

Aérothérapie chaude ou médicamenteuse dans les otopathies. — M. S. Baque.

Les deux genres de gêne post-prandiale chez les dyspeptiques : atonique et spasmodique. — M. Pron.

De l'organisation et de la généralisation des camps thermaux. — M. Molinery. Au cours de l'une de ses séances d'octobre dernier, l'Académie de médecine a émis le vœu que les pouvoirs publics puissent encourager dans la plus large mesure l'organisation des camps thermaux destinés à faciliter aux enfants et aux jeunes gens l'accès et l'utilisation des stations hydro-minérales et climatiques. La Fédération nationale thermale et climatique a donné son patronage à cette organisation ainsi que le récent Congrès d'hydrologie et de climatologie du Sud-Ouest. L'auteur expose du point de vue médical administratif et financier, la nécessité de l'organisation des camps thermaux auprès des principales stations de France : l'enfant étant justiciable au premier chef — de par ses hérédités morbides — du traitement des eaux minérales. Il termine en insistant sur le côté social de l'œuvre des camps thermaux.

Quelques notions de thérapeutique œsophagienne. — M. Jean Guisez.

Auto-observation d'un médecin prostatique et urémique traité avec succès par le forage de la prostate. — M. Luys.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE DEUX MÉDICAMENTS (1).

Par M. A. Filliat.

Stomatologiste de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Dans un travail excessivement documenté, l'auteur publie le résultat de nombreuses observations qu'il a recueillies dans son service si important des hôpitaux de Nantes et il insiste d'une manière toute particulière sur les excellents effets qu'il a obtenus avant et après les interventions avec l'allonal : on sait que l'allonal est l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine : c'est donc un analgésique renforcé et il n'est pas étonnant que l'auteur ait pu vérifier son action sédative et antalgique puissante. D'autre part, dans certaines céphalées et dans beaucoup de migraines, il a obtenu de l'emploi d'un ou de deux comprimés d'allonal des résultats remarquables. M. Filliat a également utilisé le sédormid; comme on le sait, le sédormid est l'allylisopropylacétylcarbamide; ce n'est ni un barbiturique à l'action trop énergique, ni un bromure aux effets parfois insuffisants, c'est un uréide qui possède une action sédative et hypnogène douce et progressive, sans aucune toxicité sur les principaux appareils et c'est ce qu'a pu constater l'auteur qui a donné ce médicament avec de très heureux effets, même à des enfants de sept ou huit ans, d'où il conclut qu'en pratique médicale courante, nous avons deux produits sûrs et dont l'action se complète : l'allonal, analgésique, et le sédormid, sédatif et hypnogène.

(1) *Courrier méd.*, Paris, 1929, p. 321.

LIVRES NOUVEAUX

Technique du massage (1), par le professeur Albert Hoffa, directeur du sanatorium orthopédique de Wurtzbourg. — Traduit sur la huitième édition allemande du professeur Hermann Gocht, directeur de la clinique universitaire orthopédique et polyclinique de Berlin, par le docteur Gidon, ancien chef du service physiothérapique de l'Hôtel-Dieu de Caen, professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Le livre du professeur Albert Hoffa, *Technique du massage*, est un ouvrage scientifique de grande valeur, un guide très précis qui sera indispensable au médecin, au masseur professionnel et à tous ceux qui utilisent le massage médical ou le massage hygiénique.

Une partie théorique, clairement développée, sert d'introduction à l'exposé des exercices pratiques pour toutes les formes du massage : effleurage, pétrissage, friction, tapotement, vibration, massage mécanique, gymnastique associée au massage, etc. Le professeur Hoffa, dans la seconde partie de son traité, expose la technique spéciale du massage pour chacune des parties du corps : massage des membres, de la tête et du cou, massage de l'abdomen, de l'estomac, du foie, des plexus sympathiques, méthode de Möbius, massage de l'appendice, des reins mobiles, du cœur selon la méthode d'Oertel, massage des fractures et des entorses, des névralgies, des points douloureux, des rhumatismes articulaires, etc.

L'ouvrage du professeur Hoffa a été magistralement traduit par le réputé professeur à l'Ecole de médecine de Caen, le docteur F. Gidon; il est illustré de 85 gravures remarquables ainsi que de précieux dessins spécialement exécutés pour l'édition française par le docteur C. Wagner, l'illustrateur anatomiste bien connu.

L. G.

Le Traitement de l'asthme et de ses équivalents respiratoires par la rœntgenthérapie (2), par le docteur H. Roncerav.

Cet ouvrage dont les observations ont été prises dans le service de M. le professeur agrégé Pasteur Vallery-Radot est l'un des premiers en France qui traite d'une façon complète cette question si intéressante du traitement de l'asthme par les rayons de Rœntgen et à ce titre, il est indispensable à tous les praticiens s'occupant de cette affection, ainsi qu'à tous les radiologistes qui y trouveront tous les renseignements utiles concernant cette nouvelle méthode thérapeutique.

Après une étude historique donnant de précieuses références bibliographiques, les différentes techniques successivement employées sont examinées avec soin, celle qui est actuellement adoptée faisant l'objet d'un exposé spécial.

Les résultats obtenus sont particulièrement encourageants, puisque dans 51,50 p. 100 des cas, on a pu constater les heureux effets de la rœntgenthérapie, et les conclusions sont d'autant plus intéressantes qu'elles portent sur un nombre de 130 malades dont les observations figurent dans le texte.

Enfin dans une dernière partie, l'auteur séparant l'asthme de ses équivalents respiratoires habituels donne pour chacune de ces affections les résultats obtenus par les différentes méthodes employées.

L. G.

(1) Un vol. in-8 avec 85 gravures en noir et en couleurs et des dessins originaux du docteur Conrad Wagner. — Prix : 40 fr. — Paris, Payot, 196, boulevard Saint-Germain.

(2) In-8 raisin, 92 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de province. — Rouen. — Un concours pour la nomination de quatre places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le mercredi 5 novembre 1930. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

Les postulants devront se faire inscrire au secrétariat des hospices avant le 21 octobre 1930, à midi.

— Le mercredi 22 obtobre à 16 h. 30, s'ouvrira à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission d'administrative, un concours pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, avant le 7 octobre 1930, à midi.

Facultés de médecine. — Paris. — *Année scolaire 1930-1931.* — Examens de chirurgie dentaire. — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de chirurgie dentaire ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre 1930. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 29 octobre 1930.

L'ouverture de la session est fixée au lundi 3 novembre 1930.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les vendredi 3 et samedi 4 octobre 1930, de midi à 15 h.

Session de juin-juillet 1931. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le mardi 26 mai 1931.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 9 et mardi 10 mars 1931, de 12 à 15 h.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 20 mai 1931.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 15 juin 1931.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de 12 à 15 h., aux dates suivantes : lundi 16 mars 1931 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 17 mars 1931 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 18 mars 1931 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 10 juin 1931.

— Alger. — La chaire de clinique médicale infantile de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger prend le titre de chaire de clinique médicale et d'hygiène infantile.

— Lille. — M. Fabre, docteur en médecine, chargé de cours à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de physique médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Doumer, dernier titulaire).

M. Legrand, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur d'hygiène et de bactériologie

à ladite Faculté (chaire vacante : M. Pierret, dernier titulaire).

— LYON. — M. Gayet, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de clinique urologique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Rochet, dernier titulaire).

AVIS DE CONCOURS. — Le poste de médecin inspecteur d'hygiène adjoint de l'arrondissement de Bayeux (Calvados) sera vacant le 1er septembre 1930.

Un concours sur titres aura lieu à la préfecture du Calvados dans la première quinzaine de septembre prochain pour pourvoir au remplacement du titulaire de cet emploi, auquel sont attachés les principaux services ci-après :

Inspection sanitaire des écoles;
Surveillance médicale des enfants assistés et protégés;
Vaccination antivariolique;
Service des épidémies.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la préfecture du Calvados (1re division) au plus tard le 10 septembre 1930, et appuyées de toutes références utiles.

POUR LES ANCIENS COMBATTANTS. — LES AYANTS DROIT A LA CARTE DU COMBATTANT. — Le décret du 28 juin 1927 a institué l'Office national du combattant, destiné à venir en aide aux militaires ayant effectivement combattu ou qui ont été mobilisés dans certaines formations exposées au danger, dans la zone des armées.

L'Office national peut accorder des secours divers, des allocations en cas de maladie, des prêts pour divers usages, etc.

Condition essentielle pour bénéficier de ces avantages : être titulaire de la carte du combattant prévue par le décret précité.

Or, des millions d'anciens combattants n'ont pas encore réclamé cette carte, ignorant les formalités à accomplir.

La F. O. P. des associations de mutilés, veuves, orphelins et anciens combattants, 85, boulevard Beaumarchais, Paris (IIIe) a fait édifier des formules qu'elle envoie gratuitement, sur simple demande, accompagnée d'un timbre pour réponse. Elle y joint une notice, résumant les différents avantages de l'Office national du combattant.

Il y a lieu d'observer que la carte du combattant n'est pas accordée seulement aux anciens combattants de la guerre 1914-1918, mais aussi à ceux qui ont pris part à des opérations de guerre avant 1914 (guerre 1870, guerre coloniale du Tonkin, Chine, Tunisie, Madagascar, Maroc, etc.), et à ceux qui ont fait campagne après 1918 (campagne de Syrie, Maroc, etc.).

LA RETRAITE DU COMBATTANT. — Après le vote unanime par le Parlement, de la retraite du combattant fixée à 500 francs de cinquante à cinquante-cinq ans et de 1.200 fr. à partir de cinquante-cinq ans, l'Office national du combattant a étudié les modalités de paiement de cette retraite.

Le décret, approuvé par le Conseil d'Etat, détermine dans quelles conditions la retraite sera perçue. Tous renseignements seront donnés à ce sujet et les formules de demandes de retraite, fournies gratuitement par la F. O. P. des mutilés et anciens combattants : 85, boulevard Beaumarchais, Paris (IIIe) sur simple demande accompagnée d'un timbre pour la réponse.

Rappelons que la retraite du combattant sera payée à tous les titulaires de la carte du combattant, qu'il s'agisse de la guerre 1914-1918 ou de la guerre de 1870 ou des campagnes coloniales d'avant 1914 ou d'après 1918 sous la seule réserve des conditions d'âge.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean Béchet, externe des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (professeur M. NOBÉCOURT). — *Enseignement complémentaire, cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du jeudi 4 septembre au vendredi 19 septembre 1930, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, assistant du service, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Prix de l'inscription : 150 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Une visite aux Foyers de placement et aux Centres d'élevage de l'Œuvre Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 15 septembre 1930, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours sera fait en liaison avec le cours complémentaire de chirurgie infantile fait à la même époque, sous la direction de M. le professeur Ombrédanne.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — *Cours de perfectionnement* du professeur J. Andérodias, avec la collaboration de M. le professeur H.-L. Rocher; M. le professeur agrégé Péry, chirurgien en chef de la Maternité; M. le professeur agrégé Jeanneney, chirurgien des hôpitaux; MM. les docteurs P. Balard et R. Boursier, accoucheurs des hôpitaux; M. le docteur Gautret, chef de clinique d'accouchements, et M. Mahon, interne des hôpitaux.

Ce cours, qui aura lieu du lundi 20 octobre au samedi 25 octobre 1930, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 15 octobre.

Droit d'inscription : 100 fr.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DU
TRAITEMENT DES ULCÈRES DE LA PETITE COURBURE

Par le Professeur Henri HARTMANN.

Pour nous rendre compte de la valeur thérapeutique des nombreux procédés employés contre l'ulcère de la petite courbure, nous avons recherché ce qu'étaient devenus nos opérés. Nous avons pu en retrouver un grand nombre. C'est le résultat de ces constatations que nous allons exposer devant vous.

Gastro-entérostomie. — Nous avons pu suivre 50 gastro-entérostomisés pendant un temps qui a varié de un à vingt-deux ans. 27 ne présentent aucun trouble gastrique, ne suivent aucun régime et peuvent être regardés comme cliniquement guéris. Un point intéressant à noter c'est que de ces 27 malades, 2 ont eu pendant les premiers mois des douleurs, des vomissements; on aurait pu croire à des insuccès; bien au contraire, l'amélioration a été progressive et finalement ces malades suivis, 1 pendant huit ans, l'autre pendant vingt-deux ans, n'ont plus éprouvé aucun trouble. Des 24 autres, 3 ont été suivis un an; 2, deux ans; 7, trois ans; 4, quatre ans; 1, quatre ans; 1, six ans; 1, sept ans; 2, douze ans; 1, quinze ans; 1 dix-sept ans; 1 dix-neuf ans, 1 vingt et un ans.

5, suivis pendant, un, trois, quatre, cinq et sept ans vont bien, mais suivent un régime; 8 ont présenté secondairement des troubles, quatre fois il y a eu de petites crises d'hyperacidité qui ont disparu à la suite de quelques semaines de régime, ils se sont ensuite bien portés pendant sept, neuf, quatorze et dix-sept ans.

S'agit-il dans tous ces cas de guérisons réelles, ou simplement de guérisons cliniques? Nous n'osons rien affirmer, car deux fois des opérés jouissant d'une santé parfaite ont présenté l'un, au cours de la troisième année une hématémèse, l'autre, au cours de la septième un melæna, puis se sont de nouveau bien portés pendant cinq et dix-sept ans.

Deux fois, nous avons dû réintervenir. Dans un cas, dix-neuf mois après l'opération, il y eut des signes de rétention gastrique; l'opération, qui consista dans le section d'une bride épiploïque comprimant le jéjunum à 12 ou 15 centimètres au-dessous de l'anastomose, fut suivie d'une guérison clinique, qui se maintient encore quatorze ans après cette deuxième opération et cependant un examen radiologique nous montre la formation d'un bissac, nous montrant que le processus d'inflammation scléreux de la paroi gastrique continue à évoluer. Dans le second cas, le malade a été bien pendant quatorze ans, puis a été repris de douleurs au cours de la guerre; nous avons dû faire une gastro-pylorectomie pour fusion avec le foie; la petite courbure avait un aspect cicatriciel sans ulcération. Guérison.

Deux fois enfin, les malades ont présenté secondairement des signes de cancer. Dans un de ces cas, la mort est survenue quinze mois après l'opération (cancer de l'estomac et du foie), chez ce malade âgé de cinquante-sept ans, les premiers troubles gastriques ne remontaient qu'à dix-huit mois, il s'agissait évidemment d'un ulcère cancéreux. Chez le deuxième, âgé de cinquante et un ans, il n'y avait pas non plus de passé gastrique ancien. Bien que les signes manifestes de cancer (anorexie, vomissements, sensation de placard induré) ne se soient montrés que cinq ans après la gastro-entérostomie, nous pensons qu'il s'est agi comme dans le premier d'un ulcère cancéreux à marche très lente.

Dans tous les cas, la gastro-entérostomie a été suivie d'une augmentation de poids qui a varié de 7 à 31 kilos. Les examens radiologiques, faits par notre ancien assistant le docteur Christophe, ont fait faire les constatations suivantes :

La bouillie opaque, à peine arrivée dans l'estomac filtre par la bouche gastro-jéjunale; l'estomac atone, vide, a un orifice béant par lequel s'écoule passivement la baryte. Dans la plupart des cas, ce passage cesse quand le régime des contractions s'installe; l'estomac se vide alors par éjaculations plus ou moins rythmiques, ce qui résulte probablement de la contraction de la musculature gastrique. L'éjaculation gastrique précède de peu le passage de l'onde péristaltique ou lui est synchrone. La vitesse d'évacuation est variable et va d'une demi-heure à trois heures et demie. L'évacuation, même dans les cas où il n'y avait avant l'opération aucune stase gastrique, où le pylore était certainement perméable, se fait en totalité ou en presque totalité par la bouche anastomotique. Dans quelques cas seulement, le pylore s'est injecté, mais la baryte ne passe pas en quantité suffisante pour remplir le bulbe duodénal.

Signalons, en terminant, que dans un cas où l'on avait constaté avant la gastro-entérostomie l'existence d'une belle niche de la petite courbure, l'examen le plus attentif, fait cinq ans après l'opération, n'a pas permis de constater la moindre déformation des parois gastriques.

Résection simple de la petite courbure. — 3 malades seulement, ayant subi une résection simple de la petite courbure, ont été suivis. 1 a été bien pendant un an, puis malgré un régime, a souffert de crises de diarrhée par insuffisance de la digestion des hydrates de carbone avec forte fermentation; il y avait un peu de stase gastrique.

Chez le deuxième, quatorze mois après l'opération les troubles ont reparu; à jeun, le tubage retirait une petite quantité de liquide jaune, acide, avec des débris alimentaires; aux rayons X, l'estomac présentait un aspect biloculaire. Une gastro-entérostomie secondaire, pratiquée à ce moment fit cesser les troubles et amena une augmentation de poids de 62 à 73kg500.

Le troisième resta bien pendant six mois, tant qu'il suivit un régime. A la suite de la suppression de ce dernier, les troubles reparurent bien qu'il n'y eût aucune stase gastrique et que l'examen radiologique montrât un estomac de forme normale. A la

suite d'une reprise du régime les accidents s'amendèrent sans cependant cesser complètement.

Ces quelques faits semblent établir que la résection simple de l'ulcère, bien que considérée souvent comme un procédé de cure radicale, est certainement inférieure à la gastro-entérostomie; aussi croyons-nous que toutes les fois que l'on fait une résection d'ulcère de la petite courbure, il est indiqué de lui adjoindre immédiatement une gastro-entérostomie.

C'est la conclusion à laquelle sont, du reste, arrivés d'autres chirurgiens. Balfour, qui enfonce une pointe de thermocautère dans le but de stériliser et de détruire l'ulcère, après s'être pendant un temps contenté de cette destruction, lui a ensuite adjoint systématiquement une gastro-entérostomie. Il est probable que c'est à celle-ci que les malades doivent le bénéfice qu'ils retirent de l'intervention.

Résection avec gastro-entérostomie complémentaire. — Les mauvais résultats que nous avions obtenus à la suite de la simple résection des ulcères de la petite courbure, nous ont conduit rapidement à lui adjoindre systématiquement la gastro-entérostomie complémentaire.

24 de nos opérés ont été suivis.

2 opérés avec le diagnostic d'ulcère calleux, en réalité porteurs d'ulcères cancéreux comme l'a montré l'examen histologique, ont commencé par aller très bien, puis ont succombé, l'un au bout de quarante-neuf mois de récidive manifeste avec ascite, l'autre après deux ans et demi avec des lésions pulmonaires et vertébrales.

1, opéré d'ulcère calleux tuberculeux, reste complètement guéri après six ans écoulés.

13 opérés ne suivent aucun régime et ne présentent aucun trouble gastrique, 2, après six mois; 3, après un an et demi; 3, après deux ans; 2, après trois ans et demi; 1 après quatre ans; 1, après cinq ans, 1, après neuf ans.

Dans tous ces cas, j'avais fait une résection falciforme de la petite courbure, allant jusqu'au voisinage du pylore, puis j'avais fermé la brèche par une suture à deux plans, passant l'aiguille directement d'avant en arrière et amenant les parois de l'antre pylorique au contact, et l'effaçant. A l'examen radiologique, on voyait un estomac réduit à une sorte de poche verticale au bas de laquelle se trouvait la bouche gastro-jéjunale.

8 ont eu des troubles gastriques. Chez 4, ils ont été légers, quelques aigreurs, quelques vomissements et ont rapidement cessé à la suite d'un régime. Dans ces 4 cas, l'examen radiologique a montré qu'il persistait au delà de la bouche gastro-jéjunale un canal pylorique. Dans ces cas, il existait entre la portion verticale et la portion horizontale de l'estomac un rétrécissement annulaire intéressant la petite et la grande courbure, ce qui fait penser à un rétrécissement spasmodique, hypothèse d'autant plus plausible qu'à certains moments, au cours de l'examen, on voit le spasme cesser et la stricture se dilater.

Chez 4, les troubles gastriques ont été plus sérieux et ont nécessité une nouvelle intervention. Dans 1, la malade commença, quatre mois après la résection, à avoir des renvois acides, des douleurs, puis une hématémèse. Les troubles persistant malgré un régime et l'examen radiologique ayant montré une dilatation de la région pylorique au-dessous de la bouche gastro-jéjunale, nous avons fait une gastro-pylorectomie. Tous les troubles disparurent immédiatement et, depuis quatre ans, la malade se porte très bien. Il n'y avait cependant pas sur le segment enlevé d'ulcération et l'examen microscopique, fait par notre collègue Ménétrier, dont on connaît la compétence, n'a montré que des lésions de gastrite subaiguë diffuse avec infiltration lymphoïde considérable.

Chez une autre opérée, souffrant quatre mois après l'opération et présentant à l'examen radiologique une image diverticulaire, nous avons constaté lors de la seconde intervention, l'existence de brides tirant l'estomac en un point. Leur suppression a suffi pour amener la disparition de l'image diverticulaire et la cessation des troubles gastriques (malade suivie pendant deux ans et demi après cette deuxième intervention).

Chez la troisième malade, une deuxième intervention pour éventration et libération d'adhérences n'a été suivie que d'une amélioration relative.

Enfin, chez un malade, qui, se trouvant complètement débarrassé de tous les accidents dont il souffrait, avait fait immédiatement de grands excès alimentaires, il y a eu, quatre mois après la résection de l'ulcère, une hématémèse formidable en rapport avec un ulcère peptique jéjunal. La réintervention a été malheureusement suivie de mort. Ce cas est intéressant parce qu'il montre que la suppression de l'ulcère initial, contrairement à ce que croient quelques-uns, ne met pas à l'abri du développement d'un ulcère jéjunal.

Résections segmentaires. — Des malades opérés suivant le procédé de Bilhoth II, 9 n'ont présenté aucun trouble digestif après deux ans, deux ans et demi, trois ans, trois ans, trois ans, trois ans et demi, trois ans et demi, quatre ans et cinq ans.

3 porteurs d'ulcères cancéreux ont succombé au bout de de deux mois et demi de cachexie, de quatorze mois de péritonite cancéreuse avec ascite, de quinze mois d'ictère par compression ganglionnaire au niveau du hile sans récidive gastrique.

De 4 malades, chez lesquels nous avions fait une résection falciforme de la presque totalité de la petite courbure avec suture longitudinale de celle-ci, puis abouchement bout à bout comme dans le Péan, 3 ne présentent aucun trouble après treize mois, deux ans et un mois, deux ans et demi; 1 conserve des digestions un peu lentes après deux ans et demi.

2 opérés, suivant le procédé de Kocher, vont très bien après douze et vingt-cinq ans; 1, qui avait un ulcère cancéreux va également bien, mais l'opération ne date que de dix-huit mois.

6 opérés, suivant le procédé de Reichel-Pólya, vont bien après dix-huit mois, deux ans, deux ans, deux ans et demi, deux ans et demi, trois ans; 1 a vu les douleurs reparaître aussi intenses qu'auparavant au bout de sept mois.

Opérations pour estomac biloculaire. — 12 *gastrectomies annulaires* ont été suivies. 8 ne suivent aucun régime et ne ressentent aucun trouble gastrique après deux ans, deux ans, trois ans, trois ans et demi, quatre ans, cinq ans, quinze ans et cependant, à l'examen radiologique, le dernier montre une sténose médio-gastrique avec remplissage en deux temps, formation d'une poche sus-stricturale qui augmente avec le remplissage et finit par retomber en tablier sur le rétrécissement.

1 a été très bien pendant quatre ans, puis a commencé à avoir de nouveau des renvois acides et est obligée de suivre un régime. 1, qui avait été bien pendant des années, a été reprise au bout de dix ans et demi d'acidité et de douleurs dans l'hypochondre gauche. Tout a cédé à un régime et, un an plus tard, douze ans après la gastrectomie, elle va de nouveau très bien.

3 suivent un régime relatif ayant quelques aigreurs et de l'acidité lorsqu'elles se fatiguent; l'une d'elles a eu deux ans après la gastrectomie un melæna qui semble, d'après un examen radiologique en rapport avec un ulcère du genu supérieur du duodénum.

L'examen aux rayons X de nos gastrectomies annulaires a été fait avec grand soin par notre ancien assistant, M. Christophe, et a donné des résultats que nous croyons intéressant de relever.

L'évacuation gastrique est souvent un peu accélérée. Il est cependant inexact de dire que le pylore est toujours béant par suite de la section des nerfs de la petite courbure. Quelques-unes de nos gastrectomies annulaires ont un pylore fonctionnant rythmiquement, d'autres l'ont béant, d'autres enfin ont un spasme fermant hermétiquement le pylore pendant cinq minutes avant toute évacuation gastrique. Contrairement à ce qu'on a dit il n'y a pas béance du pylore dans les premiers mois suivant l'opération puis retour ultérieur de la tonicité. 2 de nos opérés ont un pylore ouvert deux ans et trois mois, onze ans et six mois après l'intervention alors qu'un a un pylore continent un an après l'opération et que trente-trois mois après la gastrectomie annulaire un autre a presque une ébauche de spasme pylorique.

L'estomac est toujours rapetissé, entièrement situé à gauche de la colonne vertébrale. Il existe toujours une sténose médio-gastrique peu serrée située sur l'ancienne ligne de suture. Cette sténose se marque par une incisure plus profonde sur la grande que sur la petite courbure; elle s'exagère au moment du passage de l'onde péristaltique. L'évacuation gastrique totale se fait, en général, en trois heures; dans un cas de béance pylorique, elle était complète en une heure et demie, sans que cependant il en résulta le moindre trouble digestif.

Toutes les modifications radiologiques que nous venons de signaler, n'entraînent aucun trouble pour le malade, quel que soit l'état de la sténose médio-gastrique, quel que soit le degré d'atonie du pylore. Il est donc inutile d'adjoindre à la gastrectomie annulaire une gastro-entérostomie complémentaire, comme cela a été conseillé dans la crainte d'une paralysie de la portion de l'estomac située en aval de la résection.

9 *gastro-entérostomies sur la poche cardiaque* ont été suivies; 4 vont très bien et ne suivent aucun régime, après un an, quinze mois, quatre ans, sept ans, 1 cinquième n'a également été suivie d'aucun trouble gastrique pendant trois ans; à ce moment le malade a succombé à la suite d'une opération pour cancer du rectum.

1, qui n'avait plus souffert de l'estomac, a eu, deux ans après l'opération, un melæna abondant, puis a été de nouveau bien; huit ans après la gastro-entérostomie il n'avait toujours pas le moindre trouble digestif.

1 a été très bien pendant seize ans et demi, puis, à la suite d'une grippe a été reprise de douleurs, de vomissements, d'amaigrissement et a succombé aux suites d'une opération de Polya; 1 suivi dix-huit mois n'a plus de douleurs mais de temps en temps un petit vomissement bilieux. Enfin 1, qu'une gastro-entérostomie antérieure n'avait pas soulagé, a succombé au bout de dix-huit mois.

A l'examen radioscopique de ces gastro-entérostomies, la bouillie barytée passe d'abord par la bouche anastomotique, puis secondairement par le pylore. On constate alors une alternance en relation étroite avec le moment de passage de l'onde péristaltique.

2 *gastro-entérostomies doubles* sur la poche cardiaque et sur la poche pylorique n'ont pas été suivies; nous ne pouvons donc rien dire sur les résultats éloignés de cette opération.

Gastroplastie. — 6 gastroplasties ont été suivies, 2 après trois et treize ans, n'ont aucun trouble gastrique.

Dans un cas, la gastroplastie n'a donné aucun résultat et nous avons dû pratiquer une gastro-gastrostomie. Celle-ci a donné un excellent résultat qui s'est maintenu pendant cinq ans. A ce moment la malade a recommencé à éprouver quelques douleurs qui ont cessé à la suite d'un régime; leur réapparition nous a amené à intervenir une troisième fois et à pratiquer une gastro-entérostomie sur la poche cardiaque. A partir de ce moment, il n'y a plus eu le moindre trouble et six ans plus tard, soit onze ans après la première opération, la malade est toujours en parfaite santé.

Résection de la petite courbure et gastro-entérostomie. — 2 résections de la petite courbure combinées à la gastro-entérostomie ont donné une guérison maintenue après trois ans et trois ans et demi.

Gastro-pylorectomie. — 4 gastro-pylorectomies (1 Billroth II, 2 Polya) ont amené une disparition des troubles, maintenue après un an, deux ans, deux ans et quatre ans.

Conclusions. — Le dépouillement des observations de nos malades dont un grand nombre a été suivi pendant un temps assez long, allant, dans un cas, jusqu'à vingt-quatre ans, ne nous permet pas de poser des conclusions définitives. L'étude des résultats éloignés des diverses opérations que nous avons pratiquées a toutefois modifié, sur un certain nombre de points, les idées que nous avions dans

ces dernières années. Nous nous étions rallié à la pratique des excisions qui, à priori, semblaient avoir un caractère radical. L'observation suivie à longue échéance des opérés nous montre, au contraire, contrairement à ce que nous supposions, que :

La résection de l'ulcère n'est pas une opération radicale. — Un certain nombre d'opérés sont repris, après un temps variable, de troubles gastriques, certes moins sérieux que ceux qu'ils éprouvaient auparavant, mais néanmoins suffisants pour nécessiter des reprises, au moins temporaires, de régime, parfois même pour obliger à une nouvelle intervention.

La résection de l'ulcère ne met pas à l'abri du développement d'un ulcère peptique. — Chez un de nos opérés (résection, puis gastro-entérostomie), après un temps assez court, quatre mois, nous avons vu survenir une hématémèse formidable en rapport avec un ulcère peptique du jéjunum.

Enfin, contrairement à l'opinion généralement admise actuellement, la *simple gastro-entérostomie, dans l'ulcère de la petite courbure, a, d'une manière générale, donné de bons résultats.* Dans quelques cas même, ceux-ci, qui avaient immédiatement paru insuffisants, ont été progressivement s'améliorant et finalement les malades ont été cliniquement guéris.

Il est probable que cette action bienfaisante de la gastro-entérostomie est due à ce qu'elle neutralise l'acidité des liquides gastriques par l'arrivée d'une petite quantité de sucs alcalins (bile, suc pancréatique) dans l'estomac et à ce qu'elle supprime l'action néfaste des spasmes pyloriques qui peuvent exister non seulement dans les ulcères du pylore mais aussi dans ceux de la petite courbure.

Un gros argument peut toutefois être invoqué en faveur des résections d'ulcères, c'est la confusion possible entre un ulcère calleux simple et un ulcère cancéreux. Cet argument n'est pas aussi important qu'on pourrait le croire à première vue. Si les constatations de visû ne permettent le plus souvent pas de dire que l'ulcère est ou n'est pas cancéreux, l'examen clinique et radiologique font soupçonner le plus souvent le cancer. L'âge des malades est plus avancé, le début des accidents moins lointain ; si quelquefois les troubles gastriques remontent à plusieurs années, on ne trouve guère dans l'histoire des malades ces crises temporaires d'hyperchlorhydrie survenant à de longs intervalles, le traitement médical n'amène pas le soulagement temporaire qu'il donne en général dans les ulcères calleux simples, le chimisme gastrique montre une acidité moindre, enfin l'examen radiologique, quand il montre une niche, permet souvent de constater que la niche a des bords plus évasés, plus flous que ceux que l'on voit dans les niches d'ulcère calleux simple. J'ajoute que comme ces ulcères cancéreux très fibreux ne s'accompagnent que de peu d'engorgement ganglionnaire, ont une marche extrêmement lente, la survie est en général assez longue après la gastro-entérostomie, qu'elle peut être de plusieurs années, deux, trois ans et plus. D'autre part, la mortalité opératoire immédiate de la résection est plus grande que celle de la gastro-entérostomie, les récidives sont fréquentes, et si l'on se reporte à nos observations ont une marche rapide. Tel ulcère cancéreux, qui simplement gastro-entérostomisé aurait eu une survie assez longue, entraîne une mort rapide après une ablation incomplète. Il se passe pour ces récidives ce qu'on voyait autrefois après les ablations parcimonieuses de squirrhes du sein. Les squirrhes avaient une évolution extrêmement lente, mettaient des années à évoluer. Après une ablation incomplète, ils prenaient une marche très rapide, aboutissaient au squirrhe pustuleux et finalement au squirrhe en cuirasse. Les cellules cancéreuses, antérieurement incluses dans un stroma fibreux, ne se développaient guère ; après l'opération elles pullulaient comme des graines semées dans une terre fraîchement labourée et proliféraient avec rapidité. Il en est de même pour les ulcères calleux cancéreux.

Des opérations très larges, suivies d'implantations gastro-jéjunales, donneront-elles de meilleurs résultats éloignés ? Nous ne pouvons actuellement répondre à cette question n'ayant pas un nombre d'observations suffisant, ni surtout de malades suivis pendant un temps assez long. Nous en doutons cependant, car souvent ces cancers ulcéreux de la petite courbure adhèrent au pancréas, et que par suite l'ablation totale des parties malades n'est guère possible.

Deux points nous semblent toutefois bien établis :

1° *La nécessité de faire une opération assurant une évacuation totale de l'estomac* ne laissant en aucun point une région où se fait de la stase. Si nos résultats ont été mauvais dans les résections simples, s'ils ont été médiocres dans quelques excisions avec gastro-entérostomie, c'est que, dans tous ces cas, il y avait un peu de stase. Ils ont, au contraire, été excellents dans ceux où l'estomac se vidait en totalité, qu'on eût fait une gastro-pylorectomie ou une simple résection avec matelassage de l'antre pylorique, dans ceux où, quel que fût le procédé employé, à l'examen radioscopique on voyait à la place de l'estomac une sorte de sac ovoïde, se vidant à sa partie inférieure par une anastomose gastro-jéjunale.

2° *La nécessité de traiter médicalement les malades après l'opération.* — C'est dans les cas où les opérés se trouvant immédiatement très bien, en ont profité pour faire des excès que nous avons noté des troubles, et que même dans un cas nous avons vu se développer un ulcère peptique jéjunal.

Pour l'estomac en bissac, l'opération de choix nous paraît être la gastrectomie annullaire. Elle n'est malheureusement pas toujours possible par suite de l'étendue des adhérences. Il nous semble qu'alors la gastro-entérostomie sur la poche cardiaque et pylorique, dans les cas où à la sténose médio-gastrique se trouve associée une sténose pylorique, est l'opération qui donne les meilleurs résultats.

ACTUALITÉS

L'UZARA

L'uzara est un médicament peu connu dans la pharmacopée française jusqu'à ces dernières années, en dépit des études dont il a déjà été l'objet à l'étranger, en Allemagne particulièrement. Il semble cependant que, malgré la connaissance incomplète que nous en avons jusqu'ici, il s'agisse d'un médicament à la fois très actif et peu dangereux. Depuis la guerre, peut-être à la faveur de l'intérêt croissant qui s'est attaché aux choses coloniales, il semble que cette indifférence se soit chez nous considérablement atténuée.

Cette drogue paraît avoir été de tout temps employée par les indigènes de l'Afrique tropicale comme antidiarrhéique, antidysentérique et antidysménorrhéique, mais son emploi n'avait guère attiré l'attention soit que les guérisseurs indigènes se soient montrés particulièrement discrets à son endroit, soit plus probablement qu'elle soit demeurée méconnue dans le fatras des recettes de sorciers.

C'est en 1910 que commence son histoire médicale. L'explorateur allemand Kopf, en mission au Cameroun et atteint de diarrhée dysentériforme persistante alors qu'il était isolé parmi les noirs, en fit usage à l'imitation et sur les conseils de guérisseurs indigènes bien intentionnés. Le succès du traitement fut tel qu'à son retour dans la civilisation il livra aux botanistes et aux chimistes d'Allemagne les échantillons par lui recueillis. Wasicky en fit la détermination botanique, Hennig et plus tard Gurber et ses élèves se consacrèrent aux recherches chimiques et pharmacodynamiques ; dès avant 1914 l'uzara faisait son entrée dans la pharmacopée.

Si chez nous ce médicament demeurait ignoré, son emploi commençait à se répandre chez nos voisins, surtout en pathologie tropicale. C'est ainsi que pendant la guerre il semble que l'armée allemande, en Afrique orientale, du général von Lettow-Vorbeck lui ait dû d'échapper à une épidémie de dysentérie qui menaçait de la décimer.

Les études ont continué depuis la guerre. En ces dernières années, en dehors des auteurs allemands qui ont continué de s'y intéresser, Raymond Hamet et quelques autres pharmacologistes français en ont repris l'étude et ont, dans ces dernières années, grandement contribué à en préciser les propriétés et les indications. La période clinique et thérapeutique semble s'ouvrir chez nous pour cette substance.

NOTIONS BOTANIQUES ET CHIMIQUES. — L'uzara est un arbuste de la famille des asclépiadées et appartient au genre gomphocarpus ; il est donc proche en systématique de quelques autres végétaux à propriétés médicinales dont le plus connu est le condurango (gonolobus condurango). Il semble qu'on le rencontre en dehors du Cameroun dans toute l'Afrique tropicale. C'est la racine qui contient le principe actif et est recueillie par les indigènes dans un but médicinal.

Les recherches de Hennig lui ont permis d'en extraire, entre autres substances, deux glycosides. L'un d'eux est le principe actif et fut en cette qualité dénommé *uzarine.* On le prépare sous forme cristallisée, aiguilles blanches fondant à 210 degrés et totalement insolubles dans l'eau distillée alors que l'extrait total de la plante qui le renferme est entièrement soluble ; l'uzarine y existe donc sous forme de combinaison. Sa formule globale paraît être $C^{85}H^{108}O^{30} + 9H^2O$.

Sous l'action d'acides minéraux dilués (SO^4H^2), l'uzarine se transforme en un aglycone cristallisé, l'uzaridine $C^{18}H^{24}O^5 + 1/2H^2O$, thérapeutiquement inactif, du glucose et de l'alcool propylique.

En opposition avec ce qu'on a observé vis-à-vis de nombreux autres antidiarrhéiques, l'extrait alcoolique d'uzara habituellement employé en médecine ne contient pas trace de tannin. *L'extrait total équivaut à 4 fois son poids de plante fraîche et titre 10 p. 100 d'uzarine pure.*

ACTION PHYSIOLOGIQUE. — *Action sur le cœur* (en particulier le cœur isolé de grenouille). — L'uzara *ralentit les contractions cardiaques* (chronotropisme négatif) par action sur les terminaisons périphériques du pneumogastrique qui transmettent avec plus d'obéissance les incitations cheminant par ce nerf. Cet effet est confirmé par l'antagonisme de l'uzara avec le curare dont il abolit l'action paralysante, avec l'atropine dont il supprime l'action vagofrénatrice.

La section des pneumogastriques supprime la plus grande partie de la puissance de l'uzara ; il reste cependant une bradycardie légère due à l'action périphérique du médicament.

A la période d'intoxication on observe une inexcitabilité du X qui n'est qu'apparente, puisque seuls les ventricules deviennent inexcitables tandis que les oreillettes continuent de subir l'action du pneumogastrique.

L'intoxication uzarique aboutit *à l'arrêt du cœur en systole* ce qui, pour Raymond Hamet, rapproche l'uzara des digitaliques. La ressemblance est cependant incomplète : Stordeur a montré, en effet, qu'au contraire de ce qui se passe avec la digitale dont la fixation sur la fibre myocardique est indélébile, on peut, par lavage du cœur à la solution de Ringer, éliminer l'uzara et restituer, dans certaines conditions, l'excitabilité cardiaque.

Action sur les vaisseaux. — L'uzara est un vasoconstricteur énergique, à la fois central comme l'adrénaline (diminution du volume sanguin traversant l'aorte), *et périphérique.* Son action est supprimée par la nicotine et n'est pas inversée par l'yohimbine ni par l'ergotamine. Il semble donc que la vaso-constriction, par son mécanisme aussi, soit également centrale (action des centres nerveux et des ganglions), et c'est l'action principale et périphérique (action accessoire sur les muscles lisses des vaisseaux).

Action sur la tension artérielle. — De ce fait l'uzara

produit une *hypertension énergique* (Gurber et Frey, 1914), *par vasoconstriction*, hypertension que précède parfois une courte phase d'hypotension préliminaire d'origine périphérique.

Cet effet hypertenseur subsiste même après destruction du cerveau et de la moelle.

Action sur l'intestin. — Elle est complexe mais se rapproche pour Raymond Hamet de celle d'un digitalique. Elle diffère selon qu'il s'agit de l'intestin isolé ou de l'intestin *in situ* vraisemblablement en raison de l'état des connexions nerveuses.

Intestin isolé. — L'uzara provoque d'abord une forte excitation puis un arrêt complet des contractions, avec relâchement de la musculature intestinale mais sans paralysie puisque les excitants mécaniques, chimiques et électriques demeurent efficaces.

Intestin en place. — La pratique de la fenêtre abdominale sur animaux de laboratoire montre l'inhibition des mouvements du grêle et du côlon, en même temps que de la pâleur par vaso-constriction. Mais si on détruit l'innervation sympathique l'uzara redevient un excitant.

Sur l'animal entier, Raymond Hamet distingue en réalité trois cas :

Si les splanchniques et le plexus solaire sont respectés, l'uzara provoque l'inhibition pure. Si les splanchniques sont coupés et le plexus respecté il y a contraction suivie d'inhibition. Si tous deux sont coupés il y a contraction pure.

La spartéine ne supprime pas ce dernier effet, tandis que la nicotine le supprime.

Cliniquement (Gurber) chez des animaux d'expérience rendus diarrhéiques par une dysentérie ou par une purgation, l'uzara amène une cessation des troubles; les selles deviennent moins fréquentes et plus persistantes en même temps que l'état général s'améliore. L'uzara supprime la diarrhée muscarinique; elle est également antagoniste de la pilocarpine. L'action préliminaire de l'apocodéine ou de l'atropine ne lui retire pas son activité. Son action est donc comparable à celle de l'adrénaline avec cette différence qu'elle est plus prolongée et que l'uzara augmente le tonus intestinal, tandis que l'adrénaline le relâche. Pour Pick et Wasicky il s'agirait d'une action purement musculaire, analogue à celle de la papavérine; les observations de Raymond Hamet lui font conclure à l'action nerveuse à la fois système nerveux local et action du sympathique inhibiteur.

Action sur l'utérus (Hirz-Vogt). — Les effets de l'uzara sont assez comparables à ceux sur l'intestin isolé lorsqu'il s'agit d'un utérus isolé. Mais la grande différence entre les phénomènes observés est dans l'existence ou l'absence d'un contenu utérin.

Si l'utérus est gravide il y a d'abord augmentation et secondairement diminution du tonus utérin et évolution parallèle des contractions rythmées de l'utérus. L'administration préalable de tétanisants de l'utérus (ergot) inverse l'action de l'uzara.

Si l'utérus n'est pas gravide, il y a seulement diminution du tonus et des contractions sans cependant paralysie, puisque les divers excitants du tissu musculaire conservent leur action.

A noter que comme pour le cœur on peut faire cesser l'action de l'uzara sur le muscle utérin par lavage à la solution de Ringer.

Cette action, bien que comparable à celle de l'adrénaline ne paraît pas sous la dépendance du sympathique puisque l'utérus isolé de lapine non gravide devient hypertonique par l'uzara et qu'il en est de même si l'on a paralysé le sympathique par l'ergotamine. Il s'agirait donc ici d'action purement musculaire et de même que Hamet refuse de considérer l'uzara comme un sympathomimétique, il est remarquable que Vogt considère l'uzara comme pouvant être utile contre les divers ténesmes, utérin, intestinal, vésical.

Action sur le système nerveux. — L'uzara semble être un excitant de la moelle, comparable à la picrotoxine. De même que la strychnine il augmente l'excitabilité réflexe. Sur les centres nerveux supérieurs elle aurait des effets narcotiques.

Indications. — Elles diffèrent peu en l'état actuel de nos connaissances, de celles que lui reconnaissent les indigènes qui nous ont fait connaître le médicament.

Affections gastro-intestinales. — Waldow et Guhne au Cameroun, Seyffert et Wiek en Afrique orientale allemande en ont obtenu, tant chez les blancs que chez les noirs les plus brillants résultats dans la *dysentérie amibienne*. Le sang, les glaires, les amibes disparaissent rapidement des selles; les matières deviennent plus consistantes, plus moulées; les selles sont plus rares, les douleurs disparaissent, l'état général se relève. Ces effets sont obtenus très rapidement; la mortalité par dysentérie aurait été quasi supprimée.

Wieland qui a employé l'uzara en Silésie (épidémie de Gross Rosen 1912) et Linker qui l'a employé en Moravie (1913) contre la *dysentérie bacillaire* accusent des résultats comparables à ceux obtenus dans la dysentérie amibienne. Les résultats ont été aussi bons chez l'enfant que chez l'adulte.

Eisenheimer (Cologne) a traité par l'uzara des *dothiénentéries*; de même, Lindpaintner (Marbourg) chez des vieillards typhiques avec complications. L'amélioration a été rapide et marquée, portant non seulement sur les symptômes intestinaux mais aussi sur les douleurs, les symptômes circulatoires, l'état général.

Muller, Hirz, Justi et en France, plus récemment Fernagut l'ont employée dans les *diarrhées et les gastro-entérites infantiles*, soit formes aiguës apyrétiques du nourrisson soit formes fébriles, soit formes chroniques avec déshydratation. Quoique un peu plus lents dans ces dernières formes, les résultats obtenus par ces auteurs semblent avoir été uniformément bons. A noter que lorsqu'il y a atteinte gastrique, l'uzara, tantôt supprime les vomissements, tantôt semble, au contraire, les favoriser.

Eisenheimer en a obtenu également de bons résultats dans un cas d'*intoxication grave avec coma* par viande crue.

Les dysménorrhées représentent la grande indication gynécologique de l'uzara. Il faut actuellement s'en tenir aux *dysménorrhées sans cause anatomique*. L'uzara administrée immédiatement avant les règles et à leur début, semble diminuer les douleurs, diminuer l'abondance et la durée du flux cataménial. Quelquefois le médicament provoque un état nauséeux léger et un peu de constipation.

Vogt en préconise également l'essai dans les pertes blanches ou hydrorrhéiques de nature congestive.

D'autres indications se révéleront, sans doute, à mesure que l'uzara sera plus fréquemment employé; certaines affections gastriques atoniques, des troubles vésicaux, la pathologie de l'accouchement fourniront peut-être de nouvelles indications.

Quoi qu'il en advienne, il ne semble pas que l'uzara expose vis-à-vis du système nerveux aux mêmes phénomènes secondaires indésirables que peuvent provoquer l'opium et les narcotiques.

MODE D'ADMINISTRATION. POSOLOGIE. — La seule voie d'administration actuellement employée de l'uzara est *la voie buccale;* la tolérance en est habituellement bonne en dépit de l'état nauséeux, parfois signalé chez certains malades.

Les extraits d'uzara sont sous divers noms actuellement préparés dans le commerce; c'est dans tous les cas *un extrait hydro-alcoolique total,* présenté soit *en solution habituellement dosée à 5,4 p. 100 d'extrait, soit en comprimés à cinq milligrammes*.

Chez l'adulte, on donne habituellement 3 prises par jour, mais Lindpaintner signale que chez certains typhiques âgés et en état grave, il a été dans la nécessité de répéter les prises de médicament toutes les demi-heures.

Chez l'adulte, dans les cas moyens, on administrera chaque jour soit *trois prises de chacune trente gouttes d'extrait, soit trois prises de chacune deux comprimés* (trente milligrammes).

Dans les cas graves, on donnera vingt gouttes ou deux comprimés toutes les deux heures (Mercier et Hamet).

Chez l'enfant de quatre à douze ans, on donnera trois fois par jour de quinze à vingt gouttes de solution ou trois fois un ou deux comprimés. Au-dessous de quatre ans, la dose quotidienne ne dépassera pas dix à vingt gouttes ou un demi à un comprimé.

Chez le nourrisson enfin, on donnera trois fois quatre ou cinq gouttes (maximum quinze gouttes) en vingt-quatre heures. En raison de l'amertume assez accentuée du produit, on administrera l'uzara dans de l'eau fortement sucrée.

TOXICITÉ. — L'uzara administrée per os paraît extrêmement peu toxique en dépit de la puissance du médicament que l'on voit expérimentalement actif sur l'intestin isolé à une dilution de 1 p. 800.000.

Si l'uzara est, en effet, toxique pour la grenouille à une dose de 5 à 10 milligrammes, c'est en injection sous-cutanée.

Chez les animaux à sang chaud, elle est beaucoup plus faible puisque la dose toxique per os pour le chien est de 125 milligrammes par kilogramme et que chez le cobaye, en injection intrapéritonéale, elle tombe même à 250 milligrammes par kilogramme.

Il semble donc que dès maintenant l'uzara puisse être considérée comme un médicament précieux des diarrhées et des dysménorrhées, supérieur à l'opium et aux narcotiques dont l'action secondaire peut être nuisible.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AOUT 1930)

Action chez les cancéreux d'extraits de tumeurs, administrés par voie buccale à doses faibles et fractionnées. — MM. G. CUVIER et J.-A. CARRÈRE (1), après six mois de pratique, portant sur 54 cas, croient pouvoir conclure à une action manifeste, tant chez l'animal que chez l'homme des extraits de tumeurs obtenus par eux et administrés selon la méthode suivante :

La dose initiale doit être de V gouttes par jour, administrées séparément, loin des repas, dans un peu d'eau. Dès le troisième jour on a parfois noté une exagération des douleurs au niveau du néoplasme. On diminue alors la dose (III gouttes), puis on revient à la dose initiale. Si rien ne se produit, on s'en tient à la dose du début. Vers le quinzième jour, il se produit habituellement une amélioration nette dans l'état général, l'état local (saignements taris), la sédation des douleurs, il y a reprise du poids. Il est bon alors de ramener les prises à III gouttes, pour revenir ensuite progressivement aux V quotidiennes, et éviter par là un palier dans la marche ascendante de l'amélioration apparente. La conduite du traitement doit donc tenir compte des améliorations ou de la recrudescence des symptômes accusés.

Le malade doit être soumis à des règles hygiéniques strictes, ne pas se fatiguer, ou s'écarter du régime imposé, quand apparaît l'amélioration. La radio et la radiumthérapie, sont à proscrire en cours de tumorothérapie. Les rayons infrarouges, par contre paraissent ajouter leur action favorable.

Le traitement ne doit pas être in extremis, ni proche des séances de radio de radiumthérapie. Les auto-extraits ou les extraits homologues sont à emplover de préférence. A leur défaut les extraits polyvalents peuvent donner des résultats très intéressants.

Les auteurs concluent qu'ils n'envisagent actuellement que des résultats palliatifs; seule leur durée et la multiplicité des observations pourront permettre de juger de la valeur exacte de la tumorothérapie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1930)

De l'origine vasculaire de certaines syncopes. — M. C. LIAN rappelle qu'il défend depuis 1922 la notion générale que les syncopes sont les unes d'origine cardiaque, les autres d'origine vasculaire.

Le type des syncopes d'origine cardiaque est le syndrome de Stokes-Adams.

Le type des syncopes d'origine vasculaire est l'état de choc où une brutale perturbation vaso-motrice entraîne une grande accumulation de sang dans les capillaires abdominaux.

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 66, p. 1178.

Nouvelles recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose maligne. — M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun apportent les résultats qu'ils ont obtenus au cours des recherches qu'ils poursuivent dans ce domaine. Ces résultats comportent deux ordres de faits différents, d'une part, des lésions cyto-histologiques caractéristiques de la maladie humaine, avec la signature de la cellule de Sternberg; d'autre part, un état d'allergie se traduisant par le phénomène de Koch lors de l'inoculation ultérieurs de produits tuberculeux.

Ces faits apportent des éléments nouveaux à la discussion de ses rapports avec la tuberculose.

Lymphogranulomatose et tuberculose. — M. G. Caussade. Dans certains cas, l'association et l'intrication des deux affections sont indéniables. Quant à la nature tuberculeuse de la lymphogranulomatose, le fait est moins admissible. L'auteur tient à prouver que l'essence même de la granulomatose n'est pas de cette nature. Pour cela, il s'appuie sur l'inoculation négative de ganglions prélevés par biopsie, sur l'éosinophilie considérable et constante trouvée dans les coupes, sur la sclérose ganglionnaire rapide, sur le « panachage » des cellules des épanchements pleuraux lesquels prédominent, à la fin, les polynucléaires et surtout les lymphocytes, sur l'éosinophilie sanguine, sur l'association, dans les coupes des ganglions, de polynucléaires, de lymphocytes, de plasmocytes, de cellules conjonctives et endothéliales. Tous ces phénomènes et lésions ne se retrouvent pas dans la tuberculose.

Spirochétose méningée d'origine hydrique. Inoculation digitale. — MM. Jean Troisier et Yves Boquien relatent un nouveau cas de méningite aiguë curable provoquée par le spirochète d'Inada et Ido.

Ils insistent tout particulièrement sur la voie d'introduction du virus dans l'organisme : le malade, plongeur dans un restaurant, s'était fait une piqûre profonde du médius droit avec une arête de poisson et avait continué à laver la vaisselle sale; l'examen clinique révélait d'ailleurs à droite un ganglion sus-épitrochléen volumineux.

L'étude anatomique de ce ganglion après biopsie montra de la neutrophagie (macrophagie de polynucléaires neutrophiles) lésion que les auteurs considèrent comme caractéristique de la spirochétose anictérique.

Cinq cas de tumeurs cérébrales opérés pour appendicite. — M. J. Haguenau apporte l'observation de 5 malades opérés pour appendicite alors qu'ils étaient porteurs de tumeurs cérébrales.

L'importance des signes digestifs, l'apparition précoce de vomissements avant les autres symptômes expliquent ces erreurs.

L'auteur établit qu'il s'agit dans ces formes primitives pseudo-appendiculaires de tumeurs de l'étage postérieur du crâne.

Un cas de chlorome avec leucémie aiguë. — MM. P.-Emile Weil et P. Isch-Wall rapportent un cas de leucémie aiguë avec anémie grave et progressive qui présenta au bout d'un certain temps deux tumeurs sternales.

A l'autopsie, outre les tumeurs sternales verdâtres, il existait un épaississement tumoral du ligament vertébral antérieur sur toute la hauteur du médiastin. Les ovaires étaient gros comme des mandarines et infiltrés de chlorome. Les organes hématopoiétiques, ganglions, rate, moelle des os étaient normaux macroscopiquement.

A propos de leur cas, les auteurs en font comparaison avec ceux publiés antérieurement et étudient la leucémie aiguë du chlorome si spéciale et la rapprochent de celle qui accompagne des tumeurs viscérales isolées.

Un cas d'anémie rapidement mortelle avec apparition de tumeurs osseuses, pouvant être considéré comme chlorome. — MM. P.-Emile Weil et P. Isch-Wall rapportent le cas d'un homme de trente-quatre ans, entré dans leur service pour y mourir d'un syndrome anémique à évolution rapide. L'apparition de tumeurs périostées des os longs (cubitus, radius, tibias) fait penser qu'il devait s'agir de chlorome, malgré l'absence de syndrome leucémique aigu.

Abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson. Auto-vaccinothérapie. Vomique. Guérison. — MM. Pierre Lereboullet, M. Lelong et F. Benoist présentent un nourrisson guéri d'un abcès du poumon ayant débuté à l'âge de cinq mois.

Il s'agit d'un cas très rare de suppuration primitive, certainement pulmonaire et non pleurale, comme en ont témoigné les ponctions et les clichés radiologiques successifs.

Le germe en cause était un staphylocoque doré.

Endocardite végétante subaiguë à pneumocoques. Abcès viscéraux multiples avec endothélite. Volumineux anévrisme récent de la crosse aortique. — M. L. Boidin, Mme Bertrand-Fontaine et Mlle Fayot rapportent l'observation d'une jeune femme qui, plus de deux mois après la guérison d'une pneumonie franche aiguë, présenta de grands accès de fièvre intermittente. Une endocardite mitrale et aortique, des papules cutanées érythémato-purpuriques, une parotidite non suppurée, une méningite puriforme, une péricardite aiguë à pneumocoques furent les manifestations successives de l'infection.

Accidents nerveux dans un cas de maladie de Sternberg-Hodgkin. — M. L. Boidin, Mlle Fayot et M. Beinis rapportent un cas de maladie de Sternberg-Hodgkin qui se manifesta uniquement par des adénopathies et des accidents nerveux. L'accident nerveux majeur, celui qui entraîna la mort, fut une paralysie par compression.

Ictère grave par le tétrachloréthane chez une ouvrière perlière. — M. L. Boidin, L. Rouquès et G. Albot rapportent un cas d'intoxication mortelle par le tétrachloréthane chez une ouvrière perlière qui travaillait depuis quatre mois dans un atelier mal ventilé où deux autres ictères, ceux-là bénins, ont été constatés.

Le syndrome hypochlorémique terminal des néphrites chroniques. — MM. F. Rathery et Sigwald relatent un cas de néphrite chronique avec hypochlorémie terminale irréductible. Ils reviennent à ce propos sur la distinction qu'ils ont faite antérieurement de deux types de syndromes hypochlorémique dans les néphrites chroniques : un type réductible et curable par l'absorption de sel et un type grave survenant à la période terminale des néphrites chroniques.

Cortico-pleurite monosymptomatique d'un rhumatisme articulaire aigu. Guérison rapide par le salicylate de soude à hautes doses. — MM. G. Caussade et Pierre Reynier rapportent l'observation d'une cortico-pleurite rhumatismale intéressante et insistent sur l'action du salicylate de soude à hautes doses qui est curative et, souvent, à défaut de diagnostic précis, est une pierre de touche. Ils attirent, en outre, l'attention sur ces formes fixes et isolées pleuro-pulmonaires avec adhérences consécutives, bien différentes de celles décrites autrefois. Les auteurs envisagent, d'autre part, la possibilité d'une thérapeutique salicylée basée sur la notion des cryptotoxines de H. Vincent.

Radiographie néphro-cholécystite, par M. de Abreu, de l'Institut brésilien des sciences et de l'Académie de médecine de Rio. Un volume de 158 pages avec 54 planches et 54 schémas. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie pratique des blessures et des accidents (1), par les docteurs A. Mouchet, Gouverneur, Olivier, Tailhefer.

Le lecteur ne trouvera pas ici la description des blessures pendant les premières phases de leur évolution, mais seulement à partir de leur consolidation. La tâche du praticien est, en effet, loin d'être terminée à ce moment. D'une part, il pourra être appelé à évaluer les dommages subis, l'incapacité, qu'il s'agisse d'une expertise en vue de la réforme ou de l'examen d'un accidenté du travail. Le rôle du praticien aura donc de nombreuses occasions de s'exercer, et pour cela l'ouvrage présente, dans son cadre réduit, toutes les garanties d'expérience neuves et vécues nécessaires.

Voici les chapitres qui composent ce volume :

Cicatrices vicieuses, par Olivier et Tailhefer. — *Fistules osseuses*, par Albert Mouchet. — *Pseudarthroses*, par Olivier et Tailhefer. — *Cals vicieux*, par Albert Mouchet. — *Ankyloses*, par Albert Mouchet. — *Articulations lâches et ballantes*, par Albert Mouchet. — *Les moignons, leur pathologie, leur prothèse*, par Robert Gouverneur. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE DU NOURRISSON

Définition. — Télescopage du tube intestinal sur lui-même se traduisant par des signes cliniques peu nombreux mais pathognomoniques. Le pronostic dépend essentiellement de la précocité et de la simplicité de l'intervention chirurgicale.

ANATOMIE

En général l'invagination se fait dans le sens des mouvements péristaltiques (descendante).

Dans la majorité des cas : invagination simple à trois cylindres : 1° l'*intestin récepteur* (gaine) et 2° l'*intestin invaginé* (*boudin*) à deux parois accolées par leur face péritonéale avec une *tête* où s'ouvre la lumière de l'intestin. Le point où il s'unit à la gaine forme le *collier*.

Siège. — Deux variétés fréquentes :

1° *Invagination iléo-cæcale* (82 p. 100); tête de l'invagination : valvule iléo-cæcale, fixe (le collier se déroule). Progression facilitée par laxité des mésos et activée par la poussée abdominale et le péristaltisme;

2° *Invagination iléo-colique* (11 p. 100). Valvule de Bauhin fixe; la tête de l'invagination se déroule (courte progression, le coin mésentérique s'engageant dans l'anneau, rigide et fixe de la valvule).

Deux variétés rares :

Invagination iléale;
Invagination colique.

Exceptionnellement, retournement de l'appendice, d'un diverticule de Meckel.

Mécanisme de l'engagement. — Dans la majorité des cas, l'engagement est un phénomène dynamique (phénomène du mascaret au niveau de la région cæcale).

Lésions secondaires. — Œdème congestif du boudin d'où hémorragies.

— Adénopathie mésentérique précoce (dixième heure).

(1) Un volume in-16 de 208 pages, avec 55 fig. — Prix : 36 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Tardivement : réaction localisée du péritoine et sphacèle du boudin aboutissant à une péritonite septique diffuse (élimination très rare).

ÉTUDE CLINIQUE

Un nourrisson vigoureux, de quatre à sept mois, brusquement, se met à crier et à s'agiter; il vomit sa tétée. Sa crise dure un quart d'heure et se répète à plusieurs reprises.

En même temps, arrêt des matières et des gaz. Souvent le petit nourrisson n'a pas uriné.

Aucun signe général; pouls un peu accéléré.

A l'examen. — 1° Rechercher *le boudin* : siège à l'angle droit du côlon, à l'épigastre, jamais dans la fosse iliaque droite. C'est une tumeur allongée, mobile transversalement, sensible. Mais, recherche difficile car l'enfant crie et le boudin est inconstant.

2° Le *toucher rectal* : *capital*.

a. Peut conduire sur le boudin quand l'invagination est basse.

b. Le *doigt revient souillé de sang* d'odeur fétide ou de mucus sanguinolent. (Signe constant permet de ne pas attendre l'émission spontanée d'une *selle sanglante*, au bout de six à huit heures.)

ÉVOLUTION

L'équation : *syndrome d'occlusion* + *émission de sang par l'anus* doit immanquablement faire poser le diagnostic et l'indication opératoire.

Opéré dans les dix-huit premières heures, l'enfant est sauvé. Mais, deux graves dangers encore :

1. Le syndrome d'hyperthermie avec pâleur;
2. La broncho-pneumonie, fréquente chez le nourrisson.

Opéré plus tard, la désinvagination est très difficile, la mortalité opératoire considérable (90 p. 100).

Non opéré, pronostic fatal : vomissements répétés, émission de sang fétide par l'anus, ballonnement du ventre; le facies s'altère, la température s'abaisse, le pouls devient petit. La mort ne survient qu'au bout de six à huit jours.

La guérison n'est donc que chirurgicale, fonction de la *précocité*,

de la *simplicité* des manœuvres.

FORMES CLINIQUES

Rares : citer : formes frustes, lentes ou chroniques (surtout chez l'enfant); forme hyperthermique de Mouchet.

DIAGNOSTIC

Se baser sur : la soudaineté, la répétition des crises; surtout, sur le *toucher rectal*.

Il n'y a pratiquement pas de diagnostic.

On pourrait penser :

A cause de l'émission de sang : à une *gastro-entérite* hémorragique mais passé entéritique; à du *purpura*.

A cause des vomissements : à une *indigestion*.

A cause du boudin perçu au toucher rectal à un *prolapsus* (erreur grossière).

TRAITEMENT

Sous anesthésie générale, laparotomie médiane, pour certains sus-ombilicale. On découvre un boudin ardoisé. Désinvagination douce, par expression, à laquelle on peut adjoindre une pexie rapide. Fermeture en un plan; sangle sur l'abdomen.

L'enfant sera vingt-quatre heures à la diète (sérum rectal). Si la désinvagination est impossible, tenter l'extériorisation (pronostic très mauvais).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Train express d'après-midi Brioude-Paris. — L'express d'après-midi Clermont-Ferrand-Paris (n° 1414) a, depuis le 15 mai, son point de départ reporté à Brioude, où il relève une correspondance de Saint-Flour. A Arvant, il reçoit une correspondance d'Aurillac, de Vic-sur-Cère et du Lioran, ce qui établit une nouvelle relation de jour entre la Haute Auvergne et Paris.

Départ d'Aurillac 9 h. 32, de Vic-sur-Cère 10 h. 11, du Lioran 11 h. 07, de Saint-Flour 12 h. 10, de Brioude 14 h., d'Arvant 14 h. 14, de Clermond-Ferrand 15 h. 40.

Arrivée à Nevers 18 h. 25, à Paris 22 h. 50.

Wagon-restaurant entre Nevers et Paris.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Avis aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris. — *Prix Civiale.* — Un concours est ouvert en 1930, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du Service de santé) le 15 novembre 1930, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu aura lieu fin octobre 1930.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices civils d'Orléans.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Herissey, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur de chimie biologique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Grimbert, dernier titulaire).

M. Sommelet, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1930, professeur d'hydrologie et d'hygiène à ladite Faculté (chaire vacante : M. Delepierre, dernier titulaire).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — A la suite des concours qui ont eu lieu à la Faculté de médecine de Bordeaux, sont nommés : professeur suppléant de pathologie et clinique médicale : M. le docteur Fumeau; professeur suppléant de physique et chimie : M. Daniel Bodroux.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Raynaud (Algérie), Sergent (d'Alger), Liagre (de Constantine), Ricoux (de Philippeville).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Parrot (Algérie), Aucaigne (de Vialar), Clos, Ettighoffer et Viallet (d'Alger), Peduran (de Bouffarik), Mesguiche (de Souk-Ahras), Pages (de Tahar).

GUERRE. — Service de santé. — Additif au tableau d'avancement de 1930 :

Pour le grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Guichene, Tourniaire, Passa, Tristani, Bergondi, Chappoux, Stotzel, Aubert, Genaud, Ferry, Coulouma, Parnet, Parlange, Merlin-Lemas, Battle, Roche, Meunier, Igert, Fournie, Chausset, Miara, Guilleman, Monginet, Vaissie et Collin.

POUR LES BLESSÉS OU MALADES DE LA GUERRE. — L'article 85 de la loi de finances de 1928, a prorogé jusqu'à fin décembre 1930, le délai pendant lequel les anciens combattants blessés ou malades peuvent faire valoir leurs droits à une pension d'invalidité.

Tous renseignements seront donnés gratuitement, sur les formalités à accomplir, par la F. O. P. des mutilés et anciens combattants, 85, boulevard Beaumarchais, Paris (IIIe). Joindre un timbre pour réponse.

Les anciens combattants dont les demandes ont été primitivement refusées peuvent aussi, dans les mêmes conditions, se remettre en instance.

LA REVISION DES PENSIONS DÉFINITIVES. — Le Conseil d'Etat vient de décider, dans deux arrêts récents, que les pensions définitives revisées et augmentées pour aggravation

devraient conserver leur caractère définitif et non être remises temporaires.

C'est, cependant, cette dernière thèse qu'avait admise l'administration.

Du fait de ces arrêts qui précisent d'une façon définitive le sens de l'article 68 de la loi du 31 mars 1919, de nombreuses situations de pensionnés doivent être modifiées.

Concernant ces arrêts, tous renseignements seront gratuitement donnés par la F. O. P. des mutilés, 85, boulevard Beaumarchais, Paris (IIIe). Joindre un timbre pour réponse.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (première série), par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Vaudescal, agrégé; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, de Peretti, Suzor, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; Mme Bardy-Goiran, de Manet, anciens et chefs de clinique adjoints assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 13 septembre 1930; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Ces leçons seront illustrées de projections photographiques ou cinématographiques.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CESSION DE CLIENTÈLE MÉDICALE

Il y a une règle juridique suivant laquelle les conventions légalement formées font la loi des parties; or, il arrive fréquemment que, les parties ayant échangé leurs signatures, l'une d'elles essaie en s'appuyant sur des prétextes plus ou moins fallacieux de se soustraire à l'accomplissement de ses engagements. Les conventions conclues entre médecins, l'un succédant à l'autre, donnent lieu fréquemment à des difficultés de cette nature; celui qui doit encore des sommes cherche à éviter le paiement en disant que la clientèle du médecin, suivant une jurisprudence constante, ne peut faire l'objet d'une cession licite.

Il est exact qu'une clientèle médicale ne peut être cédée légalement, pour les motifs que nous avons déjà exposés plusieurs fois dans les colonnes de la *Gazette des hôpitaux*. Mais certaines choses comprises dans le cabinet du médecin ou du chirurgien peuvent incontestablement faire l'objet d'une cession, telles que le mobilier, la bibliothèque, les instruments; en outre, le médecin ou le chirurgien peut s'interdire d'exercer dans un certain périmètre; une convention à titre onéreux peut intervenir pour ces diverses choses dans des conditions qui ne sont pas réprouvées par la loi. C'est ce que vient de décider la Cour d'appel de Paris dans un arrêt du 2 décembre 1929 (*Gaz. Trib.*, 13 et 14 juin 1930); en voici la teneur :

« Considérant que pour se soustraire au paiement d'une somme de 6.462 fr. 50, reliquat d'une somme de 40.000 fr., due en vertu d'un contrat de cession remontant au 17 août 1911, l'appelant excipe de la nullité absolue de ce contrat, considéré comme vente de clientèle médicale, c'est-à-dire d'une chose hors du commerce (art. 1128 et 1598 du Code civil), et conclut à la restitution de toutes sommes antérieurement payées en vertu de ce contrat;

Considérant que ce qui n'est pas dans le commerce, en cet ordre d'idées, c'est la confiance et le libre choix des malades et ce qui ne peut être cédé, c'est un droit proprement dit à une sorte d'exploitation privative des clients du cédant, et qu'il y a lieu d'examiner si le contrat soumis à la Cour est nul, comme ayant cet impossible objet, ou s'il est valable comme ayant pour objet des prestations licites et normalement appréciables en argent;

Considérant que la convention dont il s'agit vise d'abord la cession du bénéfice d'un engagement de location et d'un mobilier; que vainement l'appelant objecte que le cédant n'était investi d'aucun bail et que le mobilier n'avait pas une grande valeur; qu'en réalité il a pu s'installer dans les lieux loués au cédant, y jouir des prorogations légales, et qu'il a pris effectivement possession des meubles et instruments cédés.

Considérant que par cette même convention le docteur D... s'engageait à ne plus exercer la médecine dans un rayon déterminé, à présenter au docteur R... ses clients, dont il lui fournirait la liste, et à l'assister auprès d'eux pendant un temps déterminé;

Considérant que ces obligations de faire ou de ne pas faire dûment exécutées dans l'espèce constituent des engagements licites, comme échappant à toute prohibition d'ordre légal, réglementaire ou moral; qu'elles peuvent être évaluées en argent et qu'elles doivent être admises comme objet valable et indiscuté d'un contrat. »

La Cour, en confirmant la décision des premiers juges, a condamné le cessionnaire à payer le montant des sommes restant dues au cédant.

Cet arrêt fixe d'une façon précise les principes relatifs à une cession pouvant intervenir professionnellement entre deux médecins. Nous avons été parfois consultés sur cette question de cession parce qu'elle se présente fréquemment. La décision ci-dessus de la Cour détermine exactement ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RELATION RAPIDE D'APRÈS-MIDI. PARIS-BESANÇON-MONTBÉLIARD-BELFORT. — Le rapide de toutes classes 35 (Paris-Lyon-Grenoble) est mis en correspondance à Dijon avec l'express de toutes classes 557 sur Besançon relié lui-même à cette dernière gare à l'express 743 Lyon-Strasbourg. Une voiture directe (1re et 2e classes) circule entre Paris et Besançon dans les trains 35-557.

Départ de Paris 12 h. 25, de Dijon 17 h. 20. Arrivée à Dôle 18 h. 02, à Besançon 18 h. 45, à Montbéliard 20 h. 38, à Belfort 21 h. 03.

Wagon-restaurant de Paris à Dijon et de Besançon à Belfort.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS: J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

REVUE GÉNÉRALE

LE ROLE DES PLEXUS CHOROIDES

DANS LA FORMATION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

ÉTUDE CRITIQUE (1)

Par le docteur J. GIRARD,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

***

II. **Critique physiologique.** — L'aspect histologique des plexus ne peut être interprété qu'aux lumières de la physiologie.

Sont-elles éclatantes? Loin de là, et à l'heure actuelle, on ne peut guère retenir les modifications de volume ou de pression qu'apportent des substances spécifiques comme un argument en faveur de la sécrétion plexuelle. Le sens de ces variations a été contesté, et Marburg a employé la théobromine comme hypotenseur, Claude, Targowla, Lamache et Bailey abaissent par la pilocarpine la tension du liquide rachidien à la moitié de sa valeur initiale. Sicard n'a jamais produit d'hypersécrétion par la pilocarpine, et par contre elle aurait été produite par des produits tels que le liquide céphalo-rachidien à réaction de Wassermann positive (Hirsch-Tabor).

Antérieurement, dans une suite de remarquables expériences, Becht a montré que l'hyperproduction du liquide cérébro-spinal était une pure apparence! Après avoir critiqué la méthode de la fistule temporaire, telle que l'ont employée Magendie, Weed et Cushing, et le procédé de la fistule permanente de Cavazanni, qui amènent tous deux des changements de la pression intracranienne, qui modifient la vascularisation cérébrale et faussent les résultats. Becht et Matill adoptent la méthode manométrique de Leyden qui empêche toute fuite de liquide, laissant la cavité cranienne intacte et ne modifiant pas les rapports entre la pression sanguine et celle du liquide céphalo-rachidien. On considérait l'hyper ou l'hypotension comme réflétant l'hyper et l'hypo-production du liquide intracranien. Becht inscrit simultanément la pression intrarachidienne, la respiration, les pressions artérielles et veineuse, puis il injecte à l'animal de la pilocarpine, des extraits glandulaires, de l'éther, des extraits de plexus choroïdes, lui fait respirer du nitrite d'amyle, et démontre ainsi par des tracés dont l'interprétation ne peut être discutée, que l'hyperproduction apparente est facteur des modifications de la tension artérielle et de la tension veineuse, et ne dépend de rien d'autre.

Toutes les substances qui semblent agir sur le liquide céphalo-rachidien n'influent en vérité que sur la circulation cérébrale, surtout la circulation veineuse et ce sont les mouvements d'expansion ou de retrait de l'encéphale qui conditionnent les modifications de la tension du liquide cérébro-spinal. Les substances pharmacologiques n'agissent jamais sur le fonctionnement des plexus.

Le rôle des plexus reste encore appuyé sur l'étude de l'hydrocéphalie expérimentale et clinique, et Riser et Sorel, partisans de la théorie plexuelle, font dans leur étude une part presque unique à cette maladie.

Pourtant les expériences de Dandy et de ses imitateurs, malgré leurs apparences cruciales, ont été attaquées. Mestrezat admet que l'hydrocéphalie expérimentale semble le fait d'une irritation aiguë ou suraiguë des parois ventriculaires. L'oblitération d'un trou de Monro ou de l'aqueduc de Sylvius par des tampons de gaz ou de coton amène la production rapide d'exsudats inflammatoires, de même que les injections d'aleurone, de gélatine ou de noir de fumée.

D'Arundo croit, à la suite de ses expériences de production de l'hydrocéphalie par lésions carotidiennes, qu'elle serait due à une hyperémie vasculaire et ne serait que l'expression de la réaction inflammatoire qui suit l'opération.

Même si les expériences de Dandy étaient à l'abri de toute critique, elles indiqueraient seulement que le liquide céphalo-rachidien se forme dans les hémisphères cérébraux au-dessus de l'aqueduc, et rien de plus. Seule l'extirpation des plexus chez le chien vivant peut prouver quelque chose, et Becht relevait, en 1920, que jamais l'opération, très souvent tentée, n'a pu être menée à bien, les difficultés techniques étant considérables, et qu'aucune observation n'est assez complète, aucune survie n'est assez longue pour permettre des conclusions définitives sur le rôle des plexus.

Chiasserini, qui a repris toutes les expériences de Dandy, souligne leurs avatars. Beaucoup de chiens meurent dans les quinze jours qui suivent l'opération et dans tous les cas, s'il y a dilatation ventriculaire, la substance cérébrale est toujours fortement congestionnée. Un seul chien put survivre. Quant à l'extirpation des plexus, Chiasserini la déclare presque impossible, ceux-ci étant si minces qu'il est très difficile de les extirper, même après la mort.

Leur destruction fonctionnelle, qu'on espérait produire par les rayons X, est fort discutable. Rollet, Froment et Colrat, Tassitch et d'autres, ont trouvé que la radiothérapie peut amener une augmentation, au moins transitoire de l'hypertension intra-cranienne vérifiable manométriquement et par l'examen de la papille. A Marburg, à Sgalitzer, nous opposerons Siedamgrotzky. Ce dernier auteur, chez un malade porteur d'une fistule post-opératoire par où s'écoulait une quantité abondante de liquide céphalo-rachidien, appliqua un traitement radiothérapique assez intense sur la région des plexus. La sécrétion commença par diminuer considérablement. Mais cet heureux résultat ne se maintint pas et l'état primitif se reconstitua rapidement. A l'autopsie, les plexus étaient intacts et Siedamgrotzky fit une constatation identique chez les lapins et les cobayes qui avaient reçu la même dose de rayons. Il se demanda si la diminution de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 66, p. 1181, et n° 68, p. 1213.

l'écoulement n'était pas due simplement à une oblitération de l'aqueduc de Sylvius par œdème inflammatoire du tissu cérébral.

Nous pouvons donc conclure seulement, comme Boschi, que les résultats de la radiothérapie poussent à admettre une action inhibitrice diffuse sur toute l'étendue de l'encéphale.

Que nous montre actuellement la physiologie : la possibilité pour le liquide céphalo-rachidien de se produire en dehors des plexus? Les neurologistes avaient déjà admis la réalité de ce processus. Sicard eut l'occasion d'observer un paraplégique, dont la moelle était complètement sectionnée par une fracture de la VIIIe vertèbre dorsale. Comme il s'était produit une hémorragie au cours de l'intervention, on dut lier la dure-mère et isoler ainsi complètement les méninges rachidiennes des espaces cérébraux. Une ponction lombaire, deux mois après l'intervention, permit de retirer 5 à 6 centimètres cubes de liquide, qui s'était donc formé sans l'intervention des plexus.

Walter soigne un malade dont le liquide rachidien était absolument normal. Quelques jours plus tard, l'autopsie montrait une pachyméningite spécifique qui avait détruit la presque totalité de la moelle dorsale, et coupé toutes les communications sous-arachnoïdiennes. Il fallait donc admettre que le liquide retiré avait été formé sur place. L'auteur allemand rappelle une observation analogue de Shonfeld et Léopold, mais nous n'avons pu en trouver la source.

Expérimentalement, Riser et Sorel, chez le chien, cloisonnent les espaces sous-arachnoïdiens en passant une ligature autour de la moelle et de ses enveloppes, créant ainsi un cul-de-sac méningé soustrait à l'influence des plexus choroïdes, et disent n'avoir jamais observé l'existence d'un liquide de renouvellement extra-plexuel. Pourtant, Laborde, par cette même technique d'isolement lombaire, a montré que l'urée introduite dans le sang se retrouve dans le cul-de-sac méningé rachidien, ce qui indique que les méninges molles, sur toute leur hauteur, règlent la pénétration dans le liquide céphalo-rachidien, des substances introduites dans le sang circulant. « La perméabilité choroïdienne n'existe pas seule », dit-il, « et la lepto-méninge joue vis-à-vis du névraxe un rôle défensif analogue à celui dont on croyait chargé les seuls plexus choroïdes... »

Il est donc bien douteux que les lepto-méninges médullaires ne peuvent elles aussi former du liquide céphalo-rachidien, puisqu'elles ont la propriété de perméabilité des plexus.

*
* *

III. **Arguments anatomo-cliniques.** — Les preuves cliniques du rôle des plexus ne nous retiendront pas longtemps. Aux expériences de Frank, Gœrtz et Kryzanowski, nous opposerons les conceptions de Tannenberg, qui, dans plusieurs cas de coma urémique n'a vu aucun changement histologique au niveau des organes choroïdiens, et qui en profite pour critiquer l'hypothèse de Von Monakow sur le rôle protecteur des cellules choroïdiennes.

Aux partisans de l'infection primitive des ventricules dans la méningite cérébro-spinale nous rappellerons que pour Westenhofer, Netter et Debré, les méningocoques sortis du rhino-pharynx gagnent les cavités méningées par les vaisseaux nourriciers du sphénoïde ou par la gaine sous-arachnoïdienne des filets nerveux du nerf olfactif, conception qui s'oppose à celle de la choroïdite primitive. Et même, si l'on admet cette choroïdite qui aboutit à engainer les plexus et à gêner leur fonctionnement, comme le souligne Dopter, comment expliquer l'hydrocéphalie, qui est de règle lorsque l'infection se prolonge? Lewkowicz, n'ayant pas trouvé et n'admettant pas le cloisonnement inflammatoire du système d'écoulement du liquide ventriculaire, doit invoquer une oblitération fonctionnelle, l'engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital, enclavement qu'on nous avait appris d'autre part, devoir être mortel, facteur fréquent de la mort subite dans les tumeurs cérébrales ponctionnées par exemple.

Comme je l'ai dit, à l'heure actuelle, l'hydrocéphalie est la clef de voûte du rôle formateur des plexus choroïdes. Pourtant si les plexus choroïdes produisent du liquide céphalo-rachidien en excès, on pourrait s'attendre à trouver dans l'hydrocéphalie pure primitive, non produite par un blocage, des figures d'hyper-fonctionnement plexuel. Si elles ont été observées, et nous en rapportons deux exemples, beaucoup plus fréquemment les plexus sont sclérosés et semblent morphologiquement incapables de fonctionner.

Dans l'article de Levy-Valensi, nous lisons que dans l'hydrocéphalie congénitale, les plexus sont le siège d'une dégénérescence hyaline, avec épaississement et calcification des vaisseaux.

Si nous reprenons les observations publiées avec examen anatomo-pathologique, la grande majorité indiquent des lésions de dégénérescence des plexus et d'épaississement vasculaire, traduisant toutes deux une diminution fonctionnelle évidente.

Sandoz a trouvé des lésions inflammatoires de l'épendyme ventriculaire et des plexus choroïdes et Gaujoux une endopériartérite syphilitique des vaisseaux plexuels.

Parmi les très importantes observations d'Haushalter et Thiry, nous recueillons que chez un enfant de six mois dont l'écorce cérébrale était réduite à 1 centimètre d'épaisseur, les plexus choroïdes, bien que paraissant hypertrophiés, montrent des vaisseaux à paroi fibreuse, certains même ayant leur lumière totalement obstruée par du tissu conjonctif serré, le substratum conjonctif général de l'organe étant composé de tissu fibreux très dense. Toute la surface ventriculaire des corps opto-striés présente la même dégénérescence fibreuse. Dans l'observation n° III : méningite séreuse à pneumocoques à évolution subaiguë avec hydrocéphalie, les plexus sont enrobés d'une gangue épaisse constituée par du tissu conjonctif embryonnaire, riche en néo-vaisseaux, et composé de nombreuses cellules rondes tassées et de quelques cellules fusiformes. Les petits vaisseaux épendymaires sont pour la plupart obstrués par un amas de cellules rondes. Dans

l'observation n° VIII, où le malade avait 82 centimètres de tour de tête à dix ans, les plexus choroïdes étaient entourés d'une couche de tissu fibreux fasciculé dense, riche en noyaux, et présentant des prolongements qui pénètrent dans le plexus. Une partie de celui-ci est transformée en tissu scléreux, comprimant et effaçant la lumière des vaisseaux. Ultérieurement, Haushalter et Collin ont publié une observation absolument superposable à celles-ci. Donc, dans ces hydrocéphalies considérables, sclérose des plexus.

Ces constatations sont corroborées par Merle (obs. n° I) qui, dans un cas d'hydrocéphalie par épendymite subaiguë, a trouvé les plexus enrobés par une coque de tissu conjonctif fibreux, isolant complètement les éléments épithéliaux de la cavité ventriculaire.

Parkes Weber a observé des lésions analogues mais moins marquées.

Trochine, par cinq autopsies personnelles, incrimine surtout les lésions épithéliales et artérielles, les artères étant dilatées et sclérosées, et même certaines entourées d'une gangue fibro-scléreuse.

Reymond, dans un cas d'hydrocéphalie chronique acquise, trouve la surface ventriculaire et les plexus rugueux, comme indurés, et en beaucoup de points, couverts de plaques fibrino-purulentes.

Kitabayashi (obs. n° VI) fit l'autopsie d'un enfant de trente semaines dont le contour cranien était de 49cm5. Les plexus choroïdes étaient très ratatinés, les villosités extrêmement minces, aplaties, vides de sang, avec dilatation des espaces périvasculaires. Les cellules épithéliales sont atrophiées avec perte de la limite cellulaire, et aspect syncitial. Parfois, même, le protoplasme est desquamé. Darmaillac trouve aussi des lésions inflammatoires aboutissant plus tard à la sclérose.

Il semble même que dans tout processus hydrocéphalique secondaire, les plexus sont lésés, et que cette lésion soit à la base de la distension ventriculaire.

Haschiguchi, dans l'hydrocéphalie traumatique expérimentale, trouve, parallèlement à une occlusion par œdème, des voies de décharge, des lésions manifestes des cellules des plexus choroïdes.

Dans la paralysie générale, maladie où les ventricules sont dilatés, Morowka a décrit une dénudation des plexus par perte des cellules épithéliales, une prolifération du tissu fibreux, et une dégénérescence calcaire des vaisseaux.

Caussade, dans sa thèse sur les ventricules latéraux dans la méningite cérébro-spinale, rapporte une observation de Ramond où une forte hydrocéphalie s'accompagnait d'un aspect aplati et décoloré des plexus choroïdes. Dans son observation personnelle n° 6, où le processus d'hydrocéphalie s'amorçait, les plexus étaient séparés de la cavité ventriculaire par une couche de pus qui les enrobait à la façon d'une fausse membrane.

Nous pourrions multiplier les exemples. C'est inutile; il apparaît que dans l'immense majorité des cas, l'accumulation d'un liquide céphalo-rachidien s'accompagne d'une sclérose et d'une dégénérescence de l'épithélium des plexus choroïdes. On nous objectera qu'il peut alors s'agir d'une hydrocéphalie communicante selon la classification de Dandy, d'une hydrocéphalie par sclérose sous-arachnoïdienne, et qu'alors, les plexus n'ont pas à intervenir dans le mécanisme de production. Mais, dans les observations que nous avons citées, les leptoméninges paraissent intactes, dans aucun cas, on ne trouve les lésions d'épaississement, l'aspect nacré et les adhérences que Dandy a décrites.

Nous pensons donc qu'il est des hydrocéphalies liées à un trouble de fonctionnement par défaut des plexus choroïdes, dont l'épithélium a perdu ses propriétés et dont les vaisseaux sont imperméables. Une seule explication est valable. Les plexus pourraient présenter un rôle de résorption du liquide céphalo-rachidien et c'est la perte de cette propriété qui amènerait l'accumulation du liquide dans les ventricules.

Des travaux récents se sont efforcés de démontrer ce rôle.

BIBLIOGRAPHIE

ABUNDO (D'). Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'hydrocéphalie, *Neurologica*, oct. 1926, t. V, p. 257.

AHRENS. La circulation du liquide céphalo-rachidien, *Réunion des psychiatres et neurologistes de Halle*, 27 oct. 1912.

ALEXANDER. Surgical treatment of some forms of epilepsy, *Lancet*, 30 sept. 1911, p. 932.

André THOMAS et JUMENTIÉ. Tumeur ventriculaire, *Soc. de neurol.*, réunion anat., 19 juin 1925.

ASKANAZY. Zur Physiologie und Pathologie des Plexus choroidei, *Verhandl. der Deut. pathol. Ges.*, 1914, Bd XVII, p. 85.

AREMBERG (D'). Etude sur Galien, *Th. de Paris*, 1841.

BARBÉ. Recherches expérimentales sur la perméabilité physique des plexus choroïdes, *Revue neurol.*, avril 1920, p. 314.

BECHT. Studies on the cerebro-spinal fluid, *Amer. Journ. of physiol.*, 1920, vol. LI, n° 1, p. 1.

BÉCLÈRE. La radiothérapie des tumeurs de l'encéphale, IXe Réunion intern. de juillet 1928, in *Revue neurol.*, 1928, n° 6.

BIONDI. *Arch. f. Zellf.*, Bd VI.

BOSCHI. Radiothérapie et hypertension intracranienne, *Soc. de neurol.*, 4 juillet 1928.

BOWEN. On a possible relation between the Golgi apparatus and secretory products, *Amer. Journ. of anat.*, 15 mai 1924, vol. XXXIII, n° 2.

BOYD. *The cerebro-spinal fluid*, New-York 1920.

BUIA. Recherches sur la circulation du liquide céphalo-rachidien, *Réunion biologique de Bucarest*, 9 juin 1916.

BURR et Mac CARTHY. *Journ. experim. med.*, 1900, t. V, p. 195.

CAPELLETTI. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de quelques médicaments, *Arch. ital. de biol.*, 1900, t. LX, p. 463.

CATHELIN. La circulation du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 11 nov. 1903, p. 780.

CAUSSADE. Les ventricules latéraux dans la méningite cérébro-spinale, *Th. de Nancy*, 1916.

CAVAZZANI. La circulation du liquide céphalo-rachidien, *Arch. ital. de biol.*, 1892, t. XVIII, p. 475.

CESTAN et RISER. L'exploration des ventricules latéraux, *Sud méd. et chir.*, 15 mars 1924.

CESTAN, RISER et LABORDE. Physiologie des ventricules cérébraux chez l'homme, *Ann. de méd.*, 1923, t. XIII, n° 1, p. 289, et *Revue neurol.*, avril 1923, p. 354; — L'absorp-

tion des substances étrangères au niveau des ventricules cérébraux, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1923, t. I, p. 73; — La perméabilité méningée, *Presse méd.*, 7 oct. 1925.

CESTAN, RISER et PERES. Physio-pathologie des ventricules cérébraux dans la syphilis nerveuse, *Ann. de méd.*, 1924, t. XV, p. 201; — Traitement intraventriculaire de la paralysie générale, *Journ. of nerv. and ment. disease*, sept. 1927.

CHAMPY. Recherches sur l'absorption intestinale et le rôle des mitochondries dans l'absorption et la sécrétion, *Arch. anat. microscopique*, 1911-1912, t. XIII, p. 55.

CHIASSERINI. Recherches expérimentales sur l'hydrocéphalie, *Presse méd.*, 2 déc. 1922, n° 97.

CHURCH. Discussions de la « American neurological Association », 6 mai 1915.

CIACCO et SCAGLIONE. Beitrag zur cellulären Physio-pathologie des Plexus choroidei, *Ziegl. Beitr.*, 1913, Bd LV, h. 1, p. 131.

CLAISSE et LÉVY. Etude histologique d'un cas d'hydrocéphalie interne, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1897, t. LXXII, p. 264.

CLAUDE, TARGOWLA, LAMACHE et BAILEY. Pilocarpine et tension du liquide céphalo-rachidien, *Réunion neurol.*, 2 juin 1926, in *Revue neurol.*, 1926, n° 6, p. 1098.

COUPIN. Sur l'absence des trous de Magendie et de Luschka chez quelques mammifères, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1920, t. II, p. 954.

COUTIÈRE. Le rein, *Biol. méd.*, oct. 1928, vol. XVIII, n° 8.

CUSHING. Studies on the cerebro-spinal fluid, *Journ. of med. Res.*, 1914, vol. XXXI, n° 1.

DAHLSTRÖM et WIDERÖE. Studie über den Liquor cerebrospinalis und dessen kommunikationsverhältnisse bei Syphilogenen Geisteskrankheiten, *Zeit. f. die ges. Neurol. und Psych.* (orig.), 1921, Bd LXXII, p. 75.

DANDY. Extirpation of the choroid plexus of the lateral ventricules in communicating hydrocephalus, *Ann. of surg.*, déc. 1918, vol. LXVIII, n° 6; — Experimental hydrocephalus, *Id.*, août 1919, vol. LXX, n° 1; — Diagnosis and treatment of hydrocephalus resulting from strictures of the aqueduc of Sylvius, *Surg. and gyn.*, 1920, t. XXXI, p. 340; — The cause of so-called idiopathie hydrocephalus, *Johns Hopk. hosp. Bull.*, 1er mars 1921, t. XXXII, n° 361; — The space compensating fonction of the cerebro-spinal fluid, *Johns Hopk. hosp. Bull.*, août 1923, t. XXXIV, p. 245.

DANDY et BLACFAN. Internal hydrocephalus, *Journ. amer. med. Assoc.*, 20 déc. 1913, t. LXI, et *Amer. Journ. dis. Children*, 1914, t. VIII, p. 406.

DARMAILLAC. Contribution à l'étude des hydrocéphalies acquises du nourrisson, *Th. de Bordeaux*, 1921-1922, n° 25.

DAVIS. Etude physio-pathologique des plexus choroïdes et relation d'un cas d'hypertrophie villeuse de ces plexus, *Journ. of med. Res.*, 1924, vol. XLIV, n° 5, p. 551.

DIRKSEN. Etude sur la composition chimique et la concentration moléculaire du liquide céphalo-rachidien, *Th. de Paris*, 1900-1901, n° 460.

DIXON et HALLIBURTON. The action of choroid plexuses on the secretion of the cerebro-spinal fluid, *Journ. of physiol.*, 1910, vol. XL.

DOPTER. L'épendymite méningococcique, *Gaz. des hôpit.*, 1920, nos 23 et 26; — *L'Infection méningococcique*, Baillière, 1921; — *La Sérothérapie de la méningite cérébro-spinale.* (*Les progrès récents de la thérapie anti-infectieuse*), Baillière, 1926, p. 165.

DUCROT et GAUTRELET. Le liquide céphalo-rachidien au cours de l'ictère expérimental, *Soc. de biol.*, 17 janv. 1905.

DUSTIN. A propos des fonctions des plexus choroïdes, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1920, t. I, p. 304.

ELMANN. The granulations of the spinal arachnoid with considerations on the cerebrospinal fluid, *Johns Hopk. hosp. Bull.*, mars 1923, t. XXXIV, n° 385, p. 99.

EMBERGER. Les mitochondries sont-elles des catalyseurs? *Bull. d'histol. appliquée*, 1925, t. II, p. 369.

ENGEL. Ueber die Sekretionserscheinungen in den Zellen der Plexus choroidei des Menschen, *Arch. f. Zellf.*, Leipzig 1909, Bd II.

FAIVRE. Le rôle des plexus choroïdes, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 28 août 1853.

FINDLAY. The choroid plexus of the lateral ventricules of the brain, *Brain*, 1897, t. XXII, p. 161-203.

FEATHER. A study of the hemosiderin content of the choroid plexus, *Amer. Journ. of anat.*, 1923, Bd XXXII, n° 2, p. 125-146.

FLEXNER. Experimental cerebro-spinal meningitis, *Journ. experim. med.*, 1907, t. IX, p. 142.

FONTECILLA et SPULVECHA. *Le Liquide céphalo-rachidien*, Paris 1921, Maloine.

FRANCINI. Structure et fonctions des plexus choroïdes, *Arch. ital. de biol.*, 1907, t. LII, p. 352.

FRANK, GOERTZ et KRZYZANOWSKI. La pathogénie de l'urémie, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, t. I, p. 305.

FRAZIER et PEET. The action of glandular extracts on the secretion of cerebrospinal fluid, *Amer. Journ. of physiol.*, 1915, t. XXXVI, p. 464; — The factors of secretion and circulation of cerebro-spinal fluid, *Id.*, 1er oct. 1914, p. 268.

GALEOTTI. Studio morfologico e citologico della volta del diencefalo, *Riv. di pathol. nerv.*, 1897, t. II, f. 2, p. 480-517.

GAUJOUX. Un cas d'hydrocéphalie, *Gaz. des hôpit. de Toulouse*, 1908, p. 65.

GIROUD. Polarité cellulaire et appareil de Golgi, *Bull. d'histol. appliquée*, avril 1928, t. V, n° 4, p. 146.

GOLDMANN. Vitalfarrungam zentral Nervensystem. Beitrag zur physio-pathologie des Plexus choroideus und der Hirnhäute. Abhandlungen des König. preuss, *Akad. der Wissench.*, Berlin 1913.

GRYNFELTT. Les plexus choroïdes chez les blessés de guerre, *Montpellier méd.*, 1918, p. 208-218.

GRYNFELTT et EUZIÈRE. Recherches histologiques sur les cellules épithéliales des plexus choroïdes, *C. R. de l'Assoc. des anat.*, IVe Réunion, Rennes 1912, p. 64; — L'épithélium des toiles choroïdiennes et l'excrétion du liquide céphalo-rachidien chez le scyllium, *Id.*, 1913, p. 101; — Recherches expérimentales sur les phénomènes cytologiques de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1919, t. II, p. 1276; — Histo-physiologie des plexus choroïdes, *Revue méd.-thérap.*, avril 1914; — Etudes cytologiques sur l'élaboration du liquide céphalo-rachidien dans les cellules des plexus choroïdes du cheval, *Bull. de l'Acad. des sciences*, Montpellier, 15 avril 1912.

GUILLAIN. La circulation lymphatique dans la moelle épinière, *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1899.

HAECKEL. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Plexus choroidei, *Virch. Arch.*, 1859.

HALLIBURTON. Possible functions of cerebro-spinal fluid, *Brain*, oct. 1916, t. XXXIX.

HAMMOND, SHARPE et SMITH. Traitement de la paralysie générale par des injections de salvarsan dans les ventricules latéraux, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1917, t. II, n° 1, p. 237.

HARVEN (DE). Influence des traumatismes sur la structure des plexus choroïdes, *Travaux de l'ambulance de l'Océan*, déc. 1917, t. I, f. 2.

HASHIGUHL. Recherches expérimentales sur l'hydrocéphalie traumatique, *Arb. an der neurol.*, Inst. a. d. Wiener Univer., 1927, vol. XXXIX, p. 109.

HANSHALTER et THIRY. Etude sur l'hydrocéphalie, *Revue de méd.*, 1897, t. XVII, p. 624.

HILDEBRAND. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd CXXVII.

HILL. *Physiology and pathology of cerebral circulation*, London 1895.

HILTON. In DANDY.

HIRSCH-TABOR. Expérimentation sur la sécrétion du liquide céphalo-rachidien, *Münch. med. Woch.*, 1927, Bd LII, p. 709.

HNEVKOSKY. Communications de l'espace arachnoïdien avec les vaisseaux lymphatiques chez le rat, *C. R. de l'Assoc. des anatomistes*, XXIIIe Réunion, Prague 1928.

HUGSON. Embryogenis of human cerebro-spinal fluid, *Arch. of neurol. and psych.*, 1925, t. XIV, n° 1, p. 240.

HWOROSTUCHIN. Zur Frage über den Bau des Plexus chorioideus, *Arch. f. mikros. anat.*, 1911, Bd LXXVII, p. 232.

JACOB. Dural infusion, *Berl. klin. Woch.*, 1898, nos 21 et 22.

JACKSON. The circulation of the cerebro-spinal fluid, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1922, t. LXXIX, p. 1394-1398.

JODIN. Recherches historiques sur le liquide céphalo-rachidien. In MAGENDIE. Loc. cit. et *Th. de Paris*, 1832.

JUMENTIÉ. Oblitération du IVe ventricule, *Soc. de neurol.*, 28 fév. 1924.

KAFKA. Untersuchungen zur Frage der Funktion der Cerebrospinal Flüssigkeit, *Zeit. f. die ges. Neurol.*, 1912, Bd XIII, p. 132; 1913, Bd XV, p. 483.

KAWAMURA. *Die Cholesterinesterverfettung*, Fischer, Iéna 1911.

KEEGAN. A comparative study of the roof of the fourth ventricule, *Anat. Record*, Bd XI, p. 379.

KEY et RETRIUS. *Anatomie des Nervensystems und des Bindesgewebe*, Stockholm 1876.

KITABAYASHI. Die plexus choroidei bei organischen Hirnkrankheiten und bei der Schizophrenie, *Sweiz. Arch. f. Neurol. und Psych.*, 1920, vol. VII, f. 1 et 2.

KLEPACKI. Les foyers métastatiques dans les plexus choroïdes comme point de départ des ventriculites et méningites méningococciques, *Presse méd.*, 28 août 1928, p. 1097.

KNAPP. Traitement de la paralysie générale par sérum salvarsanisé intraventriculaire, *Boston med. and surg. Journ.*, 1916, p. 24.

KÖLLIKER. *Handbuch der Gewebelehre des Menschen*, Leipzig 1893.

KRAMER. The circulation of cerebro-spinal fluid, *New-York med. Journ.*, mars 1912, Bd XLV; — On the fonction of the choroid gland, *Brains*, 1911-1912, vol. XXXIV.

LABORDE. Recherche sur la physiologie des plexus choroïdes et de la lepto-méninge, *Th. de Toulouse*, 1924-1925.

LAFORA. Traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse, *Revue neurol.*, août 1919.

LÖWRN. Ueber Operationen an den Plexuse Choroidei der Seitenventrikel, *Bun's Beitr. zur klin. Chir.*, 1922, f. 1, Bd LXXV, p. 1.

LE FÈVRE DE ARRIC et MILLET. La perméabilisation vasculo-méningée au virus sous l'action de certains colorants, *Soc. de biol.*, 8 janv. 1927.

LEWANDOWSKY. Zur Lehre von der Cerebrospinalflüssigkeit, *Zeit. f. klin. Med.*, 1900, Bd XL, p. 480.

LEWKOWICZ. Existe-t-il une méningite à méningocoques à foyer autonome et demande-t-elle une thérapeutique locale spéciale? *Polska Gazeta lekarska*, 5 juillet 1925, t. IV, n° 27; — *Presse méd.*, 8 août 1925; — Conférence faite à la Faculté de Nancy; — *Arch. de méd. des enf.*, 1921, nos 6 et 7.

LHERMITTE. L'ablation complète de l'hémisphère droit chez l'homme, *Encéphale*, avril 1928.

LOEPER. Sur quelques points de l'histologie normale et pathologique des plexus choroïdes de l'homme, *Arch. de méd. experim.*, 1904, t. XVI, p. 473.

LUSCHKA. *Die Adergeflechte des mensches Gehirns*, Berlin 1855.

MAGENDIE. *Recherches sur le liquide céphalo-rachidien ou cérébro-spinal*, Paris 1842.

MARBURG. Versuch einer nicht operativen Beienflussung Hirundruchteigernderprozesse, *Wien. klin. Woch.*, 1924, n° 40.

MARC SÉE. Sur les communications des cavités ventriculaires avec les espaces sous-arachnoïdiens, *Revue mensuelle*, 1878, t. II, et 1879, t. III.

MARINESCO. Traitement intrarachidien des affections parasyphilitiques, *Presse méd.*, 31 janv. 1925.

MATZDORE. Eine diffuse Geschwults der Weichen Hirnhaute, *Zeit. f. d. Gas. Neurol.*, 1923, Bd LXXXVI, p. 333.

MEEK. A study of the choroid plexus, *Journ. of comp. neurol. and Psych.*, 1907, t. XVII, n° 3, p. 286.

MENNINGER. The cerebro-spinal fluid, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1924, t. LX, n° 2, p. 144.

MERLE. Etude sur les épendymites cérébrales, *Th. de Paris*, 1910.

MESTREZAT. Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, *Th. de Montpellier*, 1911; — Le liquide céphalo-rachidien et les milieux neuroprotecteurs, *C. R. du XIIe Congrès intern. de physiol.*, Stockholm 1926; — Le liquide céphalo-rachidien milieu intérieur de l'organisme, *Soc. de neurol.*, 6 janv. 1927; — L'origine du liquide céphalo-rachidien, *Revue neurol.*, mars 1927, p. 330; — Quelques acquisitions récentes sur la physiopathologie du liquide céphalo-rachidien, *La Médecine*, sept. 1921.

MESTREZAT et LEDERT. Sur la composition des dialysats équilibrés in vivo, *Soc. de biol.*, 18 juin 1921; — Le rôle compensateur des chlorures dans les dialysats du sérum équilibré in vitro, *Soc. de biol.*, 18 juin 1921.

MILIAN. *Le Liquide céphalo-rachidien*, Paris 1904, Steinheil.

MOROWOKA. Examen microscopique des plexus choroïdes dans diverses formes de maladies mentales, *Journ. of the med. Facult. of med. Kynsku Univ.*, vol. VIII, nos 1 et 2.

MOTT. The cerebro-spinal fluid, *Lancet*, 2 et 9 juillet 1910, vol. II.

MONAKOW (VON). Der Kreislauf des Liquor cerebro-spinalis, *Schw. Arch. f. Neurol. und Psych.*, 1921, vol. VII, f. 2, p. 233.

NOËL et MANGENOT. Les fonctions élaboratrices du chondriome, *Bull. d'histol. appliquée*, 1925, t. II, *p.* 302.

ORZECHOWSKI et MITKUS. Tumeur intraventriculaire, *Revue neurol.*, juillet 1923.

PAGÈS. La barrière hémō-méningée, *La Science méd. prat.*, 15 mars 1930, n° 6.

PAGNIEZ. Quelques points de la physio-pathologie du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 8 déc. 1926, n° 98.

PAPILIAN et STANESCU-JIPPA. Recherches expérimentales sur la circulation du liquide céphalo-rachidien, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, t. II, p. 1465; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, oct. 1925, t. XXIII, n° 4, p. 769.

PARAT et PAINLEVÉ. Mise en évidence du vacuome et du chondriome par les colorations vitales, *Bull. d'histologie appliquée*, 1925, t. II, n° 2, p. 33.

PARKES WEBER. Hydrocéphalie interne de l'adulte. Considérations sur sa pathologie, *Brain*, 1902, p. 140.

PEDRAZZINI. L'origine et la résorption du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 9 mars 1929, n° 20.

PETTIT et GIRARD. Sur la fonction sécrétoire et la morphologie des plexus choroïdes des ventricules latéraux, *Arch. d'anat. microscopique*, 1902-1903, t. V, p. 213; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 27 juillet 1901 et 16 juin 1902.

REINER et SCHNITZLER. Ueber die Adflusswege des Liquor cerebrospinalis, *Centralbl. f. Physiol.*, 1894, Bd VIII, p. 684.

REYMOND. Contribution à l'étude des hydrocéphalies inflammatoires, *Th. de Lyon*, 1913-1914.

RIQUIER. In RISER et SOREL. Loc. cit.

RIQUIER et FERRARO. The circulation of the cerebro-spinal fluid, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, déc. 1926, vol. LXIV, n° 6 (très importante bibliographie); — L'origine du liquide céphalo-rachidien, *Revue neurol.*, 1927, n° 1.

RISER et SOREL. L'origine du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 5 sept. 1928.

ROLLET, FROMENT et COLRAT. Radiothérapie et tumeurs cérébrales, *Soc. de neurol.*, 4 juillet 1928.

SALOMON, THOMPSON et PFEIFFER. La circulation de la phénol-sulfone-phtaléine dans le système nerveux, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1922, Bd LXXX, p. 1014.

SANDOZ. Un cas d'hydrocéphalie, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886, p. 713-735.

SCHMORE. Cerebrospinalfluid und Ventrikulflüssigkeit, *Centrabl. f. allg. Pathol.*, 1910, t. XXI, p. 459.

SGALITZER. Neue Erkenntnisse auf dem Gebiete der Roentgenstrahlenwirkung bei Hirntumoren, *Strahlentherap.*, 1926, Bd XX, p. 701.

SCHARPE. Traitement de la paralysie générale par injections intraventriculaires de salvarsan, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1915, t. II, p. 214.

SICARD. Les injections sous-arachnoïdiennes et le liquide céphalo-rachidien, *Th. de Paris*, 1899-1900; — *Le Liquide céphalo-rachidien*, 1902, Masson: in *Traité de médecine* Roger, Widal et Tessier, 1928, t. XVIII, p. 765; — Méningococcie. Acquisitions et discussions récentes, *Monde méd.*, 1er déc. 1928, t. XXXVIII, p. 739; — Discussion de la *Soc. de neurol.*, 6 janv, 1927.

SICARD et BROCQ. Variations rachidiennes de la lymphocytose chez les tabétiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 juillet 1911.

SICARD et CESTAN. Etude sur la traversée méningo-radiculaire au niveau du trou de conjugaison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, t. XX, p. 715.

SIENGALEWICZ. Les réactions des plexus choroïdes et du liquide céphalo-rachidien sous l'influence d'intoxications aiguës, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, t. I, p. 304.

SIEDAMGROTZKY. Beeinflussung der Produktion des Ventrikel-Liquor durch Röntgenbestrahlung des Plexuschoroid, *Arch. f. klin. Chir.*, 1927, Bd CXLV, p. 122.

SKOOG et MENNINGER. Traitement et étude de douze cas de neuro-syphilis traités par des injections intraventriculaires de sérum salvarsonisé, *Journ. of ment. and nerv. dis.*, 1919, Bd L, p. 144.

SPILER. International hydrocephalus, *Amer. Journ. med. Assoc.*, 1902, p. 44.

SPINA. Untersuchungen über die Resorbtion des Liquor bei normalem und erbortem Druck, *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1901, Bd LXXXIII, p. 120, et 1900, Bd LXXX, p. 370.

STARLING. *Human Physiology*, Philadelphie 1926, p. 376.

STEPLENENU-HORBATSKY. Nouvelles recherches sur la circulation du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 28 avril 1920.

STERN. Le liquide céphalo-rachidien et la circulation sanguine, *Revue neurol.*, 1922, p. 1279; — *Schw. Arch. f. Neurol.*, 1921, Bd VIII, f. 2, p. 215.

STERN et GAUTHIER. Rapports entre le liquide céphalo-rachidien des espaces ventriculaires et des espaces sous-arachnoïdiens, *Arch. intern. de physiol.*, 1922-1923, t. XX, f. 4, 31 mars 1923, p. 403; — Rapports entre le liquide céphalo-rachidien et les éléments nerveux de l'axe cérébro-spinal, *Id.*, 1921-1922, t. XVII, p. 391.

STEWART. Cerebrospinal fluid, *Journ. of neurol.*, 1922.

STUDNICKA. Untersuchungen über den Bau des Ependyms der nervösen Centralorgane, *Anat. Record*, 1900, f. 48, p. 303-431.

SUNDWALL. The choroid plexus with special references to interstitial granular cels, *Anat. Record*, 20 mars 1917, Bd XII.

TASSITCH. Tumeurs cérébrales et radiothérapie, *Th. de Lyon*, 1925-1926, p. 237.

THOMAS. Experimental hydrocephalus, *Journ. of experim. med.*, 1914, t. XIX, p. 106.

TROCHINE. Anatomie pathologique de l'hydrocéphalie interne, *Revue russe de psych., de neurol. et de psychol. expérim.*, 1902, nos 5 et 6, p. 349 et p. 416.

TUPA. Recherches sur les processus cytologiques dans la glande sous-maxillaire du rat, *Bull. d'histol. appliquée*, 1926, t. III, p. 293.

TURCHINI. Appareil de Golgi et polarité glandulaire, *Bull. d'histol. appliquée*, 1927, t. IV, p. 10.

VALENTIN. *Nova acta physio-medica*, 1836.

WALTER. Zur Frage der Liquorströmung und der Homogenitat des Liquor cerebrospinalis, *Münch. med. Woch.*, 21 oct. 1921, p. 1352; — Who entsteht der Liquor cerebrospinalis, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 6 mars 1926, Bd XD, h. 4.

WATRIN. Modifications fonctionnelles des cellules des plexus choroïdes, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, t. II, p. 529.

WEED. Studies an cerebro-spinal fluid, *Journ. of med. Res.*, 1914, v. XXXI, p. 1-119; — The formation of the cranial sub-arachnoïd spaces, *Anat. Record*, 1916, vol. X, p. 475; — Anatomical consideration of the cerebro-spinal fluid, *Anat. Record*, 20 mai 1917, vol. XII, n° 14; — Sur l'infection expérimentale des méninges par des germes contenus dans le sang circulant, *Arch. de méd. belges*, janv. 1920, t. LXXIII, n° 1; — The cerebro-spinal fluid, *Physiological Reviews*, 1922, vol. II; — The absorption of cerebrospinal fluid into the venous system, *Amer. Journ. of anat.*, janv. 1923, vol. XXXI; — The effect of hypotonic solution upon the cell morphology of the choroid plexus and central nervous system, *Amer. Journ. of anat.*, sept 1923, n° 2, vol. XXXII, p. 253; — The developpement of the cerebrospinal spaces in pig and in man, *Contrib. to Embryology*, n° 14, Carnegie Institution of Washington Office, 1919.

WEED et CUSHING. The effect of pituitary extract upon the secretion of cerebro-spinal fluid, *Amer. Journ. of phys.*, 1er janv. 1914, vol. XXXVI, n° 2, p. 77.

WEED et HUGHSON. Intracarnial venous pressure and cerebro-spinal fluid pressure, *Amer. Journ. of physiol.*, 1921-1922, t. LVIII, p. 101; — Systematic effects of the intravenous injection of solutions of various concentrations, *Amer. Journ. of physiol.*, 1921-1922, t. LVIII, p. 53.

WEED et MAC KIBBEN. Pressure changes in the cerebrospinal fluid, *Amer. Journ. of physiol.*, 1919, t. XLVIII, p. 512; — Experimental alteration of brain bulk, *Amer. Journ. of physiol.*, 1919, t. LVIII, p. 531.

WEIGELDT. *Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis*, Iéna 1923, Fischer; — Die Zusammensetzung des Liquors, *Münch. med. Woch.*, 1921, Bd LXV, p. 838.

WERTHEIMER. Données actuelles sur la physiologie du liquide céphalo-rachidien, *Gaz. des hôpit.*, 1920, nos 88 et 90; — Comment on peut modifier la pression du liquide céphalo-rachidien, *Revue de chir.*, 1922, t. LX, p. 570.

WILLIS. *Anatome cerebri*, 1664.

WISLOCKI et PUTNAM. Absorption from the ventricules in experimentally produced hydrocephalus, *Amer. Journ. of anat.*, 1921, vol. XXIX.

YOSHIMURA. Das histochemische Verhalten der menschlichen Plexus choroideus, *Arb. aus dem Neurol.*, Institut der Wiener Univer., 1910, Bd XVIII.

ZIEGLER. Ueber die Mechanik des normalen und pathologischen Hirndruckes, *Arch. f. klin. Chir.*, 1896, Bd LIII, p. 75.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1930)

Pancréatite hémorragique. — M. L. PLAZY (de Toulon) rapporte un cas foudroyant de pancréatique hémorragique survenu au cours d'une pancréatique scléreuse d'origine syphilitique. Cinq heures seulement se sont écoulées entre le début des accidents et la mort. A l'autopsie on n'a pas constaté de cytostéatose nécrose au niveau des organes abdominaux autres que le pancréas.

Deux cas de thrombo-phébite des vaisseaux mésentériques. — MM. DARGEIN et PLAZY (de Toulon) rapportent deux cas qui ont été vérifiés par les constatations faites au cours d'une laparotomie et la première l'a été également par l'autopsie. Dans la deuxième on a pu incriminer une anémie pernicieuse.

Un cas de Aïnhum chez un Européen. — M. AUBRY (d'Alger).

Syndrome granulocytaire et septicémie à méningocoques chez un enfant de dix ans. — MM. RAILLIET et GINSBOURG (de Reims).

L'autonomie du rhumatisme articulaire aigu. — M. LOEPER conclut d'une série de recherches faites à l'aide d'intradermoréaction, qu'il existe des types de rhumatisme articulaire aigu entièrement comparables cliniquement à la maladie de Bouillaud qui sont dus à des agents microbiens autres que l'agent inconnu du rhumatisme articulaire aigu classique.

Hypotension artérielle permanente et troubles neurovégétatifs. Etude du syndrome humoral. — MM. ACHARD, BARIÉTY et A. CODOUNIS relatent l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans présentant cliniquement un syndrome typique d'hypotension artérielle avec asthénie, acrocyanose, céphalées, troubles dyspeptiques et aménorrhée.

Dans le sérum sanguin le calcium était très légèrement augmenté, le potassium normal, le sodium diminué, le chlore un peu augmenté. Les graisses étaient à leur taux habituel, le cholestérol un peu diminué; la glycémie était normale.

Sur un nouveau cas de dystrophie myotonique. — MM. ACHARD, BARIÉTY et DESBUQUOIS relatent l'observation d'un homme de quarante et un ans présentant typiquement la triade symptomatique de la dystrophie myotonique : myopathie avec amyotrophie distale, myotonie débordant sur l'amyotrophie, syndrome dystrophique (calvitie, cataracte, atrophie testiculaire). Un signe de Chvosteck des plus nets signait l'insuffisance parathyroïdienne encore que la calcémie ne fût pas diminuée.

Remarques sur certains troubles du rythme cardiaque dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. A. CLERC et S. VIALLARD ont étudié plus spécialement la bradycardie, l'allongement de l'espace PR (auriculo-ventriculaire) et les anomalies des complexes ventriculaires en utilisant leur statistique personnelle comprenant 63 malades, suivis au jour le jour. La bradycardie se présente dans 38 p. 100 des cas, affecte le type sinusal, reste modérée. L'allongement de l'espace PR était présent dans 39 p. 100 de sujets (0"24 à 0"36 au lieu de 0"14 à 0"18) le phénomène offre peu de tendance à se transformer en dissociation véritable.

Mécanisme de la syncope. — MM. LAUBRY et TZANCK montrent combien leur conception s'éloigne des données classiques. Les auteurs apportent en effet un certain nombre de données positives relativement à l'importance des mécanismes assurant le retour de sang vers le cœur, mécanismes sur lesquels les auteurs auront l'occasion de revenir relativement à l'étude de l'hypertension et de l'hypotension artérielle.

L'œdème aigu du poumon de cause neurotonique. — M. DOUMER (de Lille) à propos d'un cas, pense que cette forme neurotonique est exceptionnelle. Mais cette éventualité permet de penser que lorsque l'œdème est un phénomène réflexe et le résultat d'une réaction neurotonique secondaire déterminée par la distension du ventricule gauche ou des lésions d'aortite, il dépend pour une part du tempérament neurotonique du sujet qui peut en favoriser ou en gêner le développement.

La gono-réaction, son application au diagnostic de rhumatismes subaigus et chroniques. — MM. A. LERI, URBAIN, LIÈVRE et J. WEILL montrent l'intérêt de la gono-réaction (réaction de déviation de complément, en présence d'un antigène gonococcique) dans le diagnostic de rhumatismes subaigus et chroniques, où il est souvent difficile d'affirmer le rôle d'une infection génitale ancienne.

La médication radio-active (thorium X) dans le traitement de la spondylose rhizomélique (à propos de 24 cas). — MM. A. LERI et LIÈVRE considèrent que ce traitement donne des résultats nettement supérieurs aux autres procédés, mais peut être utilement complété par eux.

Etude chimique du sang dans un cas d'amylose rénale. — MM. BRULÉ, LAUDAT, LENÈGRE et BARBATI dans un cas d'amylose rénale, ont noté par l'examen chimique du sang une diminution des protides et une forte inversion du rapport sérine-globuline avec non seulement diminution de la sérine, mais encore augmentation de la globuline, ce qui est plus rare. Par contre, le chiffre des lipides et du cholestérol était non pas augmenté mais diminué.

La classification des ictères et la réaction au ferricyanure de potassium. — MM. N. FIESSINGER et Ph. DECOURT après avoir fixé l'état actuel de conception au sujet des ictères, résument les travaux récents du professeur Brugsch sur la distinction des ictères « rubin », « flavin », « verdin », « mélass » et montrent l'importance donnée par l'école de Halle à la réaction cutanée au ferricyanure de K, qui, décelant une couleur bleue dans l'ictère « rubin », permettrait de déceler du fer à deux valences produit de l'hémolyse globulaire.

En s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux les auteurs démontrent que la réaction au ferricyanure est due simplement à la bilirubinodermie qui traduit le taux de la bilirubinémie (de 7 à 8 milligrammes pour 100). Au-dessous de ce taux (subictères hépatiques, ictères hémolytiques) la réaction est toujours négative. Elle ne devient positive qu'audessus de ce taux dans les ictères par obstruction et ceux par hépatites.

Anémie hémolytique aiguë. — MM. Noël FIESSINGER, Ph. DECOURT et C.-M. LAUR rapportent l'observation d'une femme de quarante-quatre ans atteinte d'une anémie aiguë fébrile qui s'accompagna d'un léger subictère urobilinique, d'une splénomégalie et de tous les signes hématologiques d'une hémolyse, présence en grand nombre d'hématies granuleuses ou réticulocytes, diminution de la résistance des hématies déplasmatisées, etc. Cette anémie guérit rapidement sous l'influence de la cure de foie de veau, mais il persista après la disparition de l'anémie une très légère splénomégalie.

Coma diabétique insulino-résistant. — MM. RATHERY et SIGWALD rapportent un cas de coma diabétique typique dans lequel malgré un traitement insulinique intensif l'hyperglycémie ne disparut pas (11 grammes) et la mort se produisit.

Les caractéristiques morphologiques de terrain allergique dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Rist, Doubrow et R. Froment.

Gangrène pulmonaire et dilatation bronchique. — M. Costedoat relate l'observation d'un malade chez qui, six jours après une gastro-entéro-anastomose pour ulcus duodénal, apparurent des signes de congestion pulmonaire de la base droite avec expectoration fétide. Il s'agissait d'une dilatation bronchique qui ne s'était manifestée jusque là que par un peu de toux et une expectoration et qui s'infecta à ce moment.

Quatre mois plus tard, une embolie émanée de cette dilatation infectée détermina dans le poumon opposé une gangrène mortelle en deux semaines.

Les dérivés acridiniques peuvent-ils sensibiliser l'organisme aux produits radioactifs? Cure accélérée de quelques déterminations gonococciques. — MM. Jansion, Pecker et Hydronimus.

Ictère par hépatite au cours de la lithiase vésiculaire. — MM. Harvier et Caroli rapportent un cas de colique calculeuse ayant présenté au cours de son évolution un ictère franc par rétention, variable, fébrile, accompagné de crises de coliques hépatiques ayant évolué pendant quatre mois. Une première intervention permit l'ablation d'une vésicule bourrée de calculs. Une rechute de l'ictère fit penser à une obstruction de la voie principale. Une deuxième intervention suivie de mort et une vérification anatomique précoce montrèrent que la voie principale était libre. Les auteurs rattachent les lésions du foie à une hépatite qui accompagne presque constamment les cholécystites lithiasiques et ils étudient la sémiologie des ictères chirurgicaux.

Recherches expérimentales sur la maladie de Hodgkin. — M. Loeper.

Syndrome hémorragique terminal d'une leucémie myéloïde. — M. Costedoat.

Angeiopter de Walter à monocommande rapide. (*Présentation d'appareil.*) — M. N. Fiessinger.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 4 avril 1930)

Radiologie des anomalies du côlon. — M. Aubourg montre la fréquence des microcôlons de voisinage lorsqu'il y a mégacôlon ou dolichocôlon. Il insiste sur la nécessité de les rechercher radiologiquement, car leur existence peut influer sur le choix du procédé opératoire.

Un cas d'éléphantiasis pénien. — M. F. Rousseau fait un rapport sur une observation de M. Francis Clément (de la Guadeloupe), concernant un volumineux éléphantiasis pénien qui a nécessité l'amputation de la verge. La masse pesait 2kg800.

Cancer du rectum opéré par voie abdomino-périnéale. Mort dix ans après par abcès péritonéal. — M. Victor-Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Butler d'Ormond (d'Amiens). Il insiste sur le fait que l'abcès ouvert dans le péritoine avait pour origine le moignon de ligature de la mésentérique inférieure qui avait été lié avec de la soie. Les ligatures doivent être faites avec du catgut.

Colibacillose et appendicectomie systématique. — M. J. Mock pense qu'une des bases du traitement de la colibacillose est l'appendicectomie. Elle guérit parfois à elle seule et améliore souvent.

Occlusion intestinale par mésentérite rétractile juxtacæcale consécutive à une appendicite chronique. — M. P. Barbet a opéré d'occlusion un malade chez lequel il a trouvé au voisinage du cæcum, l'iléon aplati par une mésentérite. L'appendice rétro-cæcal, scléreux et adhérent semblait être la cause de ces lésions.

Un cas d'hypérazotémie aiguë par chloropénie (phénomène de Blum). — M. Iselin communique l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans, porteur d'un néoplasme gastrique et chez lequel sont apparus des symptômes péritonéaux graves et de l'anurie dus à une hypérazotémie par chloropénie (phénomène de Blum). Des injections intra-veineuses de chlorure de sodium à 20 p. 100 ont amené la guérison.

La bifurcation associée à la butée dans le traitement des vieilles luxations congénitales de la hanche négligées dans l'enfance et devenues douloureuses. — M. R. Massart associe la butée au-dessus de la tête du fémur, à la bifurcation pour donner un appui permettant la marche, lorsque les luxations sont devenues douloureuses.

Colo-urétérostomie : procédé rapide. — M. Victor-Pauchet décrit un procédé facile et rapide, pour aboucher dans le côlon l'uretère quand celui-ci a été sectionné accidentellement.

Projectile du hile du poumon. — M. Petit de la Villéon présente un blessé chez lequel il a enlevé, il y a quatorze ans, deux projectiles intra-pulmonaires, dont l'un situé en pleine région hilaire. Celui-ci a été extrait par le procédé qui lui est personnel : thoraco-pneumotomie postérieure, dans le losange omo-vertébral. Ce blessé a parfaitement guéri et a pu devenir depuis champion du saut en hauteur.

Cubitus valgus avec coude ballant consécutif à une fracture ancienne du condyle huméral. Traitement chirurgical. — MM. C. Roederer et R. Massart ont fait une réfection capsulaire externe chez un blessé dont la fracture avait arraché les insertions humérales des muscles et des ligaments externes du coude.

(séance du 2 mai 1930)

Ablation d'un volumineux pyosalpinx chez une femme présentant un utérus double. — M. Haller fait un rapport sur une observation de M. Bretegnier (de Paris) pour un syndrome de grossesse ectopique gauche; l'auteur est intervenu par laparotomie, il a trouvé un énorme pyosalpinx dont l'ablation fut laborieuse et nécessita une hystérectomie subtotale de l'utérus correspondant.

Ecchondrose de l'humérus du type de l'ostéite fibreuse. — M. Muller a observé chez une petite fille de cinq ans une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus qui, sur un cliché radiographique, donnait l'aspect d'un kyste osseux. La tumeur extirpée et examinée par le professeur Hoche (de Nancy) s'est révélée comme une ecchondrose. Ce cas rappelle un cas analogue de M. Nové-Josserand publié dans la *Revue d'orthopédie*. M. Muller pense qu'il s'agit là d'une lésion traumatique.

La fièvre chronique. Symptôme d'épiploïte. — MM. Victor-Pauchet, A. Bécart et H. Gaehlinger montrent que dans l'épiploïte chronique on rencontre souvent de la fièvre accompagnée de douleur péri-ombilicale et de troubles intestinaux. Parfois la fièvre est le seul signe : elle est continue, régulière, dépasse rarement 38°2. Les auteurs communiquent quatre observations où une intervention a fait tomber la température lorsque toutes les thérapeutiques antérieures avaient échoué. Ils discutent le diagnostic et passent en

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

ACCÉLÉRATION DE LA RELATION DE NUIT BARCELONE-NARBONNE-PARIS, via SÈTE.— La relation rapide de toutes classes Barcelone-Paris via Sète est notablement accélérée, ce qui a permis d'avancer sensiblement l'heure d'arrivée à Paris. Rappelons que cette relation comporte une voiture directe (1re et 2e classes) Cerbère-Paris, des voitures de toutes classes ainsi qu'un wagon-lits de 1re et 2e classes Narbonne-Paris, ainsi qu'un wagon restaurant de Sète à Lyon-Perrache.

Départ de Barcelone 8 h. 49 (heure espagnole), de Cerbère 13 h. 40, de Narbonne 16 h. 11, de Béziers 16 h. 52, de Sète 18 h. 08, de Montpellier 18 h. 41, de Nîmes 19 h. 39.

Arrivée à Lyon-Perrache 0 h, 15, à Paris 8 h. 06.

revue les diverses affections capables de déterminer une fièvre chronique (tuberculose, paludisme et syphilis, troubles endocriniens, endocardite lente, infection colibacillaire avec colibacillurie, appendicite, etc.).

Le ptosis congénital et son traitement. — M. BOURGUET, après avoir donné la définition du ptosis congénital consistant en une impossibilité de relever la paupière paralysée, montre quels sont les traitements employés pour corriger cette affection qui est non seulement choquante au point de vue esthétique, mais encore prive le malade d'une bonne vision : une partie ou la totalité des rayons lumineux ne pouvant pénétrer dans le globe oculaire. L'auteur, après avoir fait la critique des divers procédés se rallie à celui de Nida : ce procédé consiste à détacher du bord supérieur du tarse une languette muco-cartilagineuse que l'on fait passer sous le tendon du muscle droit supérieur. Il présente une malade opérée par cette méthode avec un bon résultat.

Un cas de maladie de Kümmel-Verneuil. — M. BRESSOT (de Constantine) a traité en novembre 1927, un adulte de vingt-cinq ans, pour une fracture du corps et de la lame gauche de la IIIe vertèbre lombaire. Au bout de deux mois le malade quittait l'hôpital guéri. Il revint en octobre 1929 souffrant de la région lombaire et présentant une cypho-scoliose lombaire avec saillie de L 3. Une radiographie faite montre un aplatissement qui fait penser au syndrome de Kümmel-Verneuil.

LIVRES NOUVEAUX

Les Phénomènes de répercussivité. Système sympathique. Système cérébro-spinal. Les spasmes vasculaires. Epilepsie. Asthme, par le docteur André THOMAS, médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

Dans tout organisme les diverses fonctions sont solidaires les unes des autres et unies entre elles par des enchaînements biologiques qui assurent leur régularité et leur harmonie. tout désordre survenu dans l'une d'elles devient le point de départ de répercussions fâcheuses qui s'exercent dans des sens différents. Ou bien c'est l'organe malade dont le déséquilibre retentit sur le fonctionnement des autres organes; ou bien il subit sous forme de réactions excessives quelques-unes des fluctuations physiologiques qui se produisent à distance dans un organe apparemment sain. Le retentissement de l'organe malade sur les autres organes est connu sous le nom de sympathie.

Lorsque c'est sur l'organe malade que se répercute l'activité physiologique d'autres viscères par l'intermédiaire du système nerveux on peut réserver à cette susceptibilité spéciale le nom de répercussivité.

Parmi les phénomènes morbides que M. André Thomas passe en revue au cours de cette étude et qu'il considère comme susceptibles d'être attribués à la répercussivité, il convient de distinguer deux groupes : un premier groupe pour lequel la preuve semble définitivement établie, ce sont les surréflectivités sympathiques du tégument (réflexe pilomoteur, réflexe sudoral, réflexes vaso-moteurs), bien que ces derniers soient déjà d'une interprétation plus complexe, certains réflexes cérébrospinaux, cinésies ou contraction des muscles striés; un deuxième groupe qui comprend divers accidents pathologiques dont les conditions d'apparition rappellent celles du premier groupe : épilepsie, migraine, angine de poitrine, asthme, etc.; leurs relations avec la répercussivité sont moins patentes; elles sont, pour la plupart de ces accidents, plutôt déduites par analogie des phénomènes du premier groupe.

Une propriété reste commune aux phénomènes compris dans les deux groupes : la susceptibilité et la réactivité spéciale élective de tel ou tel appareil vis-à-vis de telle ou telle excitation, que cette excitation soit représentée par une perturbation du milieu sanguin, par une excitation nerveuse périphérique ou centrale, par une excitation locale. Cette réactivité excessive est nettement liée dans certains cas à un processus morbide ou cicatriciel. Lorsque celui-ci ne peut être mis en évidence, on est amené à admettre une prédisposition congénitale qui est d'autant plus plausible que le même accident ou des accidents similaires ont été relevés chez des parents ou des collatéraux.

Bien que l'auteur tienne lui-même à mettre en garde contre les illusions excessives et les généralisations hâtives à propos des résultats établis, il est cependant évident que des études de cette nature font sortir peu à peu du domaine théorique et de l'hypothèse des faits précis qui permettent d'orienter la thérapeutique dans les voies rationnelles déduites des notions les mieux établies de la pathologie, de la biologie, de la pharmacie. L. G.

(1) Un volume de 256 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les droits des anciens combattants et victimes de la guerre (1), par M. Georges FÉLIX.

Les deux premières éditions de cet ouvrage, de M. Georges Félix, secrétaire général de la F. O. P. des anciens combattants, membre du Conseil d'administration de l'Office national des combattants, juge au tribunal des pensions, ont été très rapidement épuisées et aujourd'hui paraît une troisième édition.

Les droits des anciens combattants et victimes de la guerre constitue un ouvrage de 235 pages, contenant les renseignements relatifs aux demandes de pension, revision, cour régionale, tribunal des pensions, Office des mutilés, habitations à bon marché, emplois réservés, taux des pensions, jurisprudence en matière de pensions : tribunaux des pensions, cours régionales, Conseil d'Etat, etc.

D'autre part, le décret du 28 juin 1927, indiquant les formations donnant droit à la carte du combattant y est également reproduit et commenté; le texte de la loi sur la retraite du combattant, récemment voté, y est inséré.

Tous ceux qui ont à s'occuper des anciens combattants et victimes de la guerre : dirigeants d'Associations, maires, secrétaires de mairies, avocats, médecins, etc., seront utilement aidés par ce guide. L. G.

Pour guérir et rester jeune (2), par le docteur A. LEPRINCE.

Ce petit livre, sous sa forme humoristique et romancée, est à la fois une œuvre de polémique et de doctrine : il constitue, en outre, une véritable révolution dans l'art de guérir. Basé sur des considérations anatomiques et physiologiques précises, le traitement par les réflexes associés, ainsi que l'envisage l'auteur, est appelé à devenir, dans un avenir prochain, une des branches les plus importantes de la thérapeutique.

D'après les exemples et les observations cités dans l'ouvrage, il semble bien que les cas les plus divers et souvent les plus désespérés sont appelés à bénéficier de ces nouveaux procédés qui s'adressent directement à la cause de la maladie. L. G.

(1) Cet ouvrage est envoyé franco, contre la somme de 8 fr., en timbres-poste ou en mandat, adressée à l'auteur : Georges Félix, 2, rue Voltaire, à Périgueux (Dordogne).
(2) Prix : 7 fr. — Paris, A. Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place de médecin spécialiste suppléant des hôpitaux de Nantes, pour la dermatologie et la syphiligraphie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 10 novembre 1930.

AVIS DE CONCOURS. — Il est ouvert à la Préfecture de l'Aisne un concours sur titres pour un emploi de médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint chargé plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes).

Les avantages attachés actuellement à cette fonction comportent des traitements et indemnités diverses s'élevant, pour le début, au chiffre de 30.000 fr. pour aboutir par échelons successifs à 42.000 fr., plus une indemnité de déplacement annuelle de 12.000 fr.

Le titulaire aura, en outre, la faculté de participer aux avantages de la caisse départementale des retraites.

Les candidats à cet emploi devront être Français, docteurs en médecine d'Etat, âgés de trente ans au moins et de quarante cinq ans au plus.

Ils devront adresser avant le 10 octobre 1930, délai de rigueur, les pièces suivantes à M. le Préfet de l'Aisne, direction départementale d'hygiène :

1° Demande de candidature à M. le Préfet de l'Aisne;

2° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée;

3° Acte de naissance sur timbre;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine;

5° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

6° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

7° Certificat établi par un docteur en médecine assermenté constatant que le candidat n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatible avec l'exercice de fonctions très actives et que notamment il est susceptible au point de vue physique de conduire une automobile;

8° Exposé des titres, travaux, états de service et références, notamment en matière de phtisiologie et syphiligraphie;

9° Principales publications;

10° Engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, et de se consacrer uniquement à ses fonctions, de ne prétendre à aucune fonction ou mandat public;

11° Engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département pendant une durée minimum de trois ans, sous peine d'un dédit de 10.000 fr. à verser à l'Office public d'hygiène de l'Aisne;

12° Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de l'Aisne pendant trois mois au minimum;

13° Engagement, en cas de cessation de leurs fonctions pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer, dans le département de l'Aisne, avant un délai de cinq ans.

Nota. — Ces quatre dernières pièces (10, 11, 12, 13) devront être établies sur timbre. Elles pourront être rédigées successivement sur la même feuille.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Cours de perfectionnement.* — *Dermatologie et vénéréologie*, sous la direction de M. le professeur Gougerot. — Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 6 au 31 octobre 1930.

Le prochain cours de vénéréologie et syphiligraphie aura lieu du 3 au 29 novembre 1930.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 1er au 20 décembre 1930.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 300 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultraviolets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 à 5 h.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

— CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades (Fondation de la Ville de Paris), professeur : M. OMBRÉDANNE.) — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, du 15 septembre au 1er octobre 1930, avec le concours de M. Garnier, chef de clinique; M. Lance, assistant d'orthopédie; M. Fèvre, chef de clinique; M. Aurousseau, ancien chef de clinique; M. Saint Girons, chef de laboratoire; M. Huc, ancien chef de clinique.

Tous les matins, à 9 h. 1/2 : présentation de malades au pavillon Molland; visite dans les salles; opérations courantes.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

LIVRES NOUVEAUX

Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine. Ses indications et ses effets chez l'homme (1), par J. AUCLAIR, médecin de l'hôpital temporaire du bastion 29.

Cet ouvrage est le résultat des recherches personnelles considérables entreprises par l'auteur depuis plus de vingt ans. Il contient des faits et des idées.

« Après les preuves nombreuses de vaccination contre la tuberculose humaine, écrit l'auteur, obtenues chez le cobaye et le lapin, après les démonstrations répétées de la guérison de cette maladie chez ces animaux sous l'influence de cette méthode (première et deuxième parties de l'ouvrage), je me suis senti suffisamment armé et éclairé pour passer à son application chez l'homme. »

Il indique dans la troisième partie les résultats par lui obtenus chez l'homme dans ce traitement curatif de la tuberculose et les conditions nécessaires pour se faire une opinion définitive sur le traitement préventif. L. G.

(1) Un volume de 186 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Enfants mal alimentés [entérites, athrepsie, carence, rachitisme, anémie, arthritisme d'origine alimentaire] (1), par le professeur Georges MOURIQUAND, professeur de clinique médicale infantile et d'hygiène du premier âge à la Faculté de médecine de Lyon. Bibliothèque de pathologie infantile, publié sous la direction des professeurs NOBÉCOURT et CRUCHET. Secrétaire de la direction : docteur R. Pierret.

Ni trop, ni trop peu. La suralimentation est un danger, la sous-alimentation en est un autre. Aussi l'auteur, dont on connaît les beaux travaux sur les régimes de l'enfant, s'attache-t-il d'abord à fixer les traits du régime alimentaire normal pour le nourrisson, pour l'enfant du deuxième âge, pour le grand enfant. Il n'y a pas ici que des différences de quantité; les différences de proportion ont une importance qui n'est pas moindre.

Il étudie ensuite les troubles digestifs dus aux diverses erreurs alimentaires et leur traitement. Pour des fautes plus graves ou plus prolongées on voit apparaître des troubles par dénutrition, de pathogénie directe ou indirecte; d'autres fois ce sont des maladies de carence. Un important chapitre est consacré aux rapports de l'alimentation défectueuse avec les maladies infectieuses, avec les anémies qui sont loin d'être toujours bénignes, avec le rachitisme. Toutes ces études cliniques ont pour conclusion une étude thérapeutique.

Il est enfin des cas où le trouble de la nutrition dû à la suralimentation est moins grave pour l'individu lui-même, en apparence tout au moins. Ce n'est que de l'arthritisme, et qui prendrait la chose au tragique. L'auteur montre cependant son influence sur l'enfant, sur les destinées de l'adulte, sur l'évolution de la race; c'est là un tableau dont nous ne sommes pas encore assez accoutumés à examiner l'ensemble et sur lequel il sera bon de ne pas se blaser trop vite; d'autant plus que sinon le traitement du moins les mesures préventives sont ici visés. Et ce sera un mérite de plus pour cette étude de dire clairement ce qu'on savait peut-être confusément et ce à quoi l'on ne pensait guère. L. BABONNEIX.

(1) In-8 couronne de 200 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

LE CHIRURGIEN DOIT-IL ÊTRE SENSIBLE ?

Par le docteur A. RODIET,

Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Mon fils me rapportait récemment les propos entendus au Lycée, d'un fils de boucher qui prépare le baccalauréat et veut être chirurgien. « C'est une profession qui me convient, disait ce garçon. Je continuerai ainsi le métier de mon père : découper de la viande, ça n'est pas difficile. » Paroles d'adolescent ! Faut-il attacher de l'importance à cette boutade? Elle exprime l'un des préjugés tenaces dans l'esprit public que la fonction du chirurgien, c'est, avant tout, de tailler la chair humaine, comme fait le boucher de la viande de bœuf ou de mouton.

De même que certains s'imaginent que l'aliéniste « voit des fous partout », ils se figurent que « chirurgien » veut dire « bourreau ».

Il est vrai que, par une antinomie incompréhensible, la profession de chirurgien se rehausse dans l'esprit public de la décision cruelle et de la tâche sans pitié qu'on lui attribue. A cause de son intervention parfois brutale, le chirurgien est souvent considéré comme supérieur au simple médecin.

Mais, ceux-là mêmes qui honorent le plus le rôle du chirurgien, ignorent toutes les qualités indispensables à l'homme qui en fait sa profession.

Pourquoi un adolescent veut-il se spécialiser en chirurgie? Question de tempérament d'abord puisque tout homme naît avec un tempérament spécial, c'est-à-dire avec des aptitudes physiologiques, intellectuelles et morales, résultant du fonctionnement de ses organes. Question d'éducation aussi, car il a fallu que, dans sa famille, dans son milieu social, l'enfant ait trouvé à développer son goût du travail et de l'étude et à réaliser l'inclination qui l'entraîne à devenir un chirurgien. Toute la carrière d'un enfant dépend de la façon dont il peut exercer, en grandissant, ses qualités ou ses défauts, et de la façon aussi dont il est guidé par ses parents et par ses maîtres. Voilà pourquoi on connaît des générations de chirurgiens qui, de père en fils, se transmettent le bistouri avec l'art de s'en servir. L'hérédité et l'éducation n'ont pas été sans influence sur le choix de leur vocation et le développement de leur existence. C'est parce que, arrivé à l'adolescence l'enfant a pris conscience de sa personnalité et de son milieu, que, séduit par les exemples dans sa famille, les conversations de ses camarades, parfois aussi l'admiration qu'il ressent pour son père, il veut devenir un chirurgien. Sa décision prise, le garçon ou la fille, car il y a des femmes chirurgiens, entreprend les études de médecine.

C'est alors que se révèle, avec la vocation, ce qu'on a appelé « le tempérament chirurgical ». Tous les étudiants en médecine n'en sont pas également doués. Ils sont nombreux, au contraire, les jeunes enthousiastes du début de la carrière, qui reculent devant le blessé ou le cadavre. Les épreuves de la dissection, de la médecine opératoire, des autopsies déconcertent leur sensibilité et répugnent à leur caractère. Ils se rebutent lorsqu'il faut, à l'hôpital, entrer en contact avec les malades cancéreux et panser les plaies gangreneuses. Ils ne savent pas surmonter le dégoût que leur inspire l'aspect d'un membre ulcéré ou l'odeur d'une septicémie. Ils s'évanouissent quand le maître prend un couteau pour opérer et la vue du sang leur donne une syncope. Semblables à ces infirmières que nous entendions pendant la guerre s'exclamer : « Quelle horreur ! » quand le major amputait un membre, et se voilaient la face en fuyant la salle d'opérations, ils se sauvent de l'amphithéâtre, à l'heure où il faut inciser le cadavre.

Et cependant, c'est devant la table d'opérations, dans la salle de dissection et dans la salle d'autopsies, que se forme le caractère et se révèle le tempérament du futur chirurgien. Ceux qui subissent ces épreuves avec succès, peuvent entreprendre la carrière et la poursuivre brillamment. Ils échoueront ceux qui ne savent pas dominer leur sensibilité et si leur émotivité est de la sensiblerie. Tandis, en effet, que la sensibilité est la faculté d'éprouver joie ou douleur, même intensément, mais avec possession de soi-même, la sensiblerie est une exagération de la sensibilité. Au même titre que les deux phénomènes, connus en médecine sous le nom « de rire et pleurer spasmodiques », la sensiblerie est une faiblesse, tandis que la sensibilité contenue et réglée est une force. La volonté n'agit pas sur la sensiblerie, qui, émotivité exagérée, indépendante du raisonnement, dépasse souvent la mesure chez certains enfants et de nombreux vieillards. Rien d'anormal à ce qu'un homme ait du plaisir à contempler le portrait de ses enfants ou d'une femme aimée mais si les larmes lui viennent aux yeux, sa sensibilité est exagérée. Il n'est plus maître de ses émotions et de ses sentiments, et, avec la même facilité que les larmes, la colère apparaîtra chez lui, sous le plus futile prétexte. Sommes-nous absolument maîtres de nos états d'âme, et ne faut-il pas admettre que chacun de nous apporte en naissant une faculté de s'émouvoir plus ou moins forte, selon notre hérédité et notre tempérament qui est l'état physiologique déterminé par la prédominance d'un système, le plus souvent le système nerveux, régissant les actes et commandant l'ensemble des penchants?

N'est pas qui veut un sensible, c'est-à-dire l'homme capable de s'émouvoir. Contre cette émotivité, ceux qu'on appelle « les bourrus bienfaisants », luttent sans cesse et, chez eux, la rudesse de l'accueil et des paroles, démontrée par leurs actes, n'est souvent qu'une réaction de défense contre leurs sentiments. En toutes occasions, certains individus restent froids, les uns, parce qu'ils n'ont pas le don de s'émouvoir, les autres, parce qu'ils savent dominer leur sensibilité.

Ce sang-froid est la qualité maîtresse du chirurgien qui doit se posséder entièrement, et cela non seulement pour opérer, mais pour établir son diagnostic. Sa décision, en effet, son intervention qui peuvent sauver une vie humaine ou la prolonger dépendent non seulement de sa conscience et de sa lucidité d'esprit, mais encore de ce que les médecins dénomment « le sens clinique ».

C'est le sentiment tout d'intuition, de spontanéité

qu'éprouve le médecin mis en présence d'un malade, de la forme de la maladie, du diagnostic et du pronostic, aussitôt qu'il a fait l'examen détaillé de ce malade. Seule, une grande expérience qui ne s'obtient que par la fréquentation assidue et prolongée de l'hôpital, permet au chirurgien d'acquérir le sens clinique. C'est l'observation quotidienne et continue de nombreux cas de la même maladie qui lui donne cette intuition rapide et perspicace de la forme pathologique qu'il aura à combattre, et de la nécessité d'une intervention à ne pas différer. Cela, il ne l'a pas appris à l'école ou dans les livres. La clinique, c'est-à-dire l'hôpital et aussi la salle de dissection et l'amphithéâtre d'anatomie, sont la véritable école du chirurgien. Dans toutes les branches de la médecine, la spécialisation nécessite des connaissances techniques approfondies, mais le jeune chirurgien qui se spécialise trop tôt ne devient un maître et un excellent clinicien que s'il a acquis une culture générale étendue, et s'il a débuté par l'externat des hôpitaux, avant de continuer la série des concours. Quoi qu'on en dise, les concours obligent l'étudiant à travailler, à exercer sa volonté, son sang-froid, en même temps qu'ils nécessitent de la ténacité et de la maîtrise de soi. C'est pourquoi ils ont été et resteront le meilleur moyen de sélectionner, dans la même profession, ceux qui sont les plus aptes à l'exercer. Si les titres de chirurgien des hôpitaux de Paris ou de professeur à la Faculté de médecine attirent la clientèle et sont une recommandation auprès des familles et des médecins de ces familles, lorsqu'ils ont besoin de l'avis d'un confrère autorisé, c'est qu'ils supposent une expérience éprouvée et des examens difficiles après un travail prolongé. Ces titres ont de la valeur, parce qu'ils consacrent une longue série d'efforts laborieux et assidus. Pour qu'un jeune chirurgien devienne un maître, il ne faut pas seulement qu'il ait réalisé plusieurs concours, internat, prosectorat, etc., il importe encore qu'il réunisse des qualités nombreuses intellectuelles et morales se résumant dans les trois préceptes enseignés par leurs professeurs : 1° savoir, 2° savoir dire, 3° savoir faire.

En effet, quelle que soit son audace, le chirurgien qui ne connaît pas l'anatomie, qui ignore la médecine opératoire, ne réussira pas ses interventions et fera des erreurs de diagnostic. Si, d'autre part, il ignore l'art de parler, de convaincre, il ne persuadera pas le médecin qui l'appelle en consultation et le malade, de la nécessité de l'acte opératoire. Savoir faire, enfin, c'est se présenter correctement, montrer « qu'on se possède » et, par sa tenue et même son aspect physique, en imposer au malade et à son entourage. Certains hommes portent en leur personne une autorité qui s'affirme, dès l'abord. Ils sont nés pour commander. Parfois, par hérédité, le plus souvent, parce qu'ils les ont acquises par le travail et l'orientation de leur vie, ils réalisent les facultés indispensables au chef : l'intelligence, la loyauté, la fermeté et l'esprit de décision. Lorsque, à la réunion de toutes ces qualités intellectuelles, ils ajoutent le prestige physique, ils dominent le public. Ce prestige physique, vigueur et habileté manuelle sont nécessaires au chirurgien qui, dans l'acte opératoire, doit souvent faire preuve de force et d'adresse. Certaines opérations exigent, de la part du chirurgien, en même temps qu'une robustesse d'athlète, un travail minutieux, patient et délicat d'horloger. Aussi quand il a commencé son œuvre, rien ne doit distraire le chirurgien de sa besogne, ni les plaintes du malade, ni les réflexions des assistants ou de la famille. A partir du moment où il a pris le couteau, il importe que le praticien ignore tout de ce qui n'est pas son travail.

Mais, si le chirurgien ne doit pas être d'une sensibilité aiguisée, il n'en résulte pas qu'il soit et se révèle impuissant à compatir aux souffrances que, par humanité, il inflige à son patient. Au contraire, *Homo sum et a me nil humani alienum puto*, telle doit être sa devise. J'ai connu un chirurgien qui, se rendant compte qu'une laparotomie pour obstruction intestinale était évitée après un lavement électrique, nous exprimait toute sa joie de n'avoir pas à opérer.

Avant le coup de bistouri, donné avec énergie, décision et autorité, le praticien, lorsqu'il est sensible, trouve l'instant d'affirmer au malade la certitude du succès par l'intervention, de le réconforter et de l'amener à se livrer, les yeux fermés, avec l'assurance de guérir, et avec une confiance absolue, au chloroforme et au couteau.

Mais, à partir de ce moment, il ne faut pas qu'il s'émeuve, le chirurgien, et il importe qu'il oublie tout de ce qui n'est pas l'acte opératoire. Il importe donc qu'il ne soit pas trop sensible, à cause de la responsabilité qu'il assume. Il en est de même de tous les vrais chefs, de tous ceux qui détiennent une vie humaine entre leurs mains : « Trop sensible, écrit Maurice Genevoix (1), on l'a reproché au colonel Boisredon, parce qu'il éprouvait une souffrance véritable, chaque fois qu'un de ses hommes mourait, et qu'il a eu l'orgueil de ne s'en point cacher. Lorsqu'on est trop sensible, lorsqu'on chérit la vie d'un amour assez vaste pour l'aimer, même chez les autres lorsque la guerre, au lieu d'étouffer en vous l'amour ardent de la vie, l'exalte et l'exaspère de toutes les blessures qu'elle lui fait, on n'est pas un vrai chef militaire, on n'est pas un bon officier. Et je me suis rappelé aussi, dans l'admirable *Guerre et paix*, les réflexions du prince André, au Conseil des généraux russes, après le passage du Niémen par l'armée de Napoléon : « Le bon capitaine n'a besoin ni d'être un génie, ni de posséder des qualités extraordinaires; tout au contraire, les côtés les plus élevés et les plus nobles de l'homme, l'amour, la poésie, la tendresse, le doute investigateur et philosophique, doivent le laisser indifférent. Il doit être borné, se tenir en dehors de toute affection, n'avoir aucune pitié, ne jamais réfléchir, ni se demander jamais où est le juste et l'injuste; alors, seulement, il sera parfait. »

Ainsi, pourrait-on dire du chirurgien, au moment où il opère, qu'il doit conformer sa décision aux seuls préceptes qui dirigent la conduite du vrai praticien : 1° Tout ignorer de ce qui n'est pas l'intérêt de son malade et la lutte contre la maladie; 2° appli-

(1) Maurice GENEVOIX. *Les Eparges*, p. 206 et 207. — Paris, 1930, Flammarion, éditeur.

quer toute sa science à diminuer le « risque opératoire ».

Par suite, pour réussir dans sa tâche, il lui faut écarter implacablement toute sensiblerie et toute émotivité.

LE TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA
PAR L'ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS

Par P. HENRIET,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le placenta prævia constitue l'éventualité obstétricale toujours redoutée aussi bien par le plus brillant spécialiste que par le plus modeste praticien.

Toute une gamme de procédés allant du tamponnement à l'opération césarienne sont proposés; le médecin se trouve placé devant l'atroce dilemme : compromettre fortement les intérêts de l'enfant pour sauvegarder ceux de la mère par l'emploi des méthodes obstétricales, ou donner le maximum de chances à l'enfant, mais alors, en faisant courir à la mère le risque de l'opération césarienne, en lui laissant un utérus très diminué pour les grossesses futures.

Suivant ses tendances, suivant son entraînement technique, l'obstétricien adoptera la méthode qui lui paraît la meilleure; mais, de toutes façons, il aura la tristesse d'abdiquer partiellement son rôle sacré de double protecteur des mères et de la natalité.

Dans ces derniers mois, une méthode nouvelle, celle du professeur Paul Delmas, l'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse, appliquée au placenta prævia, a déjà donné les plus brillants espoirs et les plus heureux résultats.

Ce procédé, utilisant en obstétrique opératoire l'analgésie rachidienne, permet d'effectuer la dilatation du col et l'extraction avec le maximum de sécurité dans le minimum de temps, sauvegardant au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant, laissant un utérus absolument intact dans son comportement ultérieur.

Nous allons examiner successivement :

1° La méthode du Professeur Delmas;

2° Son application au placenta prævia;

3° Les résultats comparés des procédés classiques et de l'opération de Delmas.

I. La méthode du professeur Paul Delmas. — Il n'est peut-être pas inutile de la rappeler brièvement car plusieurs accoucheurs et non des moindres, ont invoqué le procédé alors qu'ils n'avaient pas appliqué la technique de l'auteur ou qu'ils avaient outrepassé les conditions de possibilité.

L'opération de Delmas ne vise, comme d'ailleurs son nom l'indique, que la fin de la grossesse; elle ne doit, d'autre part, être tentée que si aucun obstacle anatomique, fibreux ou osseux, ne peut s'opposer à l'ampliation de l'orifice utérin et à l'extraction fœtale.

La technique, bien que très simple, n'en est pas moins délicate, et doit rester strictement l'apanage du spécialiste averti.

Ses temps sont les suivants :

a. Rachianalgésie obtenue par l'injection de 0g10 de novocaïne, en paillettes stériles, solubilisées dans le propre liquide céphalo-rachidien de la patiente.

b. Dilatation unimanuelle du col, introduction par un mouvement de vrille d'un doigt, puis de deux et trois doigts; massage excentrique du col effectué par les quatre doigts fléchis sur la paume; et, enfin, achèvement de la dilatation en faisant tourner le poing fermé dans l'orifice utérin.

c. Extraction du fœtus, habituellement par version. Le placenta bas inséré étant, en règle générale, un obstacle à l'engagement.

d. Délivrance naturelle ou artificielle suivant l'indication du moment.

II. L'application de l'évacuation extemporanée de l'utérus au placenta prævia. — Physiologiquement et cliniquement, elle est des plus heureuses :

a. La rachi, admirablement tolérée par la femme enceinte, même hypotendue, a une action hémostatique : la cocaïne et ses dérivés synthétiques déterminent une vaso-constriction manifeste; une opération chirurgicale ou obstétricale est toujours moins sanglante sous rachianalgésie que sous narcose.

D'autre part, et surtout, la rachi provoque dès l'extraction du fœtus la rétraction du muscle utérin, d'où la mise en jeu des ligatures vivantes, aussi bien du corps que du segment inférieur, portion musclée comme Lantuéjoul l'indiquait récemment, et partant rétractile.

b. La dilatation se trouve facilitée par l'insertion basse. Il semble qu'une congestion de la région cervico-segmentaire due au voisinage du placenta la rende particulièrement apte à se laisser distendre et dilater par les manœuvres habilement douces de l'opérateur.

c. L'extraction est souvent facile, l'hémorragie par placenta prævia entraîne fréquemment l'accouchement avant le terme de la gestation. Le fœtus, alors plus petit, franchira aisément la filière.

d. La délivrance. Si l'hémorragie est jugulée par l'extraction de l'enfant, on attendra qu'elle ait lieu naturellement, sinon, la délivrance artificielle s'impose. Le moindre doute de rétention nécessite d'emblée la revision manuelle de la cavité utérine.

III. Les résultats comparés des méthodes classiques et de l'opération de Delmas. — Comme l'indique Bichara dans les conclusions de sa thèse tirées de l'étude de 65 cas :

« Même non expurgées, les statistiques actuelles de l'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse, dans le placenta prævia ne donnent plus, entre les mains des divers auteurs, qu'une mortalité maternelle globale de 7,70 p. 100, réductible à 1,53 p. 100 si l'on élimine les cas où le décès est manifestement imputable à toute autre cause.

Tous les enfants, dont les bruits du cœur étaient perçus avant l'évacuation ont été extraits vivants, à l'exception de quatre que leur débilité congénitale n'a pas permis de ranimer, ce qui, même dans ce cas ne donnerait qu'une mortalité de 5,15 p. 100. »

Depuis cette publication, il est venu à notre con-

naissance dix nouveaux cas, avec 100 p. 100 de succès maternel et fœtal : deux observations du Professeur Paul Delmas, une de Coll de Carréra, une de Robiolis, une de Houel, une d'Arzuaga, quatre de la maternité de Béziers, ce qui améliore encore la statistique précédente. D'ailleurs celle-ci est établie avec les premières tentatives, elle ne pourra que faire des progrès avec le temps et l'entraînement des opérateurs.

A ces brillants résultats opposons ceux des méthodes classiques.

La mortalité maternelle est dans les statistiques globales :

Boutkovsky : 35,50 p. 100.
Burgess : 16,67 p. 100.
Coirint : 10,3 p. 100.
Hitschmann : 20 p. 100 en ville, 7 p. 100 en clinique.
Mac Pherson : 12,1 p. 100.

La mortalité fœtale est dans les statistiques globales :

Boutkovsky : 80 p. 100.
Burgess : 42,3 p. 100.
Kraul : 54 p. 100.
Mickulicz-Radecki : 21,9 p. 100.
Pierce Rucker : 44 p. 100.
Ramos et Basan : 26,11 p. 100 (statistique expurgée).
Stratz : 64 p. 100.

Si maintenant nous envisageons, non plus les résultats globaux, mais ceux obtenus d'après la ligne de conduite suivie :

Les méthodes obstétricales classiques donnent une mortalité fœtale effroyable, Henrotay accuse 72 p. 100, l'emploi des ballons pour la dilatation donne 75 p. 100 de mortalité à Bucsan, 19,3 p. 100, à Heinlein. La méthode de Bonnaire laisse à son auteur lui-même 55 p. 100 de mortalité fœtale. La version de Braxton-Hicks sacrifie pratiquement l'enfant à la mère (80 p. 100 dans 57 cas, Irving).

Quant à l'opération césarienne, l'excellente étude de Desoubry, portant sur 403 observations, apporte une mortalité maternelle de 6,11 p. 100 et une mortalité fœtale de 17,82 p. 100. Mais lors de maternité ultérieure, les césarisées sont singulièrement handicapées; les évacuées, au contraire, se comportent comme de banales multipares.

Rappelons encore que les procédés chirurgicaux les plus sérieux de conséquences ont été préconisés : l'hystérectomie (Desoubry), la ligature des artères utérines par voie vaginale (Kerwin).

Cette étude statistique démontre amplement les avantages de l'évacuation extemporanée dans ses résultats numériques, mais nous devons encore souligner :

La rapidité de l'intervention et la faible spoliation sanguine qu'elle entraîne.

La simplicité des préparatifs opératoires, l'assistance et le matériel sont réduits au minimum.

Le transport de la malade peut être évité.

L'intervention par voie basse est aisément acceptée par la parturiente et son entourage.

Et surtout, fait capital pour la comparaison avec les solutions chirurgicales, l'utérus se trouve dans les mêmes conditions qu'après le plus normal des accouchements.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie complète de l'évacuation extemporanée en général et dans son application au placenta prævia se trouvera dans la thèse de Bichara.

BICHARA. Le procédé du professeur Paul Delmas dans le placenta prævia, *Th. de Montpellier*, 1930, Montpellier, Causse, Graille et Castelnau, édit.

BOUTKOWSKY. Contribution à l'étude du placenta prævia, *Gyn. i Kouchervsto*, 1925, n° 1, p. 76, analysé in *Gynécologie et obstétrique*, 1927, t. XVI, p. 77.

BUCSAN. Contribution à l'étude du traitement obstétrical et chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur, *Th. de Paris*, 1928.

BURGESS. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, 1925, t. X, p. 49.

COLL DE CARRÉRA. La méthode de Delmas dans le traitement du placenta prævia, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, mars 1929, p. 377.

COLL DE CARRÉRA, HENRIET et CAILLOL. Trois observations de toxémies graves et compliquées traitées par la voie basse, *Réunion obst. et gyn. de Montpellier*, 30 mai 1930.

COIRINT. Le placenta prævia, *Th. de Strasbourg*, 1920.

DELMAS. L'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, p. 413.

DESOUBRY. Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta prævia, *Th. de Paris*, 1925.

HEINLEIN. Traitement du placenta prævia, *Centralbl. f. Gyn.*, fév. 1922.

HENROTAY. Des indications des hystérotomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes, rapport au *IIe Congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française*, Paris, oct. 1921.

HITSCHMANN. *La Thérapeutique du placenta prævia*, Berlin 1921, Karger.

IRVING. Les problèmes du placenta prævia, *Surg., gyn. and obst.*, 1927, t. XLV, p. 834.

KERWIN. Ligature des artères utérines pour arrêter l'hémorragie dans le placenta prævia, *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, août 1927, p. 189.

LANTUÉJOUL. Ce que l'on doit entendre par segment inférieur de l'utérus, *Leçons du jeudi soir de la Clinique Tarnier*, année 1928, Vigot, édit.

MAC PHERSON. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, 1929, t. VII, p. 403.

MICKULICZ-RADECKI. Sur le pronostic et la thérapeutique du placenta prævia d'après 168 cas, *Arch. f. gyn.*, déc. 1924.

PIERCE RUCKER. Discussion à l'American gynecological Society, mai 1927, in *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, nov. 1927, p. 677.

RAMOS et BASAN. Le traitement du placenta prævia, *Gynécologie et obstétrique*, juillet 1927.

STRATZ. *Zeit. f. Geb. and Gyn.*, 1915, t. LXXVI, p. 73.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Trachome, par A. CUÉNOD, médecin oculiste honoraire de l'hôpital Sadiki et de l'hôpital civil français de Tunis, et Roger NATAF, membre correspondant national de la Société d'ophtalmologie de Paris. Préface de Charles Nicolle. Un volume de 238 pages avec 39 figures originales en noir et en couleurs. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 MAI 1930)

Action antiseptique du novarsénobenzol « in vivo » et « in vitro » dans les affections typhiques et à colibacilles. — MM. Jean MICHAUX et A. VERRIER, se basant sur une expérimentation ancienne faite avec M. Bruhl chez les grippés en 1919; J. Michaux a pratiqué des injections de novarsénobenzol (0,15 et 0,30 à deux ou trois reprises et à deux jours d'intervalle) dans des typhoïdes graves avec syndrome nerveux et collapsus, puis dans des infections générales à colibacilles. Les injections sont presque toujours suivies, dès les premières heures, d'une atténuation considérable du syndrome nerveux et délirant. Le collapsus disparaît rapidement; la température tombe habituellement en lysis, dès la deuxième injection, quelquefois dès la première. Aucun incident n'a jamais été noté à la suite de ce traitement. Du reste, le novarsénobenzol se montre in vitro un antiseptique remarquable qui tue le bacille d'Eberth et le colibacille à des dilutions de 1 p. 500 à 1 p. 2.000 et qui, à la dilution infime de 1 p. 50.000, possède encore un pouvoir retardateur de quarante-huit heures au moins sur le développement des colonies.

De la récolte des urines. — M. L. LEMATTE a donné la composition des repas d'épreuve qu'on doit imposer pour avoir des urines dites « normales ».

L'auteur expose sa méthode, dite des trois bocaux, qui permet de dégager l'influence des repas et de la fatigue. On peut découvrir ainsi les albuminuries orthostatiques et les petites glycosuries d'origine alimentaire. Ce procédé permet aussi de mesurer l'influence des hydrocarbones de la ration dans les glycosuries.

M. L. Lematte indique un procédé très simple pour calculer les rapports entre les entrées et les sorties de l'azote et des chlorures.

La preuve humaine de la chirurgie pulmonaire postpneumothorax. Les travaux d'Arcé. — M. Georges ROSENTHAL analyse les travaux du professeur Arcé (de Buenos-Aires) qui a réalisé chez l'homme la méthode postpneumothorax de chirurgie pulmonaire. En dehors de certaines applications, Arcé a surtout opéré des kystes hydatiques du poumon après thoracotomies faites à l'anesthésie locale. Les résultats sont faciles et bons si l'on évite l'infection pleurale et les complications infectieuses périlocales. Les opérations humaines, comme les recherches de laboratoire, confirment donc l'aphorisme de base établi au laboratoire et maintenant hors de conteste « le poumon atélectasié est un véritable territoire chirurgical ».

La publicité pharmaceutique loyale. — M. G. LEVEN appelle ainsi la publicité pharmaceutique loyale celle où le pharmacien signale avec précision tous les produits qui entrent dans la composition de son médicament.

Existe-t-il donc des préparations dont la publicité n'est pas loyale? Je regrette d'avoir à répondre affirmativement à cette question.

Les conséquences en sont regrettables, fâcheuses ou graves selon les préparations, la fréquence de leur emploi, la durée de leur utilisation, les malades auxquels elles s'adressent.

La publicité pharmaceutique loyale est celle qui signale, tant dans les prospectus envoyés aux médecins que dans les annonces des journaux médicaux, l'intégralité des composants, et ne laisse pas dans l'ombre tel ou tel produit actif dont l'emploi quotidien devient un danger, alors que ce sont les composants inoffensifs, les seuls désignés qui paraissent avoir l'action promise par les annonces.

Il est certain que ces remarques et que ces propositions trouveront grâce aux yeux des médecins.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1930)

Névrite cubitale typhoïdique. — MM. DEREUX et GALLIÈGUES apportent une observation de névrite cubitale apparue après une fièvre typhoïde. L'atteinte du nerf cubital est relativement fréquente pendant la convalescence de cette affection (26 cas recueillis dans la littérature médicale). Cette fréquence place les névrites cubitales en tête du nombre très restreint des névrites et polynévrites éberthiennes.

Cette névrite cubitale typhoïdique, le plus souvent unilatérale, à prédominance motrice, est de pronostic généralement favorable.

Remarques sur l'extension rapide de certaines tuberculoses pulmonaires d'après les documents radiologiques. — M. D'HOUR rapporte deux observations dans lesquelles des radiographies pratiquées très précocement ne montrent que des lésions pulmonaires discrètes. Dans l'une, une radiographie pratiquée dans un délai de quinze jours montre une broncho-pneumonie tuberculeuse bilatérale. Dans l'autre, une radiographie pratiquée dans un délai de sept jours montre l'extension du processus tuberculeux à tout le lobe supérieur droit; un pneumothorax institué d'urgence enraie le processus d'extension.

Dans une troisième observation, l'on constate l'apparition soudaine d'une pneumonie tuberculeuse droite, après traitement par les rayons ultraviolets, d'une fistule pleurale consécutive à un hydro-pneumothorax gauche spontané.

Dans une quatrième observation, l'on a constaté l'apparition brusque d'une caverne dans un moignon pulmonaire bien collabé par un pneumothorax, caverne apparue immédiatement après héliothérapie naturelle, déconseillée médicalement.

Importance du facteur hépatique dans le syndrome entéro-rénal. — M. BERNARD insiste :

1° Sur l'importance de l'intégrité du foie dans le syndrome entéro-rénal (comme dans toutes les affections aiguës d'ailleurs). Il est permis d'en tirer un élément de pronostic; l'on peut dire que dans le syndrome entéro-rénal à grand circuit, si l'étape hépatique passe inaperçue, la maladie sera le plus souvent bénigne.

2° Sur la ténacité des colibacilluries discrètes, qui résistent à tout traitement; peut-être le sérum anticolibacillaire de Vincent guérira-t-il ces malades, porteurs sains, dangereux pour eux-mêmes et leur entourage.

Corps étrangers des voies respiratoires et rayons X. — M. D'HALLUIN.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1930)

Paraplégie atypique d'origine névraxitique probable. — MM. L. RIMBAUD et P. RIMBAUD. Le type de paraplégie rapporté par les auteurs paraît des plus rares. Les troubles ayant d'abord intéressé les quatre membres se sont localisés aux membres inférieurs. Du côté droit la paralysie est du type spasmodique (signe de Babinski, trépidation épileptoïde, hyperréflectivité, légère contracture). Du côté gauche

elle est flasque (pas de signe de Babinski, réflexe rotulien aboli, atrophie musculaire de la cuisse) et elle s'accompagne d'ataxie et d'asynergie.

Les auteurs situent ainsi les lésions : à droite, cordon antéro-latéral; à gauche, cornes antérieures lombaires, faisceaux de Gowers et de Flechsig, intégrité du faisceau pyramidal et des cordons postérieurs.

Cet état avait été précédé six mois auparavant d'une paralysie complète de l'œil droit et d'une paralysie faciale gauche disparues en deux mois sans laisser de trace.

Les auteurs rapportent ce tableau à la névraxite épidémique et entrevoient de ce fait la possibilité d'amélioration, peut-être de guérison.

Deux cas de conjonctivite et de kératite ulcéreuse aiguës par inoculation de pus de panaris. — MM. H. Villard, Ch. Dejean et G. Duponnois.

Deux cas d'urémie convulsive avec rétention chlorée sèche et acidose intense. — MM. Vedel, J. Vidal et P. Monnier. Ayant déjà eu l'occasion de constater la fréquente coexistence d'une rétention chlorée sèche avec les accidents nerveux survenant au cours des néphrites chroniques, les auteurs rapportent deux nouvelles observations confirmatives; elles se signalent, en outre, par l'intensité de l'acidose rénale : la valeur de la réserve alcaline était de 9,7 dans un cas et inférieure à 5 dans l'autre. A noter que l'acidose n'a pas provoqué de modifications dans le rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$.

Deux observations. — MM. Vedel, J. Vidal, Mme Lonjon et M. P. Monnier opposent l'une à l'autre deux observations : l'une qui se rapporte à une néphrite azotémique avec hypochlorémie traitée par des injections intraveineuses de NaCl (20 grammes puis 8 grammes par jour) qui ont provoqué une légère baisse de l'azotémie, laquelle est descendue de 7g50 à 6g80 en quarante-huit heures. L'autre observation concerne une péritonite bacillaire au cours de laquelle des vomissements incoercibles provoquèrent une cétose de jeûne et surtout une diminution de chlore sanguin suivie d'alcalose; l'hypochlorémie n'entraîna cette fois aucune modification de l'azotémie.

A l'occasion de ces deux observations, les auteurs discutent la réalité du « syndrome par manque de sel » et en même temps le mécanisme pathogénique invoqué par Clum.

Ils signalent, en outre, certaines particularités à propos de chacune de leurs observations :

La première leur a permis de constater que l'acidose, contrairement aux résultats publiés par Blum, n'avait provoqué aucune modification du rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$.

La seconde leur a montré que la baisse de la chlorémie s'accompagnait d'une hypochlorachie importante (6g30) avec un rapport $\frac{\text{Cl. rachidien}}{\text{Cl. sanguin}}$ normal.

(SÉANCE DU 13 JUIN 1930)

Calculs de la prostate. — MM. E. Truc et J. Cabannac.

Traitement et guérison des crises de migraine ophtalmique par l'acétylcholine. — M. Ch. Dejean.

Syndrome parkinsonien postencéphalitique et grossesse. — MM. P. Delmas, P. Henriet et P. Caillol. Une grossesse évolue normalement chez une parkinsonienne postencéphalitique. L'accouchement ne présente aucune particularité, l'enfant est sain.

Les auteurs confirment l'absence de modification évolutive du parkinsonisme postencéphalitique par la grossesse.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien identique cinq semaines avant l'accouchement et deux semaines après.

Traitement des conjonctivites et kératites infectieuses par l'oxyquinoléine. — M. L. Carrère.

(SÉANCE DU 20 JUIN 1930)

Ramollissement cérébral consécutif à une intoxication oxycarbonée. — MM. Vedel, J. Vidal et L. Gondard. Une intoxication grave par le gaz d'éclairage ayant provoqué un coma prolongé fut guérie par des inhalations d'oxygène interrompues (2.600 litres); elle fut suivie d'une hémiparésie gauche et bientôt après de signes de ramollissement cérébral qui ne s'atténuèrent que fort lentement après plusieurs semaines.

Echinococcose pulmonaire latente. Ponction exploratrice du kyste suivie d'accidents de choc et du résultat positif d'une réaction de Weinberg primitivement négative. — MM. Vedel, J. Vidal et Mme Lonjon.

Déchirure isolée de la racine du mésentère par plaie pénétrante de l'abdomen. Intervention précoce. Guérison. — M. H. Estor.

Kyste du parovaire à pédicule tordu. — MM. V. Riche et G. Fayot.

(SÉANCE DU 27 JUIN 1930)

Diagnostic de rein tuberculeux exclu par la radiographie après injection intraveineuse d'uro-selectan. Néphrectomie. Guérison. — MM. E. Jeanbrau, E. Truc et J. Cabannac.

Les localisations cervicales des phlegmons péri-amygdaliens. — MM. J. Terracol et M. Reymond rapportent une observation d'abcès latéro-pharyngien qui s'ouvrit par voie pharyngée donnant un abcès intravélique et réalisant ainsi l'expérience d'Arsinoles.

Acrodynie infantile au cours d'une encéphalite aiguë. — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et P. Henriet présentent l'observation d'un enfant de treize mois qui, dans la phase terminale d'une encéphalite aiguë, présenta un syndrome d'acrodynie typique. Les auteurs veulent considérer l'apparition de ces signes acrodyniques comme dus à l'extension des lésions encéphalitiques jusqu'aux centres vago-sympathiques du mésocéphale.

Ils rapprochent ce fait de tous ceux déjà publiés où l'acrodynie se présentait accompagnée de signes encéphaliques et dont le nombre tend à rendre vraisemblable l'hypothèse d'une lésion des centres végétatifs du mésocéphale à l'origine de cette curieuse affection.

Hypothèse sur le cancer et les tumeurs en général. — M. Tarrou (d'Anduze).

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DU BLÉ GERMÉ DANS LE TRAITEMENT DES ÉTATS INFECTIEUX AIGUS ET SUBAIGUS

Le professeur Chr. Zoeller, et le docteur B. Noyer (du Val-de-Grâce) viennent d'apporter à la *Souche de médecine militaire* (8 mai 1930) l'observation d'un malade présentant un état fébrile prolongé (deux mois et demi) qui sous l'influence d'un traitement que nous allons rapporter est entré rapidement en convalescence et est arrivé à une guérison définitive.

« Au point de vue étiologique, disent les auteurs, nous sommes mal fixés sur la nature de cette pyrexie de longue durée. Il existe des probabilités en faveur d'une méningococcémie à forme pseudo-palustre. Cliniquement, c'est avec une septicémie à méningocoques que notre cas présente le plus d'analogie; le début par une légère angine, l'aspect de la courbe de température, la conservation de l'état général, les éléments purpuriques rares et fugaces sont en faveur de cette hypothèse. Bactériologiquement, il est curieux de noter la stérilité de neuf hémocultures sur dix, et, d'autre part, la rareté et la fragilité des diplocoques aperçus dans la seule hémoculture dont le résultat puisse être retenu.

« Nous voudrions insister surtout sur le mode de guérison. Deux facteurs nous ont paru devoir être retenus : l'*abstention thérapeutique*, l'*introduction d'aliments crus et, en particulier, du blé germé*. Ce malade fut soumis pendant plusieurs semaines à une thérapeutique qui n'a rien d'agressif : huile camphrée, goutte à goutte rectal, enveloppements froids. Nous pensons, cependant, que la répétition de ces manœuvres inoffensives finit par créer un véritable surmenage thérapeutique; elles contribuent à entretenir un cercle vicieux qui se rompt le jour où l'on cesse de les appliquer. Nous avons eu déjà l'occasion d'attirer l'attention sur la fréquence des angines entretenues par une thérapeutique intempestive (1). Dans certains états fébriles ou subfébriles prolongés, nous sommes persuadés que des manœuvres hydrothérapiques ou chimiothérapiques, trop assidues, aggravent ou prolongent la maladie.

« Un second élément est intéressant dans cette guérison rapide. En parcourant la liste des aliments absorbés par notre sujet, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas, dans son régime, non pas une carence absolue en aliments vitaminisés, mais au moins une insuffisance relative. Parmi les aliments d'origine végétale, les uns, tels que les pâtes, sont nettement dévitaminisés, les autres, purées, bouillon de légumes, peuvent l'être relativement par une cuisson prolongée. Les aliments d'origine animale, lait et œufs, contiennent des vitamines, mais leur richesse est fonction de l'alimentation reçue par les animaux producteurs; elle varie selon la saison, c'est précisément en hiver qu'ils risquent d'être les plus pauvres. Quoi qu'il en soit, cet examen nous a conduits à augmenter la dose d'aliments crus et à donner, à chaque repas de midi, une cuillère à café de blé germé, dont on sait la richesse en facteur B, et la teneur en facteur A et en facteur C, et à chaque repas une banane. Le blé fut écrasé sur l'assiette et mélangé aux pâtes ou aux purées. L'amélioration fut très rapide, comme le montre l'observation, et la guérison complète. Tout s'est passé comme s'il y avait eu un choc, mais sans les inconvénients de cette thérapeutique aveugle, sans doute efficace dans certains cas, mais toujours brutale (2).

« Si nous apportons ce fait et cette interprétation, c'est que, depuis cette observation, nous avons pris l'habitude de donner systématiquement du blé germé et des bananes à tous les malades dont la convalescence est traînante, même parfois en pleine période fébrile aiguë. Dans les états aigus, nous faisons écraser les grains de blé dans un peu d'eau (une cuillère à café de blé), et le malade n'absorbe que le jus. Les bananes sont données pressées en bouillie et tièdes. Le plus souvent, nous avons observé, dans les états subaigus ou chez les convalescents, un retour rapide de la température à la normale, une amélioration surprenante de l'état général, la réapparition des forces et de l'appétit.

« Tels furent, entre autres, à titre d'exemples, un malade qui, après une angine, présenta un état infectieux prolongé avec fléchissement de l'état général, chez qui, à la suite de l'administration du blé germé, nous vîmes s'installer l'apyrexie et une convalescence rapide; tel autre, qui, convalescent de rhumatisme articulaire, restait anémique, pâle, asthénique; la prise régulière du blé germé produisit chez lui une transformation rapide de l'état général. Citons encore un sujet atteint de pleurésie purulente à streptocoque non hémolytique, que nous pûmes amener à l'apyrexie et à la guérison par des ponctions répétées, chez qui la prise quotidienne de blé germé fut suivie d'une régression marquée et rapide des signes locaux et généraux. »

(1) Chr. Zœller : « Les angines provoquées » (*Journ. des prat.*, 12 mai 1928).

(2) Ces faits sont à rapprocher de ceux rapportés par Mellamby et Green, dans le traitement de l'infection puerpérale par la vitamine A.

Ajoutons qu'outre sa teneur en vitamines, le blé apporte des composés phosphorés organiques dont la valeur tonique et nutritive n'est pas négligeable, et des sels de magnésie, dont les travaux récents de Delbet ont montré l'importance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930

Doctorat d'État. — 57. Aillaud. — Contribution à l'étude des contusions isolées du pancréas.

42. Assada. — La splénomégalie de la syphilis au cours des périodes primaire et secondaire.

24. Audoire. — Contribution à l'étude des hématomes scrotaux.

61. Babou. — Le pneumothorax bilatéral dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

62. Balmès. — Mesure du débit cardiaque. Ses variations dans les cardiopathies.

59. Berger. — Contribution à l'étude de l'iléus paralytique du postpartum.

26. Blanc (Auguste-Pierre). — Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux des bourses séreuses trochantériennes.

31. Blanc (Honoré-Eugène). — L'arthrorise postérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Indications. Technique. Résultats.

5. Bouchère. — Application chirurgicale des courants de haute fréquence dans le traitement des ulcères variqueux.

51. Bouet. — Essai d'étude pléthysmographique dans les artérites des membres.

36. Bouisset. — Quelques points de technique dans la cure chirurgicale de la syndactylie congénitale serrée.

48. Bouisson. — De la curiethérapie des épithéliomas cutanés du nez.

11. Buisson. — Contribution à l'étude de l'oléothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

15. Camboulives. — Des formes septicémiques de la tuberculose rénale.

25. Canceill. — Contribution à l'étude et au traitement de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur d'origine dentaire.

7. Cazalis. — De l'action de l'adrénaline dans le traitement des glaucomes et des iritis.

45. Cerati. — Contribution à l'étude des tumeurs épithéliales primitives de l'uretère et de leur traitement.

18. Clerc. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales de nature syphilitique.

27. Contencin. — Réaction de l'organisme au cours des séances de diathermie et déductions thérapeutiques.

34. Couderc. — La valeur diagnostique et pronostique de la méthode des radiographies prises en trois positions dans les fractures du col du fémur.

1. Debernardy. — Contribution à l'étude clinique du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

52. Duponnois. — Le pemphigus oculaire (ophtalmie pemphigoïde).

69. Dupuy. — Contribution à l'étude de la neurotomie rétrogassérienne dans les névralgies du trijumeau.
14. Estève. — Essais de traitement des maladies infectieuses par l'extrait de levure (saccharomyces).
58. Fabas. — Réaction de Wassermann et chancre mou.
66. Fabrègue. — Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie purulente aiguë par le drainage de la plèvre à « thorax fermé ».
68. Falot. — Contribution à l'étude de l'iléus par calculs biliaires.
23. Favier. — Contribution à l'étude et au traitement de l'insomnie.
37. Frèze. — Sur l'ectopie testiculaire croisée ou dystopie transverse des Allemands.
38. Galavielle (Pierre). — Réduction des fractures marginales postérieures du tibia par ténotomie du tendon d'Achille.
49. Galavielle (René). — Contribution à l'étude de l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires.
28. Gallut. — Sur un cas d'encéphalite péri-axile diffuse (maladie de Schilder).
64. Gaubert. — La malariathérapie dans la paralysie générale progressive.
46. Giraud-Michel (Mme). — Essai d'étude sur l'importance de l'élément moral dans la pathogénie des maladies.
2. Grimaud. — La folie de Gérard de Nerval.
41. Jeanjean. — Considérations sur l'épidémie de diphtérie de Montpellier de 1929-1930.
22. Lefranc de Thoré. — Les indications générales de l'oléothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
13. Lena. — Contribution à l'étude de la paralysie isolée du grand dentelé.
55. Lonjon (Mme), née Turot. — Contribution à l'étude de la névrite ascendante posttraumatique des membres.
39. Lucciardi. — Syndrome d'association d'acrocyanose et de sclérodermie de la face.
9. Luccioni. — Etude expérimentale et clinique de la torsion des annexes saines. Son rôle dans l'étiologie de l'hématocèle pelvienne.
70. Marron. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des maladies variqueuses.
44. Martin (Henri-Joseph-Emile). — Oxalémie et cure de Vittel.
3. Martin (Jean-Marie-Auguste). — Le traitement de la fièvre typhoïde par le sérum de Rodet.
60. Meyer. — Le prurit. Etude physiopathologique.
10. Michel. — De l'histogénèse des dents.
17. Montagné. — Contribution à l'étude expérimentale du blocage articulaire chimique.
20. Moulard. — Contribution à l'étude des parotidites avec calculs du canal de Sténon. Cathétérisme de ce conduit.
19. Nguyen Van Tan. — Des dacryorhinostomies systématiques dans les affections des voies lacrymales.
6. Nina. — Contribution à l'étude de l'adénite chronique de la région sus-sternale.
35. Oustric. — Les hernies épigastriques douloureuses et leur coexistence avec des lésions viscérales sous-jacentes.
12. Paradis. — Traitement de la blennorragie par les sels d'acridine.
40. Peise. — La prophylaxie du crime en République Argentine.
29. Pélissier (Mlle). — Le pneumothorax artificiel. Traitement des abcès du poumon (à propos d'une observation).
63. Poujad. — De la suture primitive des fractures ouvertes. Indication. Technique. Résultats.
4. Pous. — Syringomyélie traumatique.
32. Prat. — Contribution à l'étude des fractures de la colonne vertébrale. A propos des fractures méconnues des corps vertébraux.
30. Raynaud (Mlle). — Contribution à l'étude des ostéites typhiques.
8. Recordier. — Du rôle de la glande ovarienne dans l'apparition du diabète sucré.
53. Robert. — Contribution à l'étude du traitement de l'anémie par la méthode de Whipple.
54. Rouffiac. — Contribution à l'étude des sérums antigangréneux polyvalents de l'Institut Pasteur. Leur emploi dans la thérapeutique des gangrènes gazeuses, de l'appendicite et de la gangrène pulmonaire.
50. Sagols. — Les sinusites frontales aiguës. Etude anatomique et chirurgicale.
33. Silhol. — Contribution à l'étude de l'infarctus intestinal.
56. Soulas. — Fibromes utérins et cancers épithéliaux cavitaires.
47. Suquet. — Sur un cas de syphilis médullaire à forme de sclérose latérale amyotrophique. Intermittence du signe de Babinski.
16. Thaon. — Contribution à l'étude du traitement des complications de la grippe plus particulièrement envisagé au cours de l'épidémie 1928-1929.
43. Verdeuil. — De l'évacuation extemporanée de l'utérus par la méthode du professeur Paul Delmas dans les hémorragies graves par placenta prævia.
21. Viarnès. — Traitements intra-utérins des infections puerpérales.
65. Zubléna. — Des indications thérapeutiques dans la maladie de Basedow.

Doctorat d'Université. — 10. Bichara. — Le procédé du professeur Paul Delmas (évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse) dans le placenta prævia.
13. Bregman. — Contribution à l'étude de la sérothérapie dans le tétanos.
3. Kondoferski. — Contribution à l'étude des phlegmons gangréneux de la région inguino-crurale.
16. Kounya. — Contribution à l'étude de la curiethérapie isolée du cancer de la langue.
2. Kratchounoff. — Contribution à l'étude du sarcome primitif du foie.
14. Maslennikoff (Mlle). — Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire.
7. Midani. — Le glaucome traumatique.
17. Mikaëlian. — Contribution à l'étude de la myorraphie antérieure des releveurs dans le traitement des prolapsus génitaux.
11. Nenoff. — Contribution à l'étude des perforations intestinales dites diastasiques.
15. Oursoff. — Sur la cataracte congénitale chez les enfants atteints d'encéphalopathie.
4. Paskoff. — Traitement de l'agitation dans les maladies mentales par l'acide borique.
6. Plahkis. — Les six cas heureux publiés d'opération de Trendelenburg dans l'embolie pulmonaire postopératoire.
9. Randriamaro. — Essai sur la pathologie générale de Madagascar à travers les âges.
5. Thiry. — Des calculs secondaires aux interventions sur la région cervico-prostatique.
8. Tran Tho Dong. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel (diverticule fixé au mésentère).
12. Tsuckerman. — Contribution à l'étude de la résection du plexus hypogastrique supérieur en gynécologie.
1. Zaidman. — Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER DE LA PROSTATE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

C'est l'épithélioma primitif de la prostate qui pose un gros diagnostic avec l'adénome. Fréquence presque égale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Microscopique. — Adénocarcinome ou carcinome pur;
— Epithélioma greffé sur adénome (fréquent).

Macroscopique. — Au début *localisé* : prostate augmentée de volume, noyaux durs.

Plus tard *étendu* : carcinose prostato-pelvienne, englobe vésicules, vessie, rectum.

— *Adénites* : précoces, *inaccessibles* : iliaques, lombaires; parfois inguinales.

SYMPTOMES

Début. — Chez un homme de quarante-cinq à soixante ans (prostatique trop jeune ou trop âgé).

Vient consulter pour :
— *Une hématurie* spontanée, peu abondante, indolore; hématurie terminale ou initiale, provoquée facilement par une exploration.

A l'interrogatoire :
— *Dysurie* : pesanteur, cystalgies, brûlures après la miction, irradiant dans les lombes; miction incomplète.
— *Pollakiurie* nocturne; parfois incontinence précoce.

Tous ces signes *évoluant plus vite* que chez un adénomateux.

Examen. — 1° Ou bien *cas de début* :

Au *toucher rectal* :
a. Prostate augmentée de volume avec *zone indurée* ligneuse;
b. Prostate infiltrée en entier : *petite prostate très dure.*

En tous cas :
— *Dureté* faisant penser au cancer;
— *Douleur*;
— *Motilité* encore conservée.

Au *cystoscope* : vessie encore libre, non envahie; saillie du bas-fond avec cul-de-sac (rétention partielle).

2° Ou bien *déjà avancé* : *carcinose prostato-pelvienne.*

Toucher rectal : *tumeur* grosse, remonte souvent haut, adhérant aux parois pelviennes, *infiltrée*, *immobile*, *inégale* (noyaux durs, noyaux ramollis).

Au palper combiné : ses limites.

A la cystoscopie : bas-fond infiltré, rigide, hémorragique ou végétant.

ÉVOLUTION

A ce moment les signes fonctionnels s'aggravent :

— **Douleurs** dans la sphère du sciatique : *sciatique double.*

— **Phénomènes** de *cystite* : hématuries abondantes et répétées, pyurie (à l'origine de l'*infection ascendante*).

— **Compressions** : rectale avec ténesme, subocclusion, vasculaires avec œdèmes.

Parallèlement *signes généraux* :
— Amaigrissement et anémie;
— Teint d'infecté et d'intoxiqué;
— Etat subfébrile.

La mort est le fait :
— De l'*infection ascendante* pyélo-rénale (néphrite ou urémie progressive);
— D'une *anurie* (compression);
— Rarement hâtée par une *métastase* viscérale (surtout *osseuses*, sacrum, rachis, hyperdouloureuses).

FORMES CLINIQUES

— **Adénome cancérisé** (fréquent) : argument en faveur de l'ablation précoce :
— Soit diagnostiqué cliniquement;
— Soit surtout *f. histologiques.*

— **Sarcome** (rare) : chez l'enfant ou l'adulte jeune; grosse tumeur lisse, régulière, molle; évolution rapide; très grave (récidives).

DIAGNOSTIC

Avant tout sur les **signes physiques.**
— Prostatite chronique : pas de noyaux durs,
— Tuberculose de la prostate : gros noyau unique ou grains de plomb, évoluant vers la suppuration; autres lésions uro-génitales concomitantes.

— Avant tout l'*adénome prostatique* :
— Pas de douleurs vraies, pas d'hématuries; évolution lente.
— Pas de noyaux; à la cystoscopie aspect différent.

Mais parfois petites prostates scléreuses donnant des symptômes peu nets : diagnostic très difficile.

A une phase avancée, diagnostic sans intérêt et facile :
— Avec les *périprostatites chroniques*;
— Avec le *cancer du rectum* (surtout lorsque sa paroi antérieure est envahie).

TRAITEMENT

Contre-indication absolue : toute *métastase.*

1° **Chirurgie.** — La *prostatectomie* :
— Surtout intracapsulaire (énucléation de Freyer), peu grave, donne de bons résultats surtout si le cancer est bien limité ou histologique;
— Acessoirement extracapsulaire large (grave), soit par voie périnéale, soit par voie transvésicale; enfin prostatocystectomie, très choquante.

2° **Radiumchirurgie.** — De plus en plus employée; surtout active sur l'*adénoépithéliome* :
— Soit extirpation limitée et radiumpuncture;
— Soit radiumpuncture seule :
— Par voie périnéale;
— Par voie vésicale.

Associée à la cystostomie palliative, permet d'améliorer les cas avancés.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 72. — SAMEDI 6 SEPT. 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 6 SEPT. 1930. — N° 72.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

AVIS DE CONCOURS. — Un nouveau concours sur titres (rendu nécessaire par la défection du candidat classé) pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène aura lieu à la préfecture de la Marne le 16 octobre 1930.

Ce concours est réservé par priorité aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français et, au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Ces candidats devront être français, âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus dans l'année du concours.

Leur demande, rédigée sur timbre, sera adressée au préfet de la Marne (division du cabinet) avant le 1er octobre 1930 et accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance;

2° Certificat médical d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté;

3° o fr. 60 pour frais de casier judiciaire;

4° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine;

5° Certificat de position militaire;

6° Exposé des titres, travaux, états de service et références notamment en matière de phtisiologie et syphiligraphie;

7° Principales publications;

8° Engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et à la direction d'hôpitaux ou établissements de même nature;

9° Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, de continuer son service dans le département pendant trois mois au moins si les nécessités du service l'exigent.

Le traitement de l'inspecteur départemental d'hygiène est fixé à 42.000 fr. au début, 45.000 fr. après trois ans, 50.000 fr. après six ans de services. Une indemnité annuelle et forfaitaire de 6.000 fr. lui sera en outre allouée pour frais de déplacement et une voiture automobile sera mise à sa disposition.

Le titulaire sera en outre admis, sur sa demande, à bénéficier des avantages de la caisse départementale de retraites.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE (Liége, 14 au 18 septembre 1930). — Secrétariat : 25, rue Louvrex, Liége. — Quelques jours nous séparent du Congrès de physiothérapie. Il est de notre devoir d'insister sur les grandes questions scientifiques qui seront traitées dans les différentes sections, et tout particulièrement les rapports généraux relatifs aux affections du système nerveux, à la question du rhumatisme et à l'enseignement de la physiothérapie.

Rapporteurs : MM. Groeber, Delherm, Gunsburg, van Breenen, Jansen.

Le Congrès entendra également un exposé général de MM. Strasburger, Dessauer et Happel sur les propriétés de l'air ionisé.

Des rapports de MM. Boner et professeur Mund sur l'émanothérapie, de MM. Tissier et Ledent sur les résultats éloignés de l'éducation physique, de MM. Roderer, Ory et Mlle Hadji sur les traumatismes du coude, de M. Bourguignon sur la chronaxie, de M. Bordier sur la diathermie, de MM. Razesja et Laquerrière sur l'ionisation.

Quant à la section de radiologie, elle étend ses travaux aux questions expérimentales comme à la thérapeutique et à la prophylaxie des accidents professionnels (MM. Borat, Holthuysen, Dustin, Sluys, Lambin).

La section d'électrologie présente une série de travaux relatifs aux courants statiques. Nous y rencontrerons une participation importante des écoles américaines et françaises.

Quant à la section d'actinologie, elle a divisé son programme en une section physique, une section biologique et une section thérapeutique.

Le Comité international de la lumière se réunira à Liége le 16 septembre.

L'importance de ce programme n'échappera pas à nos lec-

teurs, dont l'exécution est assurée par 650 adhérents représentant 30 pays. Environ 200 travaux feront l'objet des discussions.

Le Comité liégeois du Congrès de physiothérapie a prévu comme ceci le programme des festivités organisées du 14 au 18 septembre :

Dimanche 14 septembre, à 11 h. : à l'Université, l'ouverture de l'exposition de physiothérapie; à 20 h. : au Kursaal de la ville (exposition secteur Sud). Réception par le Comité liégeois.

Lundi 15 septembre : Le Comité des dames assurera la visite du musée Curtius, de l'hôtel d'Amsenbourg et du Palais provincial.

Les congressistes se retrouveront à 18 h. à l'église Saint-Jacques.

A 20 h. : concert en la grande salle du secteur Nord, avec le concours de M. Hector Clockers, Lucien Mawet, professeur au Conservatoire et de la Royale, les disciples de Grétry, sous la direction de M. Jean Kitin. Fêtes de nuit et illuminations.

Mardi, après midi : visite sous la conduite du cercle Archéologique liégeois de l'Exposition de l'Art Wallon. Le soir, au Kursaal de la ville, concert de grande symphonie sous la direction de M. Léopold Charlier, professeur au Conservatoire. Après le concert, réception dans les salons du Kursaal.

Mercredi 17 : réception par le Comité des dames à l'Exposition. Le soir, banquet dans la salle Mauresque du Continental.

Jeudi 18 : excursion par les vallées de l'Ourthe et l'Amblève et Sanatorium de Borgoumont-Fontaines de Spa. Réceptions dans la ville de Spa. Visite de l'établissement thermal; lunch au Palace Hôtel des Bains. Visite de Spa-Monopole. Retour à Liége en auto-car. Les adhésions pour le Congrès sont reçues auprès de M. Dubois-Trépagne, 25, rue Louvrex, Liége

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Valude, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Professeur : M. A. Gosset.) — Le docteur René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux, chargé des consultations de gastro-entérologie, réservera, pour l'année scolaire 1930-1931, deux places d'assistants libres à des médecins (français ou étrangers parlant couramment le français) désireux de se perfectionner en clinique et en radio-diagnostic digestifs.

Ecrire au docteur Gutmann, à la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris, avant le 15 octobre 1930.

LIVRES NOUVEAUX

Urologie pratique (1), par le docteur P. Bazy, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine.

Ce beau livre que nous avons déjà annoncé lorsque M. Bazy le présenta à l'Académie de médecine s'adresse tout spécialement aux praticiens, à la masse des médecins qui ont besoin de trouver en présence d'un cas déterminé et urgent de leur pratique médicale un conseil qui puisse immédiatement les diriger et dans le diagnostic du cas et la thérapeutique d'urgence qui leur convient.

Les approbations nombreuses que l'auteur a reçues de ses ouvrages antérieurs conçus dans le même esprit l'ont encouragé à publier celui-ci, parce qu'elles en montraient l'utilité et peut-être la nécessité.

L'expérience de l'auteur pourra aussi être utile aux urologues en leur faisant connaître ou leur remettant en mémoire les idées d'un chirurgien qui peut dire avoir été un novateur dans la pratique urologique et qui, par conséquent, ne craint pas les idées nouvelles, mais ne les met pas en pratique sans discernement. Cet ouvrage pourra leur suggérer, il l'espère, d'utiles réflexions. L. G.

(1) Un volume in-8 (20,5×13,5) de 536 pages avec nombreuses figures dans le texte. — Prix broché : 80 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

La Septicité bucco-dentaire. Son rôle et son importance en pathologie (1), par P. Fargin-Fayolle et R. Thibault, professeurs à l'École française de stomatologie, Stomatologistes des hôpitaux de Paris.

La septicité bucco-dentaire et les infections qu'elle détermine ont été l'objet depuis vingt-cinq ans, surtout dans la littérature médicale de langue anglaise, d'un nombre considérable de travaux.

Les septicémies aiguës d'origine buccale sont, en France, les mieux connues et de nombreuses observations en sont rapportées dans les revues stomatologiques et dentaires. Il semble toutefois que beaucoup de médecins non spécialisés ne sont pas encore convaincus de leur fréquence.

Quant aux septicémies chroniques, elles occupent en pathologie un rôle de premier plan depuis que la connaissance des infections locales est venue projeter quelque lumière sur les états infectieux mal définis, décrits jusqu'alors sous la dénomination d'infections cryptogénétiques. On sait toute l'importance que le chirurgien américain Ch. Mayo accorde à cette « local infection » d'origine dentaire. Les conceptions pathogéniques et les méthodes thérapeutiques de nombreuses affections articulaires, cardiaques, gastriques, rénales, s'en sont trouvées, aux Etats-Unis, radicalement modifiées. Le moment semble donc venu d'exposer ces conceptions aux milieux médicaux français qui n'ont, jusqu'à présent, accepté ces théories d'outre-Atlantique qu'avec beaucoup de circonspection.

Ce livre est le premier ouvrage de vulgarisation publié en France sur ce sujet. Il s'adresse avant tout aux médecins non spécialisés, pour leur permettre de ne plus ignorer les lésions bucco-dentaires susceptibles d'être une source de dissémination infectieuse, de savoir comment elles se traduisent cliniquement et radiographiquement et de connaître les manifestations à distance auxquelles elles peuvent donner lieu. Ils pourront ainsi observer utilement les faits cliniques qui s'offriront à leur examen et régler en conséquence leur conduite thérapeutique. L. G.

(1) Un volume in-8 de 124 pages, avec 16 figures hors texte. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

RENSEIGNEMENTS

INTERNE EN MÉDECINE demandé à l'asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne, près Angoulême (Charente). Traitement de début : interne-docteur, 6.500 fr.; interne-étudiant, 3.500 fr. Avantages en nature : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Douze inscriptions N. R. ou dix inscriptions A. R. exigées.


OVULES ROCHE
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F.HOFFMANN-LAROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F.HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.
R. C., 127.006, Seine.


Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX quelle qu'en soit l'origine.
TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
de toutes les Affections aiguës ou chroniques
des Voies Respiratoires
Rhumes, Grippes, Bronchites. Catarrhes
ASEPSIE DES BRONCHES ET DES VOIES RESPIRATOIRES PAR LE
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés Antiseptiques Sédatifs Expectorants
BRONCHOSEPTOL LAURIAT
Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants
Bromol – Codéine – Poudre de Dover, etc.
ADULTES : De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.
Avaler sans sucer ni croquer.
Laboratoires LAURIAT, 31 bis, rue des Bois-Colombes, La Garenne-Colombes (Seine).

REVUE GÉNÉRALE

LES LYMPHADÉNIES ALEUCÉMIQUES

Par Paul FOUCAUD,
Ancien interne des hôpitaux de Nantes.

On peut réunir sous ce nom toutes les hyperplasies ganglionnaires chroniques s'accompagnant ou non de métastases, à évolution progressive et fatale, sans altérations leucémiques du sang. Ces affections, différentes dans leurs caractères histologiques et évolutifs, ont un caractère clinique commun observé depuis longtemps : l'adénopathie sans leucémie, syndrome que Trousseau avait séparé de la leucémie et nommé *adénie*.

***

I. Historique. — Au début, *période clinique* : Hodgkin en 1832, appelle l'attention des médecins sur une maladie ganglionnaire nouvelle, signalée par Morgagni (1761) et Craigie (1828) en publiant sept cas d'hypertrophie simultanée des ganglions et de la rate. On lui rapporte alors nombre d'affections jusqu'en 1845 où Virchow isole la leucémie lymphoïde. Toute hypertrophie ganglionnaire devient alors leucémie.

En 1856, Bonfils, sous le nom de cachexie sans leucémie, Wilks et Pavy, sous celui de *maladie de Hodgkin*, établissent l'existence d'adénopathies sans altérations sanguines. C'est la période hématologique. Trousseau, Wünderlich, Virchow, Cossy, Conheim qui l'appelle *pseudo-leucémie*, ne trouvent pas dans ce syndrome le nombre des leucocytes du sang augmenté. En 1866, Cornil et Ranvier proposent le terme de *lymphadénie aleucémique* et Trousseau appelle *adénie* cette « espèce morbide nouvelle dans la grande famille ganglionnaire ».

La *période histologique* est ouverte en 1888 par Bard et Guillermet qui divisent l'adénie en cancer des ganglions et adénies infectieuses. Askanazy, Weishaupt (1891), séparent la *tuberculose ganglionnaire hypertrophiante*. En France celle-ci est étudiée par Sabrazès (1892), Duclion, Courmont, Delbet, Berger et Bezançon. En 1893, Kundrat décrit la lymphosarcomatose, lésion ganglionnaire multiple, mais non néoplasique. Pinkus, en 1898, appelle *pseudo-leucémie vraie* cette adénie, dont les lésions histologiques sont semblables à celles de la leucémie. Paltauf et Sternberg en 1897 isolent un troisième type d'adénie dont l'aspect histologique est semblable au tissu de granulation : c'est la *lymphogranulomatose*, qu'ils classent comme une tuberculose lymphatique atypique, et que confirment Bezançon et Labbé (1899), Dominici et Ribadeau-Dumas, Benda (1904). On discute alors l'étiologie de ce syndrome. Chiari et Yamasaki, Krichner, Aschoff, Ziegler, Paltauf lui-même, en 1912, lui dénient sa nature tuberculeuse. On incrimine des bacilles entre autres le corynebacterium Hodgkini de Banting et Yates, un bacille voisin du paratyphique A décrit en 1922 par Lorrain et Rendu (34). L'étude hématologique plus poussée permet à Vaquez et Ribierre de signaler la polynucléose, à Widal et Lesné l'éosinophilie. Nœgeli, Fabian en 1911, revisent les lymphadénies en général. Clerc en 1910 les divise en typiques (lymphomatose), et atypiques (lymphosarcome et maladie de Hodgkin). Dès 1913 cette dernière est nettement isolée par Guggenheim, Lacronique, Rieux, Favre et Colrat en 1918 et 1921, qui la nomment *adénie éosinophilique prurigène* (18); Prieur, Denniel (22) en 1924 étudient la question et, avec Masson (37), Ménétrier et Mme Bertrand-Fontaine (38), Ferrata, admettent une nature infectieuse non néoplasique. De belles revues générales sont faites par M. Aubertin et R. Lévy (4), H. Durand (25), Nobécourt consacre une leçon à la lymphogranulomatose. On se rattache davantage à l'idée d'une infection. Des observations de L. Bernard, Coste et Lamy (9), Merle (39), Marchal (36), Fiessinger et Cattan (26), tendent à lui attribuer une origine tuberculeuse. Tassovatz (50) a consacré sa thèse à l'étude des formes pleuro-pulmonaires, dont les observations sont nombreuses.

Les travaux sur les *lymphadénies aleucémiques* n'ont pas été aussi nombreux que sur la lymphogranulomatose : la *lymphadénie tuberculeuse* isolée par Sabrazès et Duclion en 1897 est étudiée par Bezançon et Labbé, Baumgarten en 1899, Broca au Congrès de chirurgie de 1902, Mendel et Sternberg, Sabrazès en 1928 (49). Löwenbach en 1899, Potier, Weill (de Lyon) et Bernheim en 1924, isolent et étudient les *lymphadénies syphilitiques*. Haberfeld en 1914 décrit des formes lymphadéniques de la lèpre. Le lymphosarcome est étudié au Congrès de Lille de 1899 par Sabrazès et Duclion, Ribbert, Ménétrier dans « Le Cancer », Aubertin, Bezançon et Labbé, Masson, les thèses de Quignon (46), et de Prade (43). La lymphomatose est étudiée de loin en loin par Vaquez et Ribierre en 1902, Clerc en 1910 et 1925 (17). Rieux en 1912 fait une revue critique de la pseudoleucémie. Letulle en 1927 décrit le *lymphocytome malin* (33); enfin M. Aubertin a publié des cas reliant la lymphadénie à la leucémie lymphoïde (2 et 3).

***

II. Classification : formes anatomo-cliniques. — Nous prendrons pour base de classification l'hyperplasie ganglionnaire qui peut être autonome ou inflammatoire :

1° Hyperplasie autonome. — *a.* Accompagnée de lésions sanguines portant sur l'augmentation de la série blanche : *leucémie lymphoïde*.

b. Sans lésion sanguine quantitative :

L'examen histologique divisera l'hyperplasie en : 1. typique : *lymphomatose;* 2. atypique : *lymphosarcome.*

2° Hyperplasie inflammatoire. — *a.* Causée par un agent spécifique connu : *lymphadénies tuberculeuse et syphilitique.*

b. Causée par un agent spécifique inconnu : *lymphogranulomatose maligne* ou *maladie de Hodgkin-Sternberg; lymphogranulomatose inguinale bénigne de Nicolas et Favre.*

L'étude des lymphadénies tuberculeuses et syphilitiques se rattache à leur cause; de même la lymphogranulomatose inguinale à la syphiligraphie; nous ne comprendrons pas dans notre étude ces trois affections qui n'ont pas les caractères de généralisation et de gravité des trois suivantes : lymphomatose, lymphosarcome et lymphogranulomatose maligne.

Lymphomatose. — La lymphomatose, encore appelée lymphadénie typique aleucémique à réaction lymphoïde (Clerc); lymphadénie aleucémique (Cornil et Ranvier), pseudo leucémie vraie (Pinkus), est une hyperplasie autonome rigoureusement localisée au tissu lymphoïde; elle présente de grands rapports histologiques et cliniques avec la leucémie lymphoïde qui ne serait qu'une variété de lymphomatose.

Symptômes. — Elle débute insidieusement par une *adénopathie* cervicale ou sous-maxillaire souvent symétrique; puis des tumeurs ganglionnaires analogues se développent dans les aisselles, les aines, parfois le médiastin, par poussées subaiguës, elles sont indolores, mobiles et ne suppurent jamais. La *rate* modérément hypertrophiée est insensible; de même le foie. Les autres organes peuvent être intéressés : intestin, poumon, médiastin. Les *lésions cutanées*, bien que plus rares que dans la maladie de Hodgkin, consistent en érythrodermie, vésicules, ou simple prurit (prurigo lymphadénique de Dubreuilh). Certains mycosis fongoïdes d'Alibert aboutissent après deux phases d'érythrodermie et de lichénisation à la formation de nodules lymphoïdes et peuvent se rattacher à la lymphomatose. La *fièvre*, rare et modérée, n'apparaît qu'au cours des poussées ganglionnaires et semble l'apanage des formes à polynucléose sanguine.

Le *sang* n'est pas ou peu modifié quantitativement : anémie légère, leucocytose nulle ou atteignant au plus 15 à 20.000 globules blancs. Vaquez et Ribierre ont vu même de la leucopénie (2.300 G. B.). La formule dénote une forte monocytose allant parfois à 92 p. 100 comme dans la leucémie lymphoïde; il n'y a pas d'éosinophilie. Cependant on a vu des formules normales ou à polynucléose neutrophile; à ces formes, M. Aubertin réserve le nom de lymphadénie aleucémique, appelant les précédentes subleucémie lymphoïde (2).

Anatomie pathologique. — Les lésions de la lymphomatose ont un caractère hyperplasique démesuré envahissant, mais non infiltrant, s'écartant peu du type cellulaire original. *Macroscopiquement* les ganglions sont plus ou moins gros, séparés les uns des autres et non adhérents aux tissus voisins. La coupe en est dure, lardacée, mais jamais ramollie. Dans les organes envahis, on trouve des masses blanchâtres (lymphomes) repoussant le parenchyme, mais en étant séparées par une capsule : la rate et la moelle osseuse sont toujours atteintes. Nous avons trouvé de véritables cavernes pulmonaires dans des lymphomes ulcérés (P. Perrin).

Histologiquement l'aspect est typique dans les ganglions hypertrophiés : sinus, follicules, cordons ont entièrement disparu, envahis par des amas de lymphocytes parsemés de lymphoblastes, les caryokinèses, les cellules à type macrophogique sont fréquentes; il n'y a ni polynucléaires, ni éosinophiles. Le réticulum fibrillaire est irrégulier et épaissi. La capsule n'est pas envahie, protégée par une lame conjonctive qui peut être infiltrée. Cet aspect d'hyperplasie lymphocytaire se retrouve dans les organes : corpuscules de Malpighi pour la rate, espaces portes pour le foie, plaques de Peyer, etc., partout où existe du tissu conjonctif interstitiel.

Évolution. — L'évolution de la lymphomatose est lente, intermittente, retardée par le traitement radiothérapique précoce. Mais la cachexie emporte le malade après quelques années, à moins de troubles compressifs du médiastin, ou d'infection intercurrente. Certaines systématisations de la prolifération lymphoïde sont tellement rapides et étendues que Letulle les a comparées à un processus de tumeur maligne bien que restant histologiquement bénin (33); c'est le lymphocytome malin. Boidin a publié un cas de ce genre (11). Au cours de cette évolution, le chiffre des globules blancs se modifie peu : le taux peut atteindre cependant 30 à 40.000 éléments : il y a subleucémie.

Il est exceptionnel de voir la transformation d'une lymphomatose en leucémie lymphoïde; mais des faits ont été observés par Preti, Aubertin (2 et 3) et confirment les rapports anatomiques et hématologique de ces maladies, rapports déjà entrevus par Wünderlich en 1866 et Pinkus. M. Aubertin a pu montrer qu'il existe un stade préleucémique de la leucémie lymphoïde rarement observé car il y a peu d'adénopathies et la leucocytose est normale; la formule très rarement normale montre de la mononucléose. « La lymphadénie aleucémique avec lymphocytémie, ajoute M. Aubertin, et la leucémie lymphoïde ne sont, en réalité, qu'une seule et même maladie puisque la première peut, exceptionnellement il est vrai, se transformer en la seconde. Le syndrome leucémie n'est qu'un cas particulier, le plus fréquent d'ailleurs, d'une affection générale, la lymphomatose. »

Lymphosarcome. — Ce nom, sous lequel on décrit nombre de tumeurs, doit désigner le cancer propre des ganglions et du tissu lymphoïde, tumeur maligne née aux dépens de l'élément lymphocytaire caractéristique et non de l'élément conjonctif. Il est difficile même par l'histologie de séparer nettement les lymphosarcomes et la sarcomatose fuso ou globocellulaire; les deux processus peuvent se superposer. Aussi les aspects en sont-ils multiples et les dénominations nombreuses : lymphadénie atypique, lymphocytome, lymphadénome malin, lymphadénosarcomatose, sarcome lymphoïde, sarcome lymphoblastique. Toutes ces formes présentent une allure agressive, une évolution brutale et donnent des métastases. L'âge moyen de leur apparition est entre vingt-cinq à quarante ans.

Symptômes. — Le lymphosarcome débute par une adénopathie unique, envahissant ensuite un groupe

ganglionnaire; ces tumeurs asymétriques, indolores, débordent la capsule et confluent en une masse bosselée et molle adhérant à la peau, parfois l'ulcérant ainsi que les tissus voisins. En même temps des métastases se produisent dans les groupes ganglionnaires du mésentère, du médiastin, ou dans les organes lymphoïdes tels que les amygdales, le thymus, la rate : évolution par étapes qu'accompagne une cachexie rapide. Il n'y a ni prurit, ni fièvre. (Rieux a observé des fièvres intermittentes.)

Le *sang* offre peu de particularités : anémie précoce, légère leucocytose avec mono ou polynucléose. Les éléments anormaux tels que : cellules de Rieder ou de Türk, cellules primordiales, normo et prolymphoblastes, etc..., se rencontrent au cours d'anémies graves ou de poussées hématopoiétiques et n'ont aucune valeur diagnostique.

Formes cliniques. — Le lymphosarcome peut, au début du moins, se localiser à un groupe ganglionnaire; le plus fréquemment atteint est le *cou*, où les tumeurs peuvent ulcérer la peau, comprimer ou envahir les organes ou les vaisseaux déterminant de la dyspnée, de la dysphagie, des paralysies laryngées, des troubles de la circulation encéphalique. Cette forme aboutit à la mort en deux ans. La *localisation médiastinale* est fréquente : les trois quarts des cas dans le médiastin antérieur [Quignon (46)], parfois le thymus (Harvier et Letulle). La mort survient en six à huit mois par troubles compressifs (Sabrazès et Duclion). La *localisation intestinale*, étudiée par Truffi, est rare; elle se manifeste par une tumeur abdominale marquée au début par des adénopathies mésentériques, avec coliques, diarrhée, parfois perforation intestinale. La généralisation très rapide se fait en six mois [Prade (43)].

Anatomie pathologique. — Les ganglions, *macroscopiquement*, sont fusionnés en une masse irrégulière, adhérant aux tissus voisins sans limites capsulaires; l'intérieur est mou, parfois liquide, avec zones hémorragiques et caséiformes. Les vaisseaux et les nerfs ne sont pas envahis comme dans le sarcome, seulement englobés et comprimés. On retrouve ce même aspect dans les métastases.

Histologiquement la complexité de l'affection se dévoile : entre les hyperplasies ganglionnaires bénignes et les hyperplasies mortelles à leur début, il n'y a aucun caractère distinctif; les métastases ont une morphologie semblable à celle des éléments hyperplasiques; aussi Masson (37) a-t-il pu écrire : « il est impossible bien souvent de discerner si les cellules néoplasiques y sont en qualité d'éléments autochtones et hyperplasiques ou de cellules métastasiques (*Les tumeurs*, p. 219 et 220) ». *La classification de M. Ménétrier* qui admet le lymphocyte comme l'élément actif de la néoplasie nous semble la plus claire, le terme de lymphocytome remplaçant celui de lymphosarcome : 1° *le lymphocytome typique* rappelle la structure des hyperplasies ganglionnaires : les cellules lymphoïdes prolifèrent indéfiniment, les mitoses sont nombreuses; la disposition folliculaire du ganglion a disparu, mais à côté de parties entièrement occupées par le tissu néoplasique, la coupe peut montrer des zones parfaitement intactes. La capsule est infiltrée; le reticulum plus ou moins net existe toujours et doit être considéré non comme une formation néoplasique, mais comme une production réactionnelle secondaire témoignant d'une conservation des fonctions physiologiques du lymphocyte; 2° *le lymphocytome atypique* ne présente pas de reticulum. La structure ganglionnaire est complètement bouleversée; l'élément cellulaire a les caractères du lymphocyte : noyau rond, peu de protoplasma; on rencontre aussi des formes irrégulières, vésiculeuses. Les vaisseaux sont réduits à une mince paroi endothéliale, mais jamais détruits. L'aspect rappelle celui des sarcomes à petites cellules rondes.

Le lymphocytome métatypique de Bezançon et Labbé (1899) correspond soit à la lymphogranulomatose, soit au lymphocytome atypique.

Chambard en 1880, puis Goormaghtigh en 1925 surtout (31), ont montré que le tissu réticulo-endothélial des ganglions peut proliférer en gardant sa propriété fondamentale : le pouvoir de phagocytose. Les réticulo-endothéliomes siègent au cou, au pharynx; ils sont proliférants mais radio-sensibles. Firket pense que de telles tumeurs se développent là où un sarcome lymphoïde typique a été désintégré par un toxique ou des radiations (27). Ménétrier pensait que l'irritation chronique pouvait développer des lésions néoplasiques dans la période terminale de certaines lymphogranulomatoses. Nous avons pu constater (28) la coexistence de lésions néoplasiques et lymphogranulomateuses : les lésions ganglionnaires intermédiaires entre la maladie de Sternberg et le réticulo-sarcome comprenaient un nombre considérable de cellules endothéliales et de cellules intermédiaires entre celles-ci et la cellule de Sternberg, mêlées intimement aux cellules lymphoïdes, formant le fond de la préparation dans lequel on rencontrait de nombreux éosinophiles et des plasmocytes. La chaîne serait donc continue de l'inflammation simple à la tumeur maligne.

Lymphogranulomatose maligne. — Cette affection encore dite maladie de Hodgkin ou de Sternberg, riche de symptômes, est relativement fréquente. D'origine inflammatoire encore indéterminée, elle est primitivement localisée au tissu lymphatique, et peut se généraliser par marche extensive. Elle tire son nom de ce que ses lésions rappellent le tissu de granulation s'organisant dans les régénérations conjonctives des inflammations. Elle est encore nommée adénie éosinophilique prurigène (Favre-Colrat), granulome malin (Benda).

Symptômes. — La maladie de Sternberg naît toujours dans le tissu ganglionnaire et s'étend de proche en proche irrégulièrement et asymétriquement aux autres groupes lymphatiques. Le début clinique est très polymorphe : *adénopathie* cervicale surtout, mésentérique, médiastinale. Cette dernière très fréquente provoque des débuts très variés (paralysie laryngée ou phrénique, compression bronchique, épanchement pleural); on rencontre des débuts par splénomégalie, atteinte de l'état

général (fièvre, cachexie), affection pulmonaire, souvent par du prurit et lésions cutanées.

A la *période d'état*, la maladie offre cinq signes principaux, rarement au complet simultanément : 1° des *adénopathies* : soit superficielles (cervicales, axillaires, inguinales), pluriglandulaires, asymétriques, de volume variable; les ganglions sont indolents, de consistance molle au début, cartilagineuse ensuite, assez mobiles entre eux; ils ne suppurent ou ne s'ulcèrent qu'exceptionnellement; soit adénopathies profondes; l'atteinte du médiastin, très fréquente, doit être recherchée par la radioscopie même en l'absence de signes cliniques.

2° *La splénomégalie* suit de près les adénopathies; l'atteinte splénique existe à tous les degrés « depuis les plus fines granulations jusqu'au gros nodule nécrosé » (Aubertin); on trouve généralement une rate percutable, mais non palpable, souvent normale. On peut constater aussi de l'hépatomégalie.

3° *Les manifestations cutanées* sont très fréquentes. Nicolas et Favre ont insisté sur le *prurit*; Dubreuilh en faisait une manifestation générale des lymphadénies, mais Kreibich, en 1908, l'a rattaché presque exclusivement à la maladie de Sternberg; des *lésions constituées* papuleuses, eczématiformes, érythrodermiques [Louste (35), Prieur], des troubles pigmentaires (Guggenheim) s'observent souvent.

4° *La fièvre*, l'un des symptômes les plus constants revêt plusieurs types (Gowers, 1879) : fièvre ondulante ou à rechutes (la fièvre survenant au cours d'une poussée ganglionnaire); fièvre continue (plus rare); fièvre hectique à type rémittent; type inverse, enfin fièvre irrégulière réunissant successivement ces types.

5° *Transformations sanguines :* les hématies sont en nombre normal ou autour de 4 millions; l'anémie ne s'observe qu'à la fin de la maladie. Les plaquettes diminuent de nombre (Aubertin). Les leucocytes atteignent, en général, un taux de 15 à 20.000 éléments; un chiffre normal ou de la leucopénie ne s'observent qu'après radiothérapie; cette leucocytose ne semble pas varier avec les poussées thermiques ou ganglionnaires. La formule est caractéristique, polynucléose neutrophile (80 à 95 p. 100) même si le chiffre des leucocytes est normal, éosinophilie (3 à 8 p. 100, on a vu 14,19 p. 100); M. Aubertin fait remarquer que si le pourcentage semble bas, le chiffre absolu de l'éosinophilie est toujours élevé : 100 à 500 au lieu de 60 à 100. La lymphocytose n'existe que rarement au début de la maladie. Les mononucléaires, diminués dans leur pourcentage, ont un chiffre absolu normal. En cas de forte polynucléose, on trouve de 2 à 3 p. 100 de myélocytes neutrophiles.

Formes cliniques. — Les formes ganglionnaires peuvent être généralisées, rappelant l'adénie de Trousseau (ce sont les plus fréquentes), ou localisées à un groupe superficiel ou profond : formes cervicale, médiastinale, rétropéritonéale.

Parmi les formes viscérales, la plus importante est la *forme pleuro-pulmonaire* bien étudiée ces dernières années [Tassovatz (50)]. Favre les a ainsi classés : a. *Forme pleurale pure :* une pleurésie unilatérale, récidivante peut être le premier et longtemps l'unique signe de l'affection et en imposer pour une pleurésie tuberculeuse; les observations en sont nombreuses [Achard et Escalier (1); L. Bernard, Coste et Lamy (9), Ménétrier et Mme Bertrand-Fontaine (38), Pruvost et Hesse (44)]. Caussade et Surmont (13) décrivent quelques signes différentiels : le liquide se reproduit très rapidement, est très fibrineux; de limpide devient louche, puis hémorragique avec une cytologie variée : cellules endothéliales intactes et dégénérées, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles très abondants, nombreux lymphocytes; l'inoculation au cobaye ne détermine aucune lésion. L'épanchement peut devenir purulent.

b. *Forme broncho-pulmonaire* déterminée par de multiples nodules parenchymateux; ses signes généraux et radiologiques sont comparables à ceux d'une tuberculose pulmonaire, il y a parfois participation pleurale.

c. *Forme massive pseudo-cancéreuse*; elle est très fréquente, distincte de la forme médiastinale : elle débute par la région hilaire; à l'écran, l'ombre du médiastin semble élargie; cliniquement, on constate de la matité, du silence respiratoire; un épanchement pleural se surajoute presque constamment.

On a pu décrire des lymphogranulomatoses localisées ou à prédominance à la rate, au thymus, au foie, aux os, à l'encéphale, à la moelle épinière. On a pu enfin décrire des maladies de Sternberg fébriles (Bourges, Colrat, Harvier), sans prurit ni éosinophilie [Poinso et Recordier (42)], avec intégrité de la rate [Aubertin (5)].

Évolution. — La maladie de Sternberg est fatale en un à quatre ans au plus, les améliorations par radiothérapie n'étant que passagères. La mort survient par cachexie et fièvre, souvent compression médiastinale, intestinale ou médullaire; ou par infection intercurrente : érysipèle, pneumonie; nous avons observé une terminaison par pleurésie purulente pendant l'évolution de laquelle les masses ganglionnaires fondirent notablement. Les terminaisons par *tuberculose pulmonaire* prêtent à discussion : la maladie de Sternberg prédispose beaucoup à la tuberculose, mais celle-ci n'est décelable qu'à l'autopsie par l'histologie ou l'inoculation au cobaye : ce sont des lésions récentes et distinctes de l'atteinte lymphogranulomateuse; on a vu cependant des lésions associées [Coyon et Mlle Brun (20); Bezançon, Duruy (55), etc.].

En général, les ganglions superficiels ne suppurent pas, mais des faits contraires ont été signalés; il convient de distinguer : 1° la *suppuration :* le ganglion se ramollit puis se fistulise avec issue de pus [obs. de Lorrain et Rendu (34), de H. Durand (25)]; 2° l'*ulcération* : Nauta a décrit des lésions ulcéreuses des tumeurs ganglionnaires et du buccopharynx (41); nous avons rapporté, dans notre thèse (obs. VIII) un cas dans lequel l'infiltration lymphogranulomateuse avait atteint les couches dermiques profondes, puis envahi les couches de Malpighi et cornée détruisant la structure normale des plans; la suppuration s'était produite secondairement par infection exogène.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Macroscopiquement*, les ganglions sont disposés asymétriquement, de volume variable, les plus gros étant les plus profonds (moins accessibles aux rayons); la périadénite les réunit, mais la capsule est conservée et les isole. Chaque ganglion passe par trois stades (Fabian) : stade d'hyperplasie lymphoïde; consistance demi-molle, coupe humide et rosée ; stade granulomateux : coupe blanchâtre, ferme; stade fibreux : coupe dure et sèche, blanchâtre avec quelques îlots nécrotiques jaunes. La rate atteinte dans les trois quarts des cas pèse 400 à 600 grammes; à la coupe, on constate sur le fond rouge de la pulpe des nodules blancs ou gris, du volume d'un grain de mil à une noix, foyers granulomateux à différents stades donnant l'aspect de la rate porphyrique ou rate saucisson. « L'atteinte splénique, dit M. Aubertin, peut être absolument nulle (5) ou exister depuis les plus fines granulations jusqu'au gros nodule nécrosé à l'aspect d'infractus. » La moelle osseuse est atteinte dans 30 p. 100 des cas (Prieur); des foyers granulomateux en raréfient la substance. Le foie présente parfois des lésions analogues à celles de la rate. Les autres organes ne semblent pas atteints à l'œil nu, à l'exception des poumons que Crouzon a trouvés atteints de dégénérescence amyloïde (21), ou que des lésions tuberculeuses récentes ont envahis, ce que Guggenheim estime présent dans 25 à 30 p. 100 des cas.

Histologiquement, la lésion granulomateuse est exactement semblable dans tous les organes; les biopsies précoces ont permis d'en étudier les trois stades.

1° *Phase initiale d'hyperplasie lymphoïde pure* : De nombreux lymphocytes se pressent dans un tissu ganglionnaire en partie reconnaissable; la partie conjonctive n'est pas hyperplasiée, mais les sinus sont élargis; il n'y a ni polynucléaires, ni éosinophiles.

2° *Phase inflammatoire lymphogranulomateuse* : Les zones folliculaires et caverneuses sont mal différenciées, les vaisseaux dilatés, le reticulum et la capsule épaissis; sur cette trame existe une *double prolifération* : leucocytaire, polymorphe avec lymphocytes, plastmazellen, très nombreux polynucléaires neutrophiles intacts, éléments éosinophiles soit binucléés, soit myélocytaires, groupés autour des vaisseaux et sous la capsule ; d'autre part, prolifération endothéliale portant sur les cellules fixes du système réticulo-endothélial et aboutissant à la formation d'une cellule atypique, la cellule de Sternberg, d'abondance variable mais toujours présente; elle se reconnaît à son gros noyau central, mûriforme, boursouflé, clair avec plusieurs nucléoles; le protoplasme est abondant, faiblement basophile; des cellules intermédiaires entre elle et la cellule endothéliale prouvent son origine endothéliale du reticulum ganglionnaire admise par Aubertin (4), Ménétrier, Sternberg; cependant Renaut, Colrat (18) lui donnent une origine conjonctive, Masson (37) et Prieur une origine plasmocytaire; Prieur décrit des formes atypiques épithélioïdes et cellules géantes type Langhans. Les cas sans cellules de Sternberg (23), sont l'exception; des éléments semblables se trouvent parfois dans des lymphomatoses, dans des adénites chancrelleuses, mais jointe au polymorphisme cellulaire, sa constatation doit faire poser le diagnostic de maladie de Sternberg.

3° *Phase fibreuse* : La sclérose a envahi le ganglion et englobe les éléments proliférés; elle est surtout intense dans les ganglions irradiés.

Dans les viscères atteints, les mêmes lésions se retrouvent, mais pas toujours au même stade que dans les ganglions; elles existent dans la rate aux corpuscules de Malpighi, dans le foie aux espaces portes; les lésions pulmonaires étudiées par Colrat et Sarvan, Tassovatz (50) consistent en alvéolite spécifique hyperplasique.

Recherches étiologiques. — La maladie de Sternberg se différencie nettement des lymphomatoses et des leucémies, dans lesquelles la totalité du système hémopoiétique est atteinte d'emblée; ici, les organes sont envahis tardivement « d'une façon parcellaire évoquant absolument l'idée d'une lésion métastasique » (Aubertin). A-t-on voulu en faire une néoplasie (Parkes Weber, Benda, Gibbons); Ménétrier jugeant que ni la cellule de Sternberg, ni les foyers de réaction à distance n'ont de caractères néoplasiques conclut à une hyperplasie inflammatoire par réaction lymphoconjonctive. C'est à la *théorie inflammatoire* que se sont ralliés la plupart des auteurs (Masson, Aubertin, Berger, Prieur). Les épisodes fébriles, la polynucléose neutrophile, la prolifération simultanée des cellules endothéliales et leucocytaires, la transformation des macrophages en cellules de Sternberg pour Berger, sont les principaux arguments en faveur de l'inflammation.

L'origine parasitaire avait été proposée par Colrat qui se basait sur l'éosinophilie, et M. Labbé comparait la fièvre intermittente et la localisation lymphathique aux caractères du paludisme et des leishmanioses.

On a parlé d'infection atténuée, mais la malignité de l'affection a été hautement démontrée, ce qui a conduit certains auteurs, dont Ribadeau-Dumas, à admettre l'évolution parallèle d'une inflammation et d'une néoplasie (pseudo-lymphosarcome inflammatoire); Ménétrier pensait que des lésions néoplasiques pouvaient, sous l'influence d'irritation chronique, se développer à la fin de certaines lymphogranulomatoses. Gastinel, Reilly et Potez en font une transition entre les deux processus (29).

L'agent de cette inflammation est inconnu, aucun microbe décrit n'a pu être retenu. La syphilis n'est pas en cause (Marchal a commenté les réactions de Wassermann oscillantes, non spécifiques). La *tuberculose* par contre semble jouer un rôle dans de récentes observations : L. Bernard, Lamy et Coste (9), P. Merle (39), Bezançon (55) ont pu tuberculiser des cobayes avec des ganglions atteints uniquement de lymphogranulomatose à côté de lésions tuberculeuses évidentes, mais sans bacilles de Koch; pour lui il s'agirait d'une forme filtrante de bacilles de Koch. Coyon et Mlle Brun ont pu par deux fois reproduire des lésions sanguines et histologiques de maladie de Sternberg sans lésions tuberculeuses en partant de ganglions lymphogranulomateux (20); c'est donc une expérience en faveur d'un virus, mais

non d'un virus filtrant tuberculeux, d'après le mémoire de Mlle Brun (12). Le rôle de la tuberculose demande encore d'autres observations.

La preuve bactériologique de la maladie de Sternberg reste à faire, mais dès à présent on peut lui faire place parmi les hypertrophies ganglionnaires inflammatoires.

*
* *

III. Diagnostic des lymphadénies. — En présence d'un syndrome d'hyperplasie ganglionnaire chronique, quelles méthodes doit-on employer et que faut-il en attendre pour en préciser l'origine?

Par la clinique on élimine les formes aiguës : états lymphadénoïdes, lymphodénose, guérissant toujours, les lymphocytémies infectieuses fébriles, certaines endocardites aiguës. Si les ganglions sont gros, mobiles, non suppurés, penser à la lymphomatose, et s'il y a fièvre et prurit à la maladie de Sternberg. La lymphadénie tuberculeuse tend à faire adhérer les ganglions qui cependant suppurent rarement et évoluent lentement. Le lymphosarcome amène rapidement la fusion et l'ulcération des ganglions avec cachexie et métastases. Les ganglions petits, mobiles, non ulcérés, avec grosse rate dénotent une leucémie lymphoïde. La syphilis donne aussi de petits ganglions mais ne se généralisant pas; des gommes intraganglionnaires peuvent suppurer. La lymphogranulomatose bénigne, dans ses formes extra-inguinales, se fistulise rapidement et fait suite à une contamination génitale. Rappelons les débuts médiastinaux et spléniques du lymphosarcome, de la maladie de Sternberg et la *nécessité d'un examen radiologique*.

En dehors de la localisation et de l'extension la clinique donne peu de renseignements; il faut faire un examen hématologique. La numération globulaire fait reconnaître immédiatement une leucémie lymphoïde; la monocytose existe seule au stade préleucémique. L'établissement de la *formule leucocytaire* permet de distinguer : la lymphomatose, s'il y a 60 à 80 p. 100 de monocytes, la maladie de Sternberg, s'il y a neutrophilie et éosinophilie associées. La formule est à peu près normale dans le lymphosarcome et la lymphadénie syphilitique. La lymphadénie tuberculeuse provoque une mononucléose de 60 à 70 p. 100 au plus.

La *biopsie* d'un ganglion devient nécessaire pour préciser ces dernières affections; on fera une inoculation au cobaye si l'on soupçonne la tuberculose et un examen histologique. La lymphomatose se reconnaît facilement à son hyperplasie lymphoïde diffuse; mais des maladies de Sternberg et des lymphosarcomes au début peuvent revêtir le même aspect; Masson fait observer que dans ces derniers on trouve deux aspects distincts : l'un de tissu normal, l'autre de tissu néoplasique, tandis que la lymphomatose estompe les follicules et les cordons uniformément dans tout le ganglion. Le diagnostic de lymphogranulomatose maligne se pose aisément quand, au milieu du bariolage cellulaire, on trouve des cellules de Sternberg; s'il n'y en a pas, au début, ou si elles revêtent le type intermédiaire, le polymorphisme leucocytaire joint aux signes cliniques et hématologiques suffit pour affirmer la maladie de Sternberg. Le lymphosarcome au début est difficile à préciser; il faut s'appuyer sur la notion de l'évolution; plus tard l'envahissement de la capsule, l'abondance des mitoses, la disparition du reticulum font reconnaître la nature maligne de la tumeur; le sarcome comporte une prolifération de cellules conjonctives fixes anastomosées entre elles et de conformation embryonnaire, et il envahit les ganglions secondairement. Les proliférations réticulo-endothéliales font souvent hésiter entre le lymphosarcome et la maladie de Sternberg et nous avons vu que l'on peut décrire des lésions intermédiaires. La tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique se confirme par la présence de bacilles de Koch dans les coupes, ce qui est rare; l'inoculation au cobaye est préférable; quelques cellules géantes type Langhans se trouvent dans les follicules; on peut rencontrer dans des lésions avancées de la sclérose trabéculaire surtout atrophique sans follicules, avec zones nécrosées ou productives, ce qui rappelle une néoplasie [Sabrazès (49)]. La syphilis ganglionnaire présente trois aspects décrits par Weill (de Lyon) : lésions inflammatoires avec réaction endothéliale et cellules géantes, lésions dégénératives avec foyers gommeux intraganglionnaires, lésions discrètes d'endovascularite.

De ces trois examens : clinique, hématologique et histologique, aucun signe, sauf la présence de cellules de Sternberg, n'est pathognomonique; l'examen histologique reste l'argument indispensable et le plus important pour classer un cas et permettre un traitement précoce.

*
* *

IV. Traitement. — Il n'existe pas de traitement spécifique et curatif des lymphadénies; il est calqué sur celui des leucémies : arsenic, iode, hélio ou uvéthérapie comme toniques généraux. Pour réduire l'hyperplasie ganglionnaire le radium est coûteux, le benzol n'apporte pas de résultat. Le *thorium* agit favorablement sur la leucocytose, c'est un adjuvant de la *radiothérapie*, qui reste la seule arme à employer; celle-ci, dont on peut localiser et doser l'action, dit Beaujard (7), donne des améliorations très notables : la lymphomatose est très sensible, et la récidive en est généralement tardive (cinq à sept ans). Le lymphosarcome à ses débuts rétrocède très rapidement, plus qu'aucune autre tumeur (Regaud et Roux-Berger), mais la récidive est la règle et à ce moment la radiorésistance est invincible. *L'exérèse chirurgicale* suivie de radiothérapie semble éloigner la récidive (nous l'avons observée dix-huit mois après l'opération). Dans la lymphogranulomatose, que Bunting et Yates ont traitée par des vaccins, et Lortat-Jacob, par sérum de malade irradié, la radio fait diminuer les ganglions, abaisse la leucocytose (sans agir sur la neutrophilie et l'éosinophilie), ramène la température à la normale; la récidive est la règle : l'hyperphasie envahit de nombreux territoires et comme le remarque M. Aubertin, la ca-

chexie et la fièvre s'installent sans ganglions perceptibles : c'est une maladie générale contre laquelle on ne sait où diriger l'action thérapeutique (4); néanmoins on peut avoir des rémissions de quinze mois à quatre ans si le traitement est appliqué précocement.

***

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux classiques et antérieurs à 1920, nous prions le lecteur de consulter les thèses de GUGGENHEIM (Paris 1912-1913), LACRONIQUE (Lyon 1912-1913), PRIEUR (Paris 1924).

1. ACHARD et ESCALIER. Granulome malin à début pleurétique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 janv. 1930.
2. AUBERTIN. Lymphocythémie aleucémique transformée en leucémie lymphoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 nov. 1928.
3. AUBERTIN et POUMAILLOUX. Stade préleucémique de la leucémie lymphoïde chronique, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 nov. 1928.
4. AUBERTIN et R. LÉVY. La maladie de Hodgkin, *Journ. méd. franç.*, janv. 1928.
5. AUBERTIN et DESTOUCHES. Sur un cas de lymphogranulomatose maligne avec intégrité de la rate, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 mars 1927.
6. BARBIER, GAUTIER et CAILLIAU. Mal de Hodgkin à forme abdominale, *Soc. de dermat.*, 10 mars 1927.
7. BEAUJEARD. La radiothérapie dans le mal de Hodgkin, *Journ. méd. franç.*, janv. 1928.
8. BERGER. Le lymphogranulome malin, *Ann. d'anat. pathol. méd.-chir.*, 1924, p. 179.
9. Léon BERNARD, COSTE et LAMY. Granulomatose maligne à forme pleurale et tuberculose ganglio-splénique, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 fév. 1929.
10. BOIDIN et HAMBURGER. Granulomatose maligne à début pleural à forme pseudo-tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai 1928.
11. BOIDIN, WORMS et DAVOIGNEAU. Lymphomatose typique subleucémique à évolution maligne, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1928.
12. Mlle BRUN. Reproduction expérimentale des lésions de la maladie de Hodgkin, *Arch. des mal. du cœur*, oct. 1929.
13. CAUSSADE et SURMONT. La pleurésie au début de la granulomatose maligne, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 mai et 8 juin 1928.
14. CHEVALLIER. L'adénolymphoïdite aiguë bénigne, éditions de la *Revue de pathologie comparée*, Paris 1928.
15. CLÉMENT et CAYLA. Maladie de Hodgkin à forme médiastine avec épanchement, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1925.
16. CLERC. Les lymphadénies, *Nouveau Traité de médecine*, t. IX, p. 347 et suiv.
17. CLERC. Leucémie et lymphadénie, *Monde méd.*, 15 juin 1925.
18. COLRAT. Adénie éosinophilique prurigène, *Th. de Lyon*, 1921.
19. CORDIER, LEVRAT et MOULINIER. Maladie de Hodgkin à forme pulmonaire primitive et solitaire, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 29 oct. 1929.
20. GOYON et Mlle BRUN. Reproduction expérimentale des lésions de la maladie de Hodgkin, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1929.
21. CROUZON, BERTRAND et LEMAIRE. Maladie de Hodgkin avec participation splénique et dégénérescence amyloïde du foie, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 mai 1927.
22. DENNIEL. *Th. de Paris*, 1924.
23. DUCAMP, JANBON et GUIBERT. Adénite éosinophilique prurigène et fébrile sans cellules de Sternberg, *Soc. méd. de Montpellier et du Languedoc*, 30 mars 1928.
24. DUCAMP, JANBON, GUIBERT et DUPONNOIS. Granulome malin. Forme cervico-médiastinale, *Soc. méd. de Montpellier et du Languedoc*, 20 juillet 1928.
25. H. DURAND. La lymphogranulomatose maligne, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juillet 1928.
26. FIESSINGER et CATTAN. Association de granulomatose maligne et de tuberculose, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai 1928.
27. FIRKET. Sarcomes lymphoïdes et hyperplasies réticulo-endothéliales, *Soc. de biol.*, 3 déc. 1927, p. 1820.
28. P. FOUCAUD. Contribution à l'étude des lymphadénies aleucémiques, *Th. de Paris*, 1929.
29. GASTINEL, REILLY et POTEZ. Comment faut-il comprendre le mal de Hodgkin, *Bull. méd.*, 1923, n° 2.
30. GÉNÉVRIER et LORRAIN. Maladie de Hodgkin à forme médiastinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 31 mars 1922.
31. GOORMAGHTIGH. Sur la prolifération maligne du tissu réticulo-endothélial des ganglions lymphatiques, *Soc. de biol.*, 31 janv. 1923.
32. HUDELO, RABUT, KAPLAN et RAPOUNE. Deux cas de maladie de Hodgkin terminés par tuberculose pulmonaire, *Soc. de dermat.*, 7 juillet 1927.
33. LETULLE. Lymphocytome malin, *Ann. des mal. du cœur*, 1927, n° 11.
34. LORRAIN et RENDU. Maladie de Hodgkin et suppuration ganglionnaire, *Soc. anat.*, déc. 1923.
35. LOUSTE et LÉVY-FRANKEL. Les manifestations cutanées de la lymphogranulomatose infectieuse aiguë, *Journ. méd. franç.*, janv. 1928.
36. MARCHAL. Granulomatose maligne chez un tuberculeux fibreux pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 fév. 1928.
37. MASSON. Les tumeurs, *Pathologie médicale* de Sergent, 1923, t. XXVII, p. 219.
38. MÉNÉTRIER et Mme BERTRAND-FONTAINE. Granulomatose maligne médiastinale à début pleural, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1924.
39. P. MERLE. Maladie de Hodgkin et tuberculose, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 juin 1929.
40. MOUSSEAU. La maladie de Hodgkin, *Th. de Paris*, 1926.
41. NANTA. Lymphogranulomatose ulcéreuse, maladie de Hodgkin, *Congrès dermat. franç.*, Paris 1922.
42. POINSO, ZUCCOLI et RECORDIER. Trois cas de lymphogranulomatose maligne sans prurit ni éosinophilie, *Le Sang*, 1929, n° 5.
43. PRADE. Contribution à l'étude du lymphosarcome, *Th. de Bordeaux*, 1926.
44. PRUVOST et HESSE. Formes pleurales de la lymphogranulomatose, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 janv. 1928.
45. MARTINELLI. Etiologie de la lymphogranulomatose maligne, *Arch. di pat. et clin. med.*, 4 avril 1929.
46. QUIGNON. Lymphosarcome du médiastin, *Th. de Paris*, 1923.
47. L. RAMOND. La maladie de Hodgkin, *Conférences de clinique médicale pratique*, 6e série.
48. SABRAZÈS. Sur la lymphogranulomatose maligne, *Soc. de biol.*, 1926.
49. SABRAZÈS. Histogénèse et diagnostic du lymphosarcome, *Journ. méd. franç.*, janv. 1928.
50. TASSOVATZ. Les formes pleuro-pulmonaires de la lymphogranulomatose maligne, *Th. de Strasbourg*, 1928.
51. VASILIU TITU et GOIA ION. La granulomatose maligne, *Ann. d'anat. pathol. et d'anat. méd.-chir.*, janv. 1917, t. IV, n° 1.
52. P.-E. WEILL. *Nouveau Traité de médecine*, t. IX, p. 547 et suiv.
53. P.-E. WEILL et R. CAHEN. Stades précoces de la leucémie, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 nov. 1928.
54. P.-E. WEILL, ISCH-WALL et POLLET. Leucémie et tuberculose, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 fév. 1925.
55. BEZANÇON et WEISMANN-NETTER, OUSMANSKY et DELARUE. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 mai 1930.

56. Bezançon, Duruy, Delarue et Fouquet. Etude anatomo-clinique d'une lymphogranulomatose maligne. Intrication de lésions granulomateuses et tuberculeuses, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 juin 1930.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 19 juillet 1930)

Pouvoir antigénique des lysats de bacilles d'Eberth obtenus avec un bactériophage approprié. — MM. Fernand Arloing, A. Josserand et A. Nabonne ont vu que l'injection intraveineuse chez le lapin de lysats de cultures de bacilles d'Eberth âgées de vingt-quatre heures, chauffés vingt-quatre heures à 62 degrés après filtration sur bougie L3 afin de détruire le bactériophage, provoque l'apparition dans le sérum d'un pouvoir agglutinant constatable huit jours après l'injection et variant entre 1/3.000 et 1/10.000.

L'intensité de l'agglutination varie avec la dose de lysat injectée et avec le nombre des injections.

Les lapins témoins inoculés avec le bouillon filtré chauffé à 62 degrés de culture typhique de vingt-quatre heures n'ont jamais présenté de pouvoir agglutinant dans leur sérum.

L'hypocalcémie dans les néphrites. — MM. Ch. Achard et I. Ornstein. Sur 10 cas de néphrites, le taux du calcium dans le sérum sanguin était abaissé : au lieu de 0,113 p. 1.000 il demeurait entre 0,086 et 0,093, sauf dans 2 cas où il atteignait 0,098 et 0,099. Il y avait généralement un abaissement de l'indice réfractométrique du sérum. Dans 5 cas de néphrose lipoïdique avec hypoprotéinémie le calcium du sérum était abaissé entre 0,068 et 0g083, plus par conséquent que dans les autres néphrites.

Le calcium dans le sérum et le plasma du sang et dans les sérosités pathologiques. — MM. Ch. Achard et I. Ornstein. Dans 32 cas, le taux du calcium dans le sérum était compris entre 0g092 et 0g108, alors que celui des sérosités ne s'élevait qu'entre 0g063 et 0g082. Il n'y avait d'ailleurs pas de rapport constant entre les deux taux, ce qui donne à penser que le calcium non diffusible, lié aux protéines, peut jouer un rôle assez important dans les différences constatées. Entre le sérum et le plasma, les différences de taux calcique sont de sens divers, mais peu considérables, car sauf dans un cas les différences étaient comprises entre — 4 et + 4 milligrammes.

Résorption et modification des gaz injectés sous la peau. — MM. Henri Bénard et Lucien Camus étudient chez le lapin la résorption et les modifications de différents gaz introduits sous la peau.

L'acide carbonique, injecté à la dose de 1 à 2 litres, se résorbe en l'espace d'une heure environ ; l'oxygène et l'hydrogène en deux à quatre jours, l'azote plus lentement encore.

Sitôt le gaz injecté, les échanges qui se produisent en modifient la composition et très rapidement, la poche gazeuse qui avait été constituée par un seul gaz renferme des proportions variables d'acide carbonique, d'oxygène et d'azote.

Les auteurs précisent les équilibres qui se produisent en pareil cas.

Ils comparent, d'autre part, pour l'acide carbonique et pour l'hydrogène l'importance respective de l'élimination pulmonaire et de l'exosmose transcutanée.

La calcémie et le poids des nouveau-nés. — MM. E. Aburel et J. Ornstein, en utilisant la méthode de Grigaut et Ornstein, ont trouvé que la calcémie des femmes en travail se trouve entre les limites inférieures de la calcémie des femmes non enceintes ; que la calcémie des fœtus est supérieure à la calcémie de leurs mères ; que la calcémie des mères ayant des gros enfants est un peu plus élevée que celle des mères ayant des petits enfants.

L'animal-étuve, procédé de conservation et de transport des germes périssables. — M. E. Manoussakis emploie un sac de collodion dont le bouchon est traversé par un petit tube de verre et qui contient du bouillon au blanc d'œuf.

Ce sac de collodion ensemencé à l'aide d'un produit pathologique ou d'une culture microbienne peut être inclus dans le péritoine d'un cobaye. L'animal dont on suture la paroi abdominale est ensuite expédié à distance. Les germes fragiles, le méningocoque en particulier, gardent par ce procédé toute leur vitalité et cultivent même dans ce milieu favorable à leur multiplication.

Action du tissu placentaire sur les anticorps naturels du sérum. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard. Le produit de broyage du tissu placentaire ne détruit *in vitro* ni la substance trypanocide, ni l'hémolysine antimouton du sérum humain. Si ces deux anticorps naturels ne passent pas du sang de la mère dans le sang du fœtus, c'est parce qu'ils ne peuvent traverser l'ectoderme placentaire qui limite les lacs sanguins maternels.

Recherches sur les dérivés de la choline. Sur l'action hypotensive prolongée des dérivés de la choline chez le chien yohimbinisé. — MM. Maurice Loeper, Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, A. Lemaire et R. Cachera. La prolongation de l'action hypotensive des dérivés cholíniques chez le chien yohimbinisé est un phénomène très général qu'on observe avec toute une série d'éthers vagomimétiques de la choline.

Les auteurs démontrent que ce phénomène est dû à l'inversion par l'yohimbine des effets de l'adrénalinémie provoquée par l'injection des dérivés choliniques. En effet :

1. L'yohimbine supprime l'inversion des effets choliniques par l'atropine ;
2. L'yohimbinisation n'augmente pas les effets des dérivés choliniques chez le chien décapsulé.

Technique d'enregistrement simultané des mouvements pendulaires et péristaltiques de l'intestin isolé. — M. Maurice Villaret, Mlle Yvonne Bernheim et M. L. Justin-Besançon présentent une modification simple de la méthode de Trendelenburg permettant l'enregistrement simultané des mouvements pendulaires et péristaltiques de l'intestin isolé. Leur appareil est une modification du myographe de Gautrelet. Sur les tracés présentés par les auteurs les mouvements pendulaires sont très nettement distincts des mouvements péristaltiques.

Sur l'indépendance relative de la dilatation de l'artère rétinienne et de l'hypotension artérielle déterminée par l'administration des dérivés choliniques. — M. Maurice Villaret, Mme Schiff-Wertheimer, MM. L. Justin-Besançon et René Cachera montrent qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'hypotension déterminée par les dérivés de la choline et la dilatation de l'artère rétinienne.

Dans une première série d'expériences, ils montrent qu'on peut obtenir la dilatation de l'artère rétinienne, par injection d'esthers de la choline, sans hypotension.

Dans un deuxième groupe d'expériences, ils observent qu'au cours de l'hypotension prolongée déterminée par l'injection de certains dérivés de la choline, la dilatation de l'artère rétinienne, si considérable soit-elle, ne dure pas aussi longtemps que l'hypotension.

Enfin, dans une dernière série de recherches, ils ont constaté que l'administration préalable d'yohimbine détermine un phénomène paradoxal : l'exagération et la prolongation de l'hypotension artérielle générale associée à la suppression de toute dilatation de l'artère rétinienne.

Action de certaines thérapeutiques sur l'équilibre protéique des thyroïdiens. — MM. M. Loeper, A. Lemaire et J. Tonnet considèrent que chez les hyperthyroïdiens l'augmentation de la sérine du sang n'est que relative et que la diminution de la globuline est au contraire réelle. La relation de l'hypoglobulinémie avec la maladie thyroïdienne s'affirme dans les résultats thérapeutiques : que le traitement soit boré, iodé, radiothérapique ou chirurgical, l'amélioration se juge par une augmentation de la globuline, et comme la sérine ne s'abaisse pas toujours proportionnellement par un accroissement du taux des albumines totales. Le retour à l'équilibre protéique paraît caractériser le retour à l'équilibre glandulaire. Ce fait semble une preuve indiscutable de la fonction protéinocrasique du corps thyroïde.

Variations de la composition protéique des goitres. — MM M. Loeper, A. Lemaire, R. Degos et A. Lesure ont pratiqué le dosage des albumines dans le tissu goitreux. Ils ont remarqué que les goitres colloïdes sont plus riches en albumines totales et en globuline que les goitres non colloïdes. Ces derniers sont à l'inverse fortement chargés en sérine : c'est le cas des goitres basedowiens. Mais si la composition du goitre s'accorde avec sa structure, elle ne se superpose pas toujours au syndrome clinique observé, car la fonction protéinocrasique est une des fonctions de la glande, et ses variations ne sont pas forcément parallèles à celles des autres fonctions. D'autre part, il est des cas où il n'existe pas de correspondance stricte entre le quotient albumineux du sérum et la structure de l'organe : ce sont ceux de corps thyroïdes bloqués dans lesquels la colloïde s'infiltre dans tous les interstices et ne se résorbe pas.

Exploration graphique des modifications de la pression veineuse porte liées à des excitations vaso-constrictives. — MM. P. Carnot, R. Gayet et F.-P. Merklen se sont servis du procédé décrit par Hallion qui comporte un lavage continu de la canule introduite dans les veines et évite l'emploi d'anticoagulants pour enregistrer graphiquement les variations simultanées de pression dans les veines intestinales et spléniques du territoire porte, dans les veines sus-hépatiques et dans l'artère carotide. Leurs graphiques montrent que l'hypertension artérielle peut s'accompagner de variations différentes de la pression portale suivant l'agent hypertenseur employé : hypotension portale primitive légère suivie d'hypertension très marquée après injection intraveineuse d'adrénaline; hypotension persistante après extrait de lobe postérieur d'hypophyse; hypertension d'emblée après excitation du splanchnique.

Les variations de la pression portale dans les états d'hypotension artérielle. — MM. P. Carnot, R. Gayet et F.-P. Merklen montrent, à l'aide de graphiques, que les états d'hypotension artérielle s'accompagnent eux aussi de modifications de la pression du système porte extrêmement variables. La pression portale n'est que très légèrement influencée par l'inhalation de nitrite d'amyle; elle présente des perturbations variables suivant l'animal en expérience après injection d'acétylcholine. Les chocs, qu'ils soient peptoniques, histaminiques ou hypertension anaphylactique déterminent une hypertension portale forte et constante. L'excitation du pneumogastrique cause, après une hypotension portale légère et passagère, une hypertension marquée.

Sur une technique de production de l'antitoxine tétanique. Ses résultats. — M. P. Descombey. Une technique mise au point, comportant seulement neuf ou dix injections d'anatoxine d'abord puis de toxine additionnées l'une et l'autre de tapioca, permet d'obtenir en deux mois à peine chez le cheval une teneur en antitoxine tétanique au moins dix fois supérieure à celle des sérums préparés il y a quelques années au moyen de méthodes qui exigeaient une trentaine d'injections (de toxine + liquide de Gram d'abord, de toxine pure ensuite) et un temps beaucoup plus considérable, au minimum quatre mois.

Action de l'harmine sur la glycémie, la réserve alcaline et le métabolisme basal. — MM. J. Decourt, E. Azerad et Mlle Y. Bonnard. L'injection sous-cutanée de 0g02 de chlorhydrate d'harmine provoque, chez l'homme, une élévation de la glycémie et un abaissement du métabolisme basal. Elle ne modifie pas sensiblement la réserve alcaline. Les résultats sont les mêmes chez l'homme normal et chez le parkinsonien.

Les leuconévraxites. — MM. Levaditi, Lépine et Schoen montrent qu'il y a lieu de diviser les ectodermoses à virus neurotropes en deux groupes suivant que leurs altérations histopathologiques intéressent la substance grise ou la substance blanche du névraxe, et proposent de dénommer polionévraxites les affections du premier groupe et leuconévraxites celles du deuxième.

Les ectodermoses neurotropes du groupe des leuconévraxites (encéphalomyélites diffuses, sclérose en plaques, maladie de Schilder-Foix, encéphalopathies postinfectieuses, etc.) ont un mécanisme pathogénique différent suivant que le virus offre des affinités électives pour les éléments microgliques ou pour l'oligodendroglie. Dans le premier cas, la leuconévraxite revêt un caractère inflammatoire et lipolytique, dans le second cas elle procède d'une inversion du métabolisme des lipoïdes ayant pour siège les oligodendrocytes (leuconévraxites lipotrophiques).

Démonstration « in vivo » et « in vitro » des formes filtrantes du virus tuberculeux. — MM. Sanarelli et Alessandrini introduisent dans le péritoine des cobayes des sacs de collodion qui renferment des bacilles tuberculeux. Au bout de quelque temps les cobayes commencent à diminuer en poids, se cachectisent et meurent. A l'autopsie on trouve le sac de collodion intact au milieu des anses intestinales. Mais les éléments filtrants qui ont traversé les parois de l'ultrafiltre ont déterminé une inflammation intense de l'épiploon et de la séreuse abdominale. Les ganglions inguinaux et rétro-sternaux se montrent hypertrophiés. Tous les autres organes ont un aspect normal, sans aucune trace de formations tuberculeuses. Dans les ganglions lymphatiques et dans l'épiploon on trouve des granulations très petites, cocco-bactériennes, acido-résistantes. Elles représentent les formes granuleuses ou élémentaires qui, dans l'organisme de l'animal, se sont développées des éléments ultravisibles, lesquels ont traversé les parois du sac de collodion.

Jusqu'à présent, les auteurs n'ont pas réussi à cultiver *in vitro* ces formes acido-résistantes.

Les auteurs ont cependant observé une fois le développement dans le liquide de Souton de formes filtrantes, faiblement acido-résistantes, qui avaient traversé les parois d'un sac de collodion plongé dans le tube depuis vingt-cinq jours.

Ce liquide, inoculé sous la peau d'un cobaye, a produit une légère adénopathie inguinale. L'animal fut sacrifié après quarante jours. A l'autopsie on a constaté des formes acido-résistantes dans les glanglions de l'aine.

Sur les propriétés antigènes des extraits aqueux de bacilles biliés de Calmette-Guérin. — M. A. Arena. L'antigène B. C. G. préparé en agitant pendant trente minutes dans un agitateur électrique des bacilles biliés de Calmette-Guérin possède un pouvoir empêchant moindre que celui de l'antigène méthylique et de l'antigène à l'œuf, et un pouvoir fixateur égal ou plus élevé. Il donne moins de réactions non spécifiques avec les sérums de syphilitiques. Enfin, il offre l'avantage d'être d'une préparation rapide et simple.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Urologie pratique, par le docteur P. Bazy, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 (20,5 × 13,5) de 536 pages avec nombreuses figures dans le texte. Prix, broché : 80 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

N° 73. — MERCREDI 10 SEPT. 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 10 SEPT. 1930. — N° 73.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

PRIX FILLIOUX. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Pour l'année 1930, le concours sera ouvert le jeudi 11 décembre 1930.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de Santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 h. à 17 h., du 3 au 14 octobre 1930 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mardi 14 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir : trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nice. — Le lundi 13 octobre 1930, à 8 h. 30 du matin, sera ouvert aux hospices civils de Nice un concours pour cinq places d'internes en médecine et en chirurgie (ce nombre pourra être augmenté en cas de besoin).

Pour être admis à concourir les candidats devront se faire inscrire au moins quinze jours avant la date fixée pour le concours au secrétariat des hospices.

RÉCOMPENSES POUR LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées, pour services rendus à la mutualité, aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le docteur Monscourt (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Voronoff, Vouzelle et Wilborts (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Amsler, Assayas, Bernas, Chasseray, Choncé, Dentan, Farhi, Haas, Henry (Mme), Hirschberg, Lenormand, Marx (de Paris), Miriel (de Clamart), Monod (de Paris), Mouron (de Marseille), Ripert et Ségal (de Paris), Taquet (d'Anzin), Vila Vila Jaime (de Barcelone, Espagne).

Mention honorable. — Mmes les docteurs Feinstein (d'Aubervilliers) et Pouillot (de Paris).

CONGRÈS DE LA LITHIASE URINAIRE (VITTEL, 24-25 mai 1931, Pentecôte) organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de Nancy et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est. — Présidents : section chirurgicale, M. le professeur Legueu; section médicale, M. le professeur Marcel Labbé; section hydrologique, M. le professeur Villaret.

Programme. — SECTION MÉDICALE. — 1. Traitement médical de la lithiase urinaire. Rapporteur : M. le professeur Marcel Labbé.

2. La lithiase urinaire chez l'enfant. Rapporteur : M. le professeur P. Merklen.

3. Infection dans la lithiase urinaire. Rapporteurs : M. le professeur Marion et M. le professeur agrégé Abrami.

4. Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase urinaire. Rapporteurs : M. le professeur agrégé Vallery-Radot et M. Maurice Derot.

5. Lithiase urinaire et maladie de la nutrition. Rapporteur : M. le professeur agrégé Guy-Laroche.

SECTION CHIRURGICALE. — 1. Indications du traitement chirurgical de la lithiase urinaire. Rapporteur : M. le professeur Legueu.

2. Anurie calculeuse et son traitement. Rapporteur : M. le professeur E. Jeanbrau.

3. Les calculs bilatéraux des reins; indications opératoires. Rapporteur : M. le professeur André.

4. L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux. Rapporteur : M. le professeur agrégé Chevassu.

5. Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein. Rapporteur : M. le docteur Pasteau.

6. Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie. Rapporteur : M. le docteur Papin.

7. Lithiase urinaire et radiologie. Rapporteur : M. le docteur Belot.

SECTION HYDROLOGIQUE. — 1. La physiopathologie de la cure de diurèse dans les affections lithiasiques. Rapporteurs : M. le professeur Santenoise et M. le docteur Violle.

2. Indications respectives de la cure hydrominérale et du traitement chirurgical de la lithiase urinaire. Rapporteurs : MM. les docteurs Minet et Monsseaux.

3. Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure diurétique. Rapporteur : M. le docteur Finck.

4. Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique. Rapporteur : M. le docteur Amblard.

5. Modifications apportées à l'équilibre physico-chimique sanguin au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique. Rapporteur : M. le docteur Violle.

6. Traitement de la lithiase oxalique. Rapporteur : M. le docteur Lhuillier.

7. Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique. Rapporteur : M. le docteur Guyonneau.

8. Eliminations sableuses ou calculeuses pendant la cure diurétique ou à sa suite. Rapporteur : M. le docteur Henri Paillard, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

9. Traitement de certaines formes rares de la lithiase urinaire par la cure diurétique. Rapporteurs : M. le docteur Buche et M. Pagel, docteur en pharmacie.

10. Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique. Rapporteur : M. le docteur Marcotte.

11. Modifications sanguines de l'uricémie pendant la cure diurétique. Rapporteur : M. le docteur Robert Casteran.

12. Influence de l'hydrothérapie et la cure d'exercice sur la migration des calculs urinaires. Rapporteurs : MM. les docteurs Maurice Boigey et Jean Brusset.

13. Pendant le Congrès aura lieu une séance de présentation de radiographies ayant trait à la lithiase urinaire. Elle sera dirigée par M. le docteur Darricau.

Le texte des rapports devra parvenir au secrétariat du Congrès pour le 1er février 1931. Le Comité d'organisation du Congrès exprime à MM. les rapporteurs le désir que la longueur de chaque rapport n'excède pas la valeur de vingt pages format machine dactylographiées à double interligne.

COMMUNICATIONS. — Les congressistes pourront présenter des communications aux conditions suivantes :

a. Elles devront se rapporter à l'un des sujets des rapports.

b. Un même congressiste ne pourra présenter plus de deux communications.

c. Chaque auteur de communications voudra bien adresser au secrétariat du Congrès un résumé de sa communication d'une étendue de quinze lignes et destinée à la presse.

d. Le temps fixé pour chaque communication sera de dix minutes.

e. Le résumé des communications devra parvenir au secrétariat du Congrès pour le 1er mars 1931. Le texte devra être remis pendant le Congrès. La longueur des communications ne devra pas excéder six pages dactylographiées à double interligne sur format machine.

EXPOSITION. — Une exposition concernant la lithiase urinaire (sable, calculs urinaires) sera organisée pendant la durée du Congrès. Les organisateurs seront reconnaissants aux médecins possédant des spécimens intéressants de calculs urinaires de les leur envoyer pour être exposés.

INSCRIPTION. — Les médecins français ou étrangers sont invités à prendre part au Congrès de la lithiase urinaire. Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (25 fr. français) au secrétariat général du Congrès de la lithiase à Vittel. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 mai 1931.

Pendant la durée du Congrès des chambres seront gracieusement mises à leur disposition par la Société générale des eaux minérales, et une réduction de 25 p. 100 leur sera consentie sur le prix des repas.

Des réductions du prix de transport en chemin de fer pourront être obtenues par les congressistes et leur famille par l'intermédiaire du secrétariat général du Congrès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. l'abbé Maumus, docteur en médecine, aumônier de l'hôpital Pasteur de Paris, et de M. le docteur Clément Eloy (de Phalempin).

CLINIQUE CHIRURGICALE A DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

UN CAS D'ANGINE DE POITRINE

OPÉRÉ ET GUÉRI DEPUIS PLUS DE 5 ANS[1]

Par René LERICHE et René FONTAINE.

Ru... (Albert) nous est adressé, en février 1925, par le docteur Geoffroy (de Villé), pour des crises d'angine de poitrine.

Agé de soixante et un ans, il n'a jamais eu de maladies sérieuses. Il nie les excès de tout genre; il n'a jamais eu de maladies vénériennes. Marié depuis 1891, il n'a pas d'enfants; sa femme n'a pas fait de fausses couches.

Depuis trois à quatre ans, il souffre de crises précordiales extrêmement douloureuses, survenant en moyenne toutes les six à huit semaines. Elles débutent de préférence le soir après le dîner et au lit; elles ne semblent pas déclenchées par des efforts de la journée. La douleur commence en arrière, au niveau de l'épaule gauche, s'irradie en avant sur la partie gauche du thorax, jamais elle n'atteint le bras; en même temps, le malade éprouve de l'étouffement et une angoisse précordiale très pénibles; la sensation de mort imminente fait défaut. La crise dure dix minutes environ et se termine par des larmoiements. Peu après, la douleur disparaît et tout rentre dans l'ordre; mais pendant quelques jours persiste un sentiment de très grande lassitude.

Ces crises, quoique peu fréquentes, sont tellement pénibles que le malade a essayé mais sans résultats, les traitements usuels les plus divers. Rien ne l'a soulagé.

A notre examen du 16 février 1925, l'état général est bon; pourtant les traits semblent très tirés et pleins de lassitude. Pupilles rondes et égales réagissent bien à la lumière et à la convergence; réflexes tendineux normaux. Aucun signe viscéral.

L'examen du cœur (docteur Meyer) ne montre aucune altération pathologique. Le rythme est régulier; les deux bruits sont purs à la pointe et à la base. Poumons normaux.

Tension artérielle 150/90 mm. Hg au Riva Rocci.

L'électrocardiogramme est normal.

A la radioscopie, le docteur Olmann trouve le ventricule gauche un peu globuleux et hypertrophié, la crosse de l'aorte un peu dilatée et l'aorte descendante trop saillante.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le Bordet-Wassermann du sang est négatif. Azotémie augmentée à 0.85 par litre.

Le malade fut soumis à un régime hypo-azoté; le 21 février, l'azotémie était revenue à 0,34.

Le 24 février 1925, nous pratiquons sous anesthésie locale, l'ablation du ganglion cervical supérieur gauche et de la chaîne jusqu'au contact du ganglion étoilé. Les rameaux communicants partant du ganglion cervical inférieur, furent sectionnés ainsi que les racines du nerf vertébral. L'intervention se passa sans incident.

Le soir, le syndrome de Cl. Bernard-Horner était net; la partie gauche de la face était plus chaude et plus congestionnée que la droite.

Le lendemain, le malade se plaignait d'une douleur au genou gauche qui gonflait rapidement et qui donna, le 26 février, à la ponction 20 centimètres cubes d'un liquide séro-purulent, d'ailleurs stérile.

Le 2 mars, toute exsudation avait disparu du genou; par contre, l'index droit était œdématié et douloureux. Cette tuméfaction disparut également spontanément au bout de quelques jours. Nous ignorons la signification de ces accidents articulaires.

Le malade quitta le service le 3 mars en excellent état.

Il revint le 10 mars, ayant eu une nouvelle crise aussi violente que les antérieures, mais sans irradiation vers l'épaule.

Le 12 mars, le malade fut examiné par le docteur J. Heitz (de Royat) qui le trouva en parfaite santé et ne constata aucune anomalie du côté du cœur. Quelques jours plus tard, le docteur Meyer ne trouva lui non plus aucun changement dans l'état du cœur. L'électrocardiogramme n'avait pas varié.

Nous revîmes ensuite le malade le 10 mai 1925, soit deux mois et demi après l'intervention. Son état s'était complètement transformé : il n'avait plus eu de crises et avait augmenté de 7 kilogs.

Il ne se plaignait que d'un léger enrouement de la voix et l'examen laryngologique montra une vasodilatation de l'arrière-gorge et des bandes ventriculaires.

Le 2 juillet le malade revint nous voir. Il allait bien et travaillait régulièrement depuis le milieu du mois de mars en qualité de chauffeur dans une usine de filature, il n'a plus eu de crises, mais se plaignait encore d'une douleur vive siégeant dans la mâchoire inférieure et dans les dents.

Le 8 octobre 1925 le malade est toujours sans crises, mais il souffre encore de la douleur dans les dents de la partie gauche du maxillaire inférieur, douleurs violentes surtout pendant les repas. La région de la glande sous-maxillaire gauche est nettement augmentée de volume et la glande est plus dure que celle du côté opposé.

La tension artérielle était ce jour là à 190/100 au Pachon; elle était pareille des deux côtés.

Fin mars 1926 soit plus d'un an après l'opération le malade est présenté une première fois à la Société de médecine du Bas-Rhin. Il n'avait pas repris de crises et se considérait comme complètement guéri. Les douleurs maxillaires avaient, elles aussi, disparu. La tension différentielle s'était considérablement améliorée.

Le 2 mars 1927, le malade est revu à la clinique; la guérison se maintient intégralement, en mai 1927 les nouvelles sont identiques.

Il en est de même en septembre 1928. En mai 1930 enfin, Ru... est revu, une fois de plus, guéri et ne souffrant pas. Il n'a eu aucune crise angineuse depuis mars 1925. Son état général est excellent et il travaille très régulièrement.

A l'auscultation du cœur les bruits sont purs et le rythme régulier. Le cœur ne s'est pas élargi et la tension artérielle n'a pas changé. C'est en somme une guérison complète au bout de plus de cinq ans.

Ce résultat, très encourageant, plaide en faveur du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. Il fait regretter que ce traitement ne soit pas étudié sur une plus large échelle, afin qu'on puisse en établir les indications et les contre-indications.

---

(1) Ce malade a été présenté à la Société de médecine du Bas-Rhin, le 31 mai 1930.

Voir l'observation complète dans : R. LERICHE et R. FONTAINE, Quatre observations d'angine de poitrine traitées chirurgicalement, *Arch. mal. du cœur et des vaisseaux*, août 1927.

DES EFFETS DE L'ANESTHÉSIE A LA NOVOCAINE

DES LIGAMENTS ET DES INSERTIONS TENDINEUSES PÉRI-ARTICULAIRES

DANS CERTAINES MALADIES ARTICULAIRES ET DANS LES VICES DE POSITION FONCTIONNELS DES ARTICULATIONS

Par R. LERICHE.

(Clinique chirurgicale A, Strasbourg.)

J'ai récemment (1) attiré l'attention sur le rôle de l'innervation sensitive des articulations et de leur appareil ligamentaire dans la physiologie pathologique articulaire.

L'injection au niveau des ligaments et des insertions tendineuses d'un anesthésique local permet de l'analyser d'une façon précise.

Or, à l'usage, cette injection s'est révélée avoir des effets thérapeutiques que je crois devoir signaler. Depuis huit mois, j'ai eu assez fréquemment l'occasion de les observer pour pouvoir attirer aujourd'hui l'attention sur eux :

Il m'a rapidement paru évident que, dans certains cas, l'effet physiologique immédiat de l'injection se prolongeait au delà de la durée du phénomène anesthésique. Après une seule infiltration ligamentaire, certains malades se sentaient améliorés et soulagés pour plusieurs jours. Si l'on répétait l'injection, cette amélioration se prolongeait et durait plus encore, Après 5 à 6 injections, on arrivait à obtenir une disparition complète des phénomènes cliniques fonctionnels, disparition temporaire vraisemblablement dans la plupart des cas, mais durant plusieurs semaines au moins.

C'est ainsi qu'après quelques injections, des troubles fonctionnels articulaires post-traumatiques après fracture ou entorse ont pu complètement disparaître et ne pas revenir, jusqu'aujourd'hui (deux à trois mois).

De même, j'ai vu cesser un de ces équinismes douloureux qui survivent à la consolidation de certaines fractures de jambe, fermées ou compliquées. Chez un rhumatisant chronique avec polyarthrite bilatérale du carpe, l'infiltration répétée des ligaments a amené une véritable sédation avec amélioration fonctionnelle.

Il y a donc là un petit moyen thérapeutique qu'il est avantageux de connaître, et qui est susceptible de multiples applications.

Il est inutile d'injecter dans l'articulation. Celle-ci est peu sensible, et les nerfs de la synoviale viennent de la périphérie. Si l'on veut diminuer l'obscure sensibilité synoviale, le plus sûr procédé est de bloquer les voies d'arrivées extra-articulaires des nerfs, c'est-à-dire la zone des ligaments.

Au cours d'arthrotomies sous anesthésie locale, j'ai pu me rendre compte que le contact d'un instrument avec la face interne de la synoviale n'était pas perçu. C'est une contre-épreuve de ce que j'avais signalé. Cela ne veut pas dire qu'à l'état pathologique, il ne puisse partir des excitations douloureuses d'une synoviale enflammée, mais, je le répète, ce n'est pas par l'intérieur qu'il faut atteindre l'appareil de l'innervation.

L'infiltration anesthésique des ligaments et des insertions tendineuses peut avoir encore d'autres applications. Après des traumatismes ou des interventions, elle peut faire cesser de gênantes contractures, qui empêchent la mobilisation et dans certaines circonstances favorisent ainsi l'ankylose. C'est ainsi qu'elle peut rendre de grands services dans les suites post-opératoires de la résection du coude pour ankylose, au stade (deuxième à troisième mois) où la mobilisation active est difficile du fait de ce singulier mélange de contracture et d'hypotonie musculaires qui caractérise les suites de tous les traumatismes articulaires. Il en sera vraisemblablement de même après les arthrotomies du genou, quand la mobilisation est difficile.

On peut encore employer l'infiltration de l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille pour réduire l'équinisme des hémiplégies infantiles. Chez un spastique athétosique de treize ans, ayant un équinisme irréductible, et pour lequel je croyais une plastie tendineuse nécessaire, j'ai pu, sans effort et sans douleur, mettre récemment le pied en bonne position après une infiltration des insertions du tendon d'Achille (1).

Je ne doute pas que cette méthode de l'analgésie ligamentaire et tendineuses provoqués n'ait de multiples emplois dans des circonstances variées, et c'est pour cela que j'ai cru utile d'en parler à nouveau.

(1) *La Presse médicale*. n° 25, 26 mars 1930

(1) D'après ce que j'ai vu récemment, je pense qu'il y a lieu de reprendre toute la question des prétendues rétractions tendineuses dans la maladie de Little et d'une façon générale chez les spastiques. Elles ne me paraissent nullement démontrées quoi qu'on dise généralement.

HÉRÉDO-SYPHILIS AVEC CHORÉE

GOITRE, OTITE INTERNE SCLÉREUSE

Par M. L. BABONNEIX.

OBSERVATION. — S... (Andrée), seize ans, nous est adressée, le 18 juin 1930, pour surdité progressive datant de deux ans, peut-être accompagnée de vertiges, et survenue sans cause.

Antécédents héréditaires et personnels. — La mère, bien portante, n'a jamais fait de fausse couche; le père est tiqueur. Ils n'ont que cette fille, qui est née à terme, à la suite d'une grossesse normale, et pesait 4 kilogrammes. Elle a été en retard pour marcher et pour parler. De même, sa première dent n'est sortie qu'à douze à quatorze mois. Un seul antécédent important : elle a eu, de six à quatorze ans, quatre attaques de chorée, non précédées d'arthropathies, mais probablement compliquée d'endocardite.

Elle a été réglée à onze ans.

Etat actuel. — Mlle S... est grande, bien développée, mais de teint un peu pâle. Elle a une taille de 1m62 et un poids de 62 kilogrammes. On constate, chez elle :

1. Un *petit goitre*, sans aucun signe basedowien;

2. Une forte *myopie*;

3. Une légère *scoliose*;

4. Une *kératite interstitielle* ancienne (elle a été constatée pour la première fois il y a dix ans), bilatérale (docteur Dollfus);

5. Une grande *nervosité*, sans signe organique d'affection du système nerveux;

6. *Examen auditif* (docteur Camus).

	O. D.	O. G.	
Perception cranienne...	+	0	
Perception aérienne....	0	0	
Weber latéralisé à droite			
Ri Schwabach.........	4″ / 10″	0 / 7″	Oreille normale
[illegible] 435	12″	7″	[illegible] 1′15
Limite supérieure.....	17.000	16.000	
Limite inférieure.....	128	435	
Voix chuchotée.......			
grave..	0	0	
aiguë..	8ct	0	

Ebauche nette du signe d'Hennebert à droite.

En conclusion : grosse diminution de la perception auditive sur toute l'échelle des sons. Le 435 est entendu d'une manière fort courte, et bien que le monocorde soit perçu jusqu'à 17.000 (O. D.) et 16.000 (O. G.) on doit penser à une lésion des oreilles internes d'origine spécifique en raison des autres manifestations et du signe d'Hennebert à droite.

Ajoutons que la tension artérielle est de 14-7, que les principaux organes fonctionnent correctement, qu'il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

* * *

Cas curieux pour bien des raisons! Rien ne nous orientait, en effet, vers l'idée d'une hérédo-syphilis. Les réactions sérologiques, recherchées à diverses reprises, ont toujours été négatives, l'examen clinique ne décèle aucune altération qui permette d'incriminer une spécificité héréditaire. Mais nous avons trouvé une kératite interstitielle. Le tréponème est donc en cause. On peut lui attribuer avec certitude l'otite interne, si caractéristique grâce au signe découvert par M. Hennebert (1). Faut-il agir de même pour la chorée et pour le goitre? La question mérite d'être posée. On sait, en effet, d'une part, que M. Milian rattache à la syphilis héréditaire la plupart des chorées de Sydenham, et que plusieurs auteurs (Apert, Grenet, etc.) ont apporté, à l'appui de sa thèse, des faits confirmatifs, de l'autre que nombre de syndromes endocriniens relèvent de la même cause. En tout cas rien de plus indiqué, à notre avis, que de mettre la malade au traitement spécifique en associant à ce traitement de l'opothérapie et des manœuvres physiques.

(1) V. L. Babonneix. *Syphilis héréditaire du système nerveux*, Paris 1930, Masson.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

[Séance du 19 juillet 1930] (1)

Réaction de Vernes avec le sérum de cobayes inoculés avec des bacilles tuberculeux peu virulents, des bacilles biliés ou des bacilles paratuberculeux. — M. A.-R. Arena démontre que la réaction de Vernes appliquée au sérum de cobaye donne bien la mesure des modifications humorales que détermine l'infection bacillaire. Les différences de l'indice optique atteignent leur maximum chez les animaux infectés par des bacilles virulents; elles diminuent à mesure que décroît la virulence des bacilles inoculés et elles atteignent leur minimum chez des cobayes inoculés avec des bacilles B. C. G. de Calmette-Guérin qui sont incapables de provoquer des lésions évolutives. Elles sont peu appréciables chez les cobayes inoculés avec des bacilles paratuberculeux.

Sur la surinfection du cobaye par le bacille paratuberculeux de la fléole. — MM. A. Boquet et J. Valtis, par leurs expériences, montrent que sous l'influence d'une inoculation massive, intratrachéale ou intrapéritonéale de bacilles paratuberculeux de la fléole, l'organisme du cobaye acquiert des propriétés réactionnelles qui se manifestent lors d'une surinfection minime par le blocage partiel des germes homologues introduits par la voie trachéo-pulmonaire. Il ne semble pas cependant que la destruction de ces germes dans les poumons des animaux surinfectés soit plus rapide que chez les animaux témoins.

Sur la dispersion des bacilles tuberculeux inoculés au cobaye par les voies digestives. — MM. A. Boquet et J. Valtis démontrent que lorsqu'on administre *per os*, à des cobayes, des doses de bacilles de 0mmg2 au minimum, presque tous contractent la tuberculose. L'infection débute tantôt dans les ganglions sous-maxillaires, tantôt et le plus souvent par les ganglions mésentériques qui deviennent virulents après une incubation de plusieurs jours. Pour les doses infectantes limites, l'absorption des bacilles ingérés et leur progression initiale paraissent s'effectuer presque exclusivement par les voies lymphatiques.

Pseudo-tuberculose spontanée du singe provoquée par le cocco-bacille de Malassez et Vignal — M. A. Saenz. Du sang du cœur et des tubercules hépatiques de plusieurs singes callitriches morts après avoir présenté des symptômes de dysentérie, A. Saenz a isolé un cocco-bacille gram-négatif, qu'il a réussi à identifier par culture et par inoculation, au cocco-bacille de Malassez et Vignal agent de la pseudo-tuberculose des rongeurs.

Extraction d'un produit hypertensif à partir d'un éphédra d'origine française. — MM. F. Rathery et P. Gérard. Les éphédra de provenance française contiennent un produit hypertenseur qui est vraisemblablement de l'éphédrine gauche. La préparation des extraits est très délicate à cause des isomérisations qui se produisent facilement au cours des manipulations.

Il paraît possible de fabriquer à partir des éphédra des extraits à pouvoir hypertensif supérieur à celui de l'alcaloïde isolé de la plante.

Indoxylémie dans les néphrites. — MM. F. Rathery et R. Sigwald ont étudié l'indoxylémie chez les sujets nor-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 71, p. 1284.

maux, les néphritiques et en cas de lésions expérimentales du rein (néphrectomie bilatérale, néphrite uranique).

Ils ont comparé l'indoxylémie avec l'état de l'urée sanguine et la réaction xantho-protéique du plasma.

L'indoxylémie est fréquente dans les néphrites chroniques graves; ses variations ne paraissent pas suivre nécessairement celles de l'azotémie ni de la réaction xantho-protéique; elle peut même survenir alors qu'on ne retrouve pas d'indican dans les urines. La recherche de l'indoxyle dans le sang peut donner des indications pronostiques intéressantes.

Variations tardives du glycogène hépatique et musculaire chez le chien dépancréaté sous l'influence d'injections répétées d'insuline. — M. F. Rathery, Mlles S. Gibert et Yvonne Laurent étudient les effets tardifs de l'insuline chez le chien dépancréaté. Ils dosent le glycogène avant la dépancréatation et après cinq jours de traitement d'insuline (trois injections quotidiennes de 10 unités).

Ils constatent que l'insuline n'amène pas de relèvement notable de glycogène hépatique et que le taux de celui-ci est sensiblement identique à celui des animaux dépancréatés non traités par l'insuline. Quant au glycogène musculaire, il ne paraît subir que de faibles variations, son taux étant sensiblement identique à celui des chiens dépancréatés non traités par l'insuline.

Virus herpétique et cataphorèse. Impossibilité de mettre en évidence le virus herpétique dans le cerveau des animaux immunisés. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska donnent la suite de leurs recherches sur la charge électrique du virus herpétique. Ils n'ont pas réussi à mettre en évidence le virus herpétique introduit quarante-huit heures ou cinq jours auparavant dans le cerveau de lapins fortement immunisés, ni à l'aide d'inoculations de substance cérébrale fraîche ou glycérinée, ni à l'aide de la cataphorèse. Tout porte à croire que, à l'encontre des résultats publiés par Olitsky dans le domaine de la poliomyélite, dans l'herpès expérimental du lapin, l'état d'immunité solide exclut totalement la présence du virus dans le névraxe.

Peut-on mettre en évidence le virus rabique fixe dans le système nerveux des animaux vaccinés à l'aide de la méthode pasteurienne? — MM. S. Nicolau, J. Viala et Mme L. Kopciowska. Des inoculations faites sur plus de 150 lapins avec du tissu nerveux frais, glycériné ou soumis préalablement à la cataphorèse, ont montré que le système nerveux des animaux vaccinés avec la méthode pasteurienne ne renferme pas le virus rabique fixe dans son état de virulence décelable par inoculations d'animal à animal.

Essais de réactivation, à l'aide de la glycérine ou de la cataphorèse, du virus rabique dans le cerveau de certains lapins morts de « neuroinfection autostérilisée ». — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska montrent que, à l'encontre de ce qui se passe dans des cas similaires du domaine des infections herpétiques, la glycérine ne peut pas réactiver le virus rabique dans le cerveau des lapins morts de neuroinfections rabiques autostérilisées. A l'aide de la cataphorèse non plus on ne peut pas mettre en évidence le virus dans ces cerveaux.

Virus rabique et cataphorèse. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska soumettent à la cataphorèse le virus rabique contenu dans des émulsions filtrées ou non filtrées de cerveau de lapins morts de rage expérimentale. Ils concluent que le virus rabique des rues, ou les substances qui lui servent de support, possède une charge électrique négative dans des émulsions de cerveau qui accusent une concentration en ions hydrogènes variant entre pH 7,4 et pH 5,8.

Méthode de classification des streptocoques. — MM. E. Sacquépée et J. Fricker décrivent une méthode de classification des streptocoques suivant le mode de protection de la souris après injection intrapéritonéale de streptocoques et injection sous-cutanée de sérum monovalent très actif.

Ces recherches paraissent préciser la double notion de la présence dans les affections non scarlatineuses de streptocoques qui ne se différencient pas des streptocoques scarlatins, et d'un autre côté de la pluralité des streptocoques scarlatins.

Ce fait peut expliquer l'irrégularité thérapeutique du sérum antiscarlatineux.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 juillet 1930):

Propriétés bactéricides et agglutinantes pour le bacille de Koch du sérum sanguin des animaux sains. — MM. Paul Courmont et Henri Gardère ont cherché le pouvoir bactéricide normal pour le bacille de Koch du sérum de divers animaux.

Ce pouvoir bactéricide est le plus élevé chez le cheval, si réfractaire à la tuberculose, moins élevé chez la vache et le chien, encore plus faible chez le lapin, le cobaye et l'homme.

Le pouvoir agglutinant du sérum normal de ces espèces marche de pair avec le pouvoir bactéricide dans le plus grand nombre des cas.

En somme, il semble que les espèces animales résistantes ou presque réfractaires à la tuberculose aient des propriétés spéciales du sérum sanguin parmi lesquelles le pouvoir bactéricide et le pouvoir agglutinant semblent jouer un grand rôle.

Recherches concernant l'influence des injections intraveineuses de novarsenobenzol sur l'azotémie, la glycémie et la cholestérinémie. — MM. A. Leulier, J. Gaté et P. Linard. De leurs recherches, qui ne leur ont pas montré de modifications importantes dans le taux du sucre, de l'urée et de la cholestérine dans le sang après injection intraveineuse de novarsenobenzol, les auteurs concluent que la thérapeutique novarsenobenzolique ne paraît pas exercer d'action appréciable sur le métabolisme sanguin des hydrates de carbone, de l'urée et du cholestérol.

Recherches concernant l'élimination comparée de l'arsenic dans le sang et dans les urines chez les malades soumis aux injections intraveineuses de novarsenobenzol. — MM. A. Leulier, J. Gaté et P. Linard. Etudiant l'élimination comparée de l'arsenic dans le sang et dans les urines chez des syphilitiques soumis aux injections intraveineuses de novarsenobenzol, les auteurs arrivent à cette constatation que l'arsenic disparaît rapidement de la circulation périphérique, alors que son élimination urinaire se poursuit longtemps après cette disparition. Dans ces conditions, il est permis de se demander si la raison n'en est pas dans une localisation viscérale du métalloïde (foie probablement).

Essais de radiothérapie sur la moelle osseuse chez des sujets présentant une hypertrophie dite idiopathique du cœur accompagnée ou non de polyglobulie. — MM. J. Paviot, P. Japiot, A. Josserand, R. Chevallier et A. Lévy. Ce traitement a été mis en œuvre chez quatre malades dont deux seulement étaient des polyglobuliques avec forte érythro-cyanose faciale. Trois d'entre eux présentaient une expectoration fortement sidérofère; chez tous la fragilité sanguine était marquée et les troubles fonctionnels sévères. Les irradiations, pendant plus de deux mois, ont été dirigées uniquement sur la moelle osseuse.

A l'issue de ce traitement, trois faits paraissent probants : la réduction de la polyglobulie, l'augmentation de la résistance globulaire et l'amélioration de l'état général. Cette amélioration ne semble pas être le fait des modifications de la polyglobulie, car elle est également nette chez les deux sujets non polyglobuliques. Elle est peut-être liée à la diminution de la fragilité sanguine constatée dans les quatre cas.

Il n'y a pas de modifications orthodiagraphiques de l'aire cardiaque. L'érythrocyanose faciale, la tension artérielle, la coagulation, la teneur en fer de l'expectoration ne présentent aucune variation appréciable.

Expectoration sidérofère et fragilité sanguine. — MM. J. PAVIOT, R. CHEVALLIER et H. BADINAND. Les relations existant entre la teneur en fer des crachats « tigrés » et certains processus hémolytiques (résistance globulaire fer du sang, cholestérolémie; bilirubinémie) ont été étudiées chez trente sujets.

Pour un taux de fer dans les crachats excédant à peine 0,015 milligrammes pour 100, la résistance globulaire demeure à peu près normale. C'est au-dessus de 0,020 que la fragilité sanguine apparaît.

Il semble, d'autre part, que la résistance globulaire et la teneur en fer de l'expectoration subissent des variations inversement proportionnelles, la résistance des globules rouges diminuant dans la mesure où le taux du fer augmente dans les crachats.

Ce syndrome hémato-chimique s'accompagne très fréquemment des diverses manifestations de la petite insuffisance hépatique.

L'hypocholestérolémie est assez fréquente; l'hyperbilirubinémie, presque constante. Enfin, le fer du sang conserve un taux normal.

Le fer et le carbone de certaines pigmentations viscérales. — MM. J. PAVIOT, R. CHEVALLIER et H. BADINAND. Ces recherches viennent compléter des travaux antérieurs relatifs à la composition chimique de la substance noire du parenchyme pulmonaire. Le fer est dosé dans divers viscères (poumons, foie, rate, ganglions) en utilisant la méthode de B. Moreau, modifiée par M. Morel. La méthode de Nicloux-Boivin est utilisée pour préciser la teneur en carbone pur du carbone élémentaire extrait des parties noires du poumon. On note, à la suite de plusieurs dosages que le pourcentage en carbone pur du carbone élémentaire ne dépasse pas 25 p. 100.

Le poumon « anthracosique » contient à la fois du carbone métalloïdique et un pigment ferrugineux. Ce pigment est toujours plus abondant, à poids égal de substance, que le carbone. Toutefois, la coloration du poumon tiendrait plus à l'état du fer dans le poumon qu'à son taux. Le taux du fer est beaucoup plus faible dans la rate que dans le poumon.

L'absence de plomb dans les poumons noirs d'un sujet ayant longtemps travaillé dans les mines de plomb n'est pas en faveur de la pénétration du carbone par les voies respiratoires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 MAI 1930)

Tumeur du sein. — MM. Georges ROSENTHAL et NAAME présentent à titre de démonstration, un cas de tumeur du sein en cours de traitement par l'opothérapie, et qu'ils représenteront plus tard à la Société.

Ectopie testiculaire double, abdomino-pariétale. Intervention chirurgicale. Résultat opératoire. — M. P. SÉJOURNET présente un grand garçon de dix-sept ans opéré assez récemment. Les testicules étaient cachés dans l'abdomen, derrière la paroi abdominale. Leur volume sensiblement normal, la disposition et la longueur des vaisseaux et du canal déférent permirent, après dissection soigneuse l'abaissement dans les bourses. L'absence de toute hernie, tant à droite qu'à gauche, l'inexistence de tout trajet inguinal laissent supposer qu'il s'agit d'un arrêt dans la migration de deux organes non hypoplasiés congénitalement. Un examen du sperme révèle cependant l'absence de spermatozoïdes : peut-être ne s'agit-il que d'un retard de la puberté. Les testicules, depuis l'opération, ne se sont nullement atrophiés et semblent au contraire s'être développés.

M. André CAIN rapporte qu'au cours des **entéro-colites parasitaires à Giarda intestinalis**, les réactions de la vésicule biliaire sont assez fréquentes. Il faut distinguer le parasitisme simple, sans réaction inflammatoire ni expression clinique (giardose vésiculaire) et les cholécystites, dont l'origine parasitaire est d'ailleurs inconstante.

Technique nouvelle des entéro-anastomoses ou gastro-entérostomoses pratiquées avec le bistouri diathermique. — M. Victor PAUCHET. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 11.)

Mastoïdites et vaccinothérapies. — M. GRAIN considère deux temps dans la trépanation mastoïdienne : le temps opératoire proprement dit et les suites immédiates s'étendant sur une période de sept à huit jours, pendant lesquels, éclatent les complications graves d'origine sinusale ou méningée. Pour réduire ces risques, la vaccinothérapie locale par irrigation discontinue à l'antivirus est une méthode particulièrement efficace, donnant au chirurgien et au malade une sécurité à peu près absolue.

Hernies nucléaires vertébrales intraspongieuses. — M. Marcel GALLAND (de Berck) continue sa série de communications sur le nucleus pulposus, en décrivant les hernies nucléaires de Schmorl. Après une longue étude anatomique, il montre la fréquence de cette lésion, le rôle indéniable qu'elle joue dans la pathogénie de la cyphose des adolescents (Schmorl). Enfin, il discute les analogies radiographiques que l'on peut reconnaître dans les épiphysites et dans les hernies nucléaires. Celles-ci semblent être la lésion essentielle, assurée et il semble qu'il faille faire, dans le domaine des épiphysites et à leur profit une soustraction des plus importantes. Sur les 4.000 colonnes vertébrales examinées par Schmorl, celui-ci n'a jamais vu de lésions épiphysaires.

Hypothèses concernant l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma vésiculeux vrai. — Pour M. A. DESAUX, sous l'influence des excitations pathogènes, les cellules de l'épiderme vivant réagissent et les réactions chimiques se déroulent au sein du protoplasma dont l'acidité intérieure augmente. Pour maintenir le pH intérieur, les cellules épidermiques évacuent leur acide le plus mobile, CO_2 et l'acidose de la lymphe interstitielle est réalisée. La lymphe interstitielle, de nature mal connue, est un colloïde, un gel protéique qui gonfle avec une grande force et son augmentation de volume détermine des phénomènes de rupture, la spongiose et la vésiculation interstitielle de l'eczéma.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 16 MAI 1930)

Un cas de gynécomastie unilatérale. — M. BUQUET fait un rapport sur une observation de M. Aurel Dragos (de Galatz, Roumanie). Il montre que si la gynécomastie bilatérale s'accompagne souvent de malformations génitales, la gynécomastie unilatérale s'observe chez des sujets parfaitement bien constitués. Cette affection connue depuis fort longtemps semble justiciable d'un traitement chirurgical.

Propulsion de l'utérus dans la paroi vésicale par un double kyste de l'ovaire droit. Pseudo-tumeur vésicale. — M. R. BONNEAU fait un rapport sur une observation rare de M. Bellanger (de Paris). Une femme de quarante et un ans fait depuis deux ans, des crises de dysurie et de rétention avec parfois hématuries qui surviennent presque toujours au moment des règles. La cystoscopie révèle sur la face postérieure de la vessie une tumeur du volume d'un œuf et de coloration rouge. A l'opération on constate un double kyste

de l'ovaire droit qui repousse le corps utérin dans la vessie. Hystérectomie subtotale. Guérison. L'auteur rappelle deux autres cas semblables et M. Bonneau cite un cas personnel qui présente avec le précédent de nombreuses analogies.

Fracture des deux os de la jambe vicieusement consolidée. Ostéotomie. Pseudarthrose. Guérison par greffes ostéo-périostées. — M. H. JUDET fait un rapport sur une observation adressée par M. Bellanger (de Paris). Ce cas a été traité avec succès par le simple avivement des fragments du tibia et par des greffes ostéo-périostées prélevées sur le tibia sain.

Iléus post-opératoire traité avec succès par des injections intraveineuses de solution hypertonique de chlorure de sodium. — M. G. LUQUET fait un rapport sur une observation de M. Francis Clément (de la Guadeloupe). Une malade opérée de fibrome a présenté des phénomènes d'occlusion par iléus paralytique, qui ont rétrocédé à la suite d'injections de sérum salé hypertonique. M. Luquet cite à ce propos une observation personnelle où, à la suite de la même médication, le retour à la santé a coïncidé avec une baisse des chlorures du sang contrairement à ce qui se passe d'habitude.

Sept observations de colectomies partielles pour cancer du côlon gauche pratiquées d'après la méthode de l'extériorisation avec résection retardée. — M. HAUTEFORT fait un rapport sur un travail de M. Moreau (de la Roche-sur-Yon), sur sept cas de colectomies. Les résultats obtenus par cette technique ont été très satisfaisants. Tous les malades ont guéri opératoirement. Six sur sept ont survécu, sans récidive, deux depuis cinq ans, deux depuis quatre ans, deux depuis trois ans.

A propos d'interventions chirurgicales après radiothérapie. — M. DARTIGUES fait un rapport sur un travail de M. Delmas (d'Agen) à propos de six observations où après des séances prolongées de radiothérapie les malades ont vu leur état s'aggraver en même temps qu'on assistait à l'évolution de néoplasmes. L'auteur montre que la mortalité opératoire est aggravée du fait des traitements radiothérapiques antérieurs et croit qu'il ne faut pas accepter sans un examen, les statistiques de tous les cas de fibrome, guéris par les rayons.

Fibro-myome de la cavité utérine avec fibromatose sous-péritonéale et ovarite scléro-kystique. Hystérectomie. Guérison. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation suivante. Femme de quarante ans ayant depuis un an des ménorragies durant de huit à quinze jours, mais pas de douleurs. Le toucher montre un utérus du volume de deux poings. Hystérectomie. Guérison. La pièce enlevée présentait : 1° un fibro-myome encapsulé remplissant la cavité utérine; 2° deux fibro-myomes sous-péritonéaux; 3° une ovarite scléro-kystique droite avec un kyste hématique rompu.

Un cas d'ostéomyélite chronique. — M. LANOS présente un malade opéré pour une ostéomyélite chronique d'emblée de l'extrémité inférieure du fémur, il y a deux ans et qui restait fistuleuse. Après avoir cureté et évidé deux foyers il a placé à l'intérieur des cavités ainsi formées des greffes ostéo-périostiques et fermé sans drainer.

Ostéophytes dans les maux de Pott non fistuleux. — M. ROEDERER. Autrefois, on décrivait des ostéophytes dans les traumatismes, dans la lumbarthrie, dans les maux de Pott fistuleux. Depuis quelques années on a publié des cas d'ostéophytes dans des maux de Pott non fistuleux. L'auteur en apporte trois observations appartenant toutes à des adultes âgés et siégeant soit au voisinage de la lésion, soit à peu de distance.

Cancers du rectum et cancers du cæcum. — M. VICTOR PAUCHET présente au nom de M. Butler d'Ormond (d'Amiens) des pièces opératoires fort instructives, deux néoplasmes du rectum extirpés par la voie périnéo-sacrée; un néoplasme du cæcum enlevé par hémicolectomie droite avec fistulisation temporaire du bout transverse.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1930)

A propos de la gynécomastie. — M. DARTIGUES signale les trois techniques chirurgicales qui peuvent lui être applicables : 1° la transposition de l'aréole et du mamelon; 2° la mammectomie totale avec greffe aréolo-mamelonnaire; 3° l'énucléation mammaire sous-cutanée, sans toucher à l'aréole et au mamelon.

Les malformations articulaires obstétricales. — M. Raphaël MASSART présente avec des radiographies sept observations d'enfants qu'il a examinés aussitôt après la naissance, qu'il suit depuis des années et qui présentent des malformations articulaires de l'épaule ou de la hanche. Il montre qu'il s'agit là de lésions à séparer des paralysies obstétricales.

Contusion rénale. Pyonéphrose gonococcique un an après. Néphrectomie. — M. LAVENANT a vu survenir, un an après une contusion rénale, une pyonéphrose gonococcique. C'est là une affection rarement décrite, mais l'auteur pense qu'on ne recherche pas assez le gonocoque, toujours en association avec d'autres microbes qui masquent sa présence.

Cancer thyroïdien. Thyroïdectomie totale. Traitement préventif des accidents de myxœdème. — MM. VICTOR PAUCHET et A. HIRCHBERG ont opéré et guéri un cancer greffé sur une hypertrophie ancienne de la thyroïde. Ce cas soulève une série de problèmes importants au point de vue du diagnostic histologique et de l'application éventuelle de radium en cas de récidive.

Ostéosarcome du péroné. Amputation de cuisse. Guérison. — M. H. BLANC a fait une amputation de cuisse pour un ostéosarcome du péroné chez une femme de soixante-trois ans, et compare cette manière de faire aux résultats obtenus par la résection ou la radiothérapie profonde.

Epingle anciennement déglutie fixée pointe dans la vessie, tête dans l'appendice. Infection urinaire à colibacilles. Ablation. Guérison. — MM. BARBET et PASTEAU ont opéré un enfant de huit ans qui, sans qu'on s'en fût aperçu, avait, trois ans auparavant, dégluti une épingle simple. Ce fut une découverte de la radiographie; car, depuis longtemps, on soignait le malade pour colibacillose. L'ablation a pu se faire sans ouvrir la vessie. La guérison s'est accompagnée de la disparition de l'infection urinaire.

Calcul de la loge prostatique après prostatectomie hypogastrique. — M. G. LAURET a opéré un malade qui présentait, avec ce calcul de la loge prostatique, un diaphragme fibreux intervésico-prostatique ne permettant qu'un drainage précaire de la vessie. L'excision de ce diaphragme et l'ablation du calcul ont amené la guérison.

Corps étrangers des voies digestives sous-diaphragmatiques chez l'enfant. — M. MAYET, avec deux observations à l'appui, montre qu'il ne faut pas, dans ces cas, se hâter d'intervenir. Quand on constate un silence abdominal complet et qu'il n'existe pas de signes douloureux on peut attendre, même chez le nourrisson. Au sujet de l'intervention, il rappelle la technique si simple et si rapide qui consiste à fermer l'épingle à travers les parois de l'intestin.

PRATQUE MÉDICALE

INJECTION INTRACARDIAQUE DE CORAMINE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ EN ÉTAT DE MORT APPARENTE (FORME SYNCOPALE). RÉACTIVATION DU CŒUR. SURVIE (1).

Par le docteur VAREILLES,

Chef de clinique infantile à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Procédé d'exception, l'injection médicamenteuse intracardiaque a permis quelquefois de réanimer des cœurs fortement inhibés et de ramener ainsi à la vie des sujets que l'on pouvait considérer comme irrémédiablement perdus sans cette héroïque intervention. L'adrénaline est généralement utilisée; plus récemment on a employé aussi la lobéline. L'auteur, dans un cas de mort apparente chez un nouveau-né syncopal, par suite de manœuvres obstétricales prolongées, ayant constaté l'échec de tous les moyens classiques devant l'arrêt du cœur imminent, fait une injection intracardiaque de coramine.

L'effet fut rapide et complet : le cœur se mit à battre fortement, l'enfant reprit son rythme respiratoire et se mit à crier énergiquement. Les suites furent remarquablement bénignes, sans aucune séquelle, pas même cette torpeur bulbaire que l'on observe habituellement dans les jours suivant ces syncopes prolongées.

Ce cas n'a pas que son intérêt pratique, il a aussi une portée physiologique incontestable, en montrant que la coramine n'exerce pas seulement une puissante action stimulatrice sur le système nerveux central, mais encore une action directe et élective par son contact avec la fibre cardiaque.

Il est vraisemblable qu'elle pourrait être utilisée de la même façon, et avec le même succès, dans les états de collapsus graves et irréductibles des narcoses, des asphyxies liquidiennes ou gazeuses, des inhibitions par choc ou par toxémie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (2)

DOCTORAT D'ETAT. — 18. ANDRÉ. — Contribution à l'étude des lymphangiomes caverneux du mésentère.

13. BERLEMONT. — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile.

43. BOULANGER. — L'ammoniaque urinaire.

32. BOURNOVILLE (Louis-Léon-Paul). — Les voies d'accès sur l'articulation de la hanche (anatomie, technique, indications).

8. BOURNOVILLE (Pierre-Louis-Jules). — La vaccinothérapie dans les bronchopneumonies du nourrisson de moins de six mois.

31. BROUSSES. — Complications nerveuses du paludisme. Revue générale.

40. CADET (Mme) née MIGNOT (Denise). — Les suppurations hépatiques au cours de l'appendicite.

9. CADET (Fernand-Louis-Oscar). — Sur une forme particulière de complication cardiaque de la chorée : la chorée cardiaque évolutive.

47. COUROUBLE. — L'insuline et le traitement de la tuberculose.

24. CRÉPIN. — Des complications nerveuses de la varicelle. Revue générale.

(1) *Bull. méd.*, 12 oct. 1929, n° 43.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier, n° 71, p. 1267.

30. CUALLACCI STEPHANOPOLI. — Le traitement chirurgical par pneumotomie des suppurations pulmonaires limitées à foyer unique.

23. DAVID. — Sur les concrétions calcaires sous-cutanées (granulomes calcifiés).

5. DELAHOUSSE. — Sur quelques cas de récidive de grossesse tubaire.

34. DELIGNON. — De l'utilité de la pyélographie dans le diagnostic précoce des tumeurs du rein.

38. DRIEUX. — Contribution à l'étude de la maladie des vomissements habituels du nourrisson; ses rapports avec la spasmophilie; son traitement par les rayons ultraviolets et les médications irradiées.

48. DUBOIS. — Les lésions en foyer du noyau lenticulo-caudé.

21. GABILLAUD. — A propos de quelques cas de rupture du tendon du quadriceps.

36. GALIÈGUE. — Des névrites et des polynévrites dans les maladies typhoïdes.

35. GELLÉ. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse.

27. GUÉGUEN. — Contribution à l'étude des formes encéphalitiques des fièvres typhoïdes.

29. GUGELOT. — Le bactériophage dans la thérapeutique des affections typhoïdes.

6. GUIBOUT. — Contribution à l'étude du cholestéatome du cerveau.

42. HERLEM. — Contribution à l'étude de la sérothérapie dans la diphtérie (sérum belge et sérum français).

22. HERMAN. — Contribution à l'étude de l'inspection médicale des écoles de la ville de Lille.

39. HURIEZ. — Le creux sus-claviculaire, schéma anatomo topographique, ses anomalies osseuses, côtes cervicales et hypertrophies transversaires. Etude anatomique, clinique et radiologique de la dorsalisation de la VIIe cervicale (avec 32 schémas et radiographies).

14. JACQUES. — Contribution à l'étude du traitement du cancer primitif du corps de l'utérus.

41. JOLY. — Essai de traitement de la rhinite atrophique ozéneuse par l'anatoxine de Ramon et par un vaccin composé d'anatoxine, de bacilles de Belfanti et de microbes fétides.

37. LAMARIL. — De l'hypertension artérielle paroxystique.

26. LEMAITRE. — Le sérum salé hypertonique en injections intraveineuses dans l'occlusion intestinale.

15. LEPAPE. — Contribution à l'étude du traitement de la tétanie infantile par les rayons ultraviolets.

11. LEPLAT. — La péricardite brightique avec survie prolongée.

1. LESENNE. — Contribution à l'étude des réactions pupillaires chez le vieillard.

7. LOTH. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la vaccinothérapie du rhumatisme articulaire aigu.

46. LUCASSE. — Les crises abdominales du purpura.

44. MANGEOT. — Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou.

49. MARTIN. — Contribution à l'étude des albumines des exsudats et des transsudats.

19. MEURISSE. — Contribution à l'étude des incisions du col de l'utérus en obstétrique.

33. MIZON. — Contribution à l'étude anatomo-clinique des splénomégalies myéloïdes aleucémiques.

2. PORCHER. — Les accidents aigus de la tuberculose annexielle.

25. POUYET. — Contribution à l'étude des syndromes agranulocytaires.

28. PRESTAUX. — Contribution à l'étude des angines diphtériques chez les enfants ayant reçu une, deux ou trois injections d'anatoxine de Ramon. Résultats d'enquête dans le département du Nord.

3. RACHEZ. — La tension artérielle et son comportement

au cours des diverses cures thermales, notamment au cours de la cure par les bains de boues.

12. REMBERT. — Contribution à l'étude des tests de la tuberculose chez le vieillard.

4. TÉTART. — Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse au cours de la grossesse.

45. TRINQUER. — L'insomnie, son traitement par le somnothyril.

17. TUCRY. — Contribution à l'étude des hémorragies digestives au cours des splénomégalies primitives.

10. VEBER. — Contribution à l'étude des pleurésies médiastines.

20. VIENNE. — L'association tartrate borico-potassique phényléthylmalonylurée dans le traitement de l'épilepsie et de certains troubles nerveux.

16. WACOGNE. — Contribution à l'étude du rhumatisme syphilitique.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 7. ELBERG. — Des suppurations pleurales au cours du pneumothorax artificiel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Syndromes douloureux de la région épigastrique. Estomac. Duodénum. Vésicule [étude clinique, radiologique et thérapeutique] (1), par René-A. GUTMANN, ancien interne des hôpitaux de Paris, attaché médical de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, chargé des consultations des maladies du foie et du tube digestif. Préface du professeur A. GOSSET.

« Le titre de ce volume correspond à une conception de médecine journalière. La plupart des malades de notre spécialité arrivent en se plaignant « de leur estomac ». Chercher, dans cette région épigastrique complexe, quelle est la maladie en cause, telle est l'idée directrice de ce livre. »

Cette phrase de l'introduction résume le plan de l'ouvrage. Il est tout dominé par le souci de fournir au médecin un guide clair à travers la pathologie digestive. Les théories, les techniques d'investigation délicates ou douteuses sont mises à leur place effacée. C'est par les moyens de la clinique et, dans la clinique, par les méthodes les plus simples, l'interrogatoire bien conduit, l'exploration élémentaire, que l'auteur arrive à « l'orientation du diagnostic ». Qu'on lise par exemple, dit le professeur Gosset dans sa préface, le premier chapitre où l'auteur étudie le symptôme « douleur épigastrique » et montre que pour qui sait bien analyser avec méthode et précision, le diagnostic, après l'interrogatoire, doit déjà être posé... Toute cette première partie est à lire et à relire.

Tout le long de l'ouvrage on retrouve le même souci de mettre en valeur les symptômes importants, d'en extraire tout ce qu'ils peuvent donner pour le diagnostic.

Ce diagnostic une fois orienté, il appartient à la radiologie de le confirmer. Dans chaque chapitre l'auteur montre ce que le médecin qui possède une installation radioscopique peut attendre de l'écran, ce que le médecin qui reçoit un compte rendu radiologique doit savoir en tirer; 198 schémas dessinés par l'auteur aident à suivre le texte. L'auteur estime, d'autre part, que la lecture d'un cliché fait partie de la clinique digestive, que tout médecin doit la connaître, et que cette éducation est facile à acquérir par l'habitude. Aussi a-t-il sélectionné 344 clichés, dont chacun est interprété et dont les planches, intercalées dans le texte, composent un véritable atlas de lecture radiographique. Il répond à ce qu'on doit attendre d'un tel recueil : être typique, facile à comprendre, être formé d'excellents clichés excellemment reproduits. L'auteur et les éditeurs n'ont rien négligé pour rendre cette illustration égale aux plus belles publications françaises et étrangères.

(1) Deux beaux volumes formant 1.140 pages avec 198 figures dans le texte et 344 radiographies hors texte. — Prix : 200 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Chaque chapitre, enfin, comprend une longue partie thérapeutique où toutes les éventualités sont envisagées et discutées, où l'on trouvera de nombreux conseils et de nombreuses formules éprouvées.

Mais si cette tendance de pratique journalière personnelle est dans tout l'ouvrage très accusée, il s'en faut que la documentation scientifique soit négligée. Une bibliographie abondante, qui s'étend jusqu'à septembre 1929, montre, au bas de chaque page, que l'auteur a tenu compte des travaux publiés dans tous les pays.

Les éditeurs croient que c'est la première fois que paraît, sur cette pathologie de région dont les problèmes se posent chaque jour au médecin de médecine générale, au spécialiste et au radiologiste, un ouvrage de cette importance, comportant de tels développements cliniques, radiologiques, thérapeutiques, une illustration aussi abondante et aussi soignée. Et l'on peut dire, avec l'éminent auteur de la préface, que « ce Traité en deux volumes de plus de cinq cents pages est, dans son genre, unique en France, et qu'il fait le plus grand honneur à la littérature de notre pays ». L. G.

L'Hérédité (1), par J. Arthur THOMSON, professeur d'histoire naturelle à l'Université d'Aberdeen. Traduit d'après la 5e édition anglaise par Henri de Varigny, docteur ès sciences naturelles, membre de la Société de biologie.

L'ouvrage de J.-Arthur Thomson, le célèbre professeur d'Aberdeen, est considéré comme un classique et fait autorité dans les pays de langue anglaise. Il constitue, dans l'esprit de l'auteur, une introduction à l'étude de l'hérédité, sujet d'un intérêt fascinant et de grande importance pratique. Au cours des dernières années il a été fait de grands progrès dans l'étude scientifique de l'hérédité, et comme la bibliographie est fort dispersée et souvent très technique il est fort utile d'avoir un exposé visant à la fois à être compréhensif et exact, et pourtant relativement simple. L'auteur a voulu exposer impartialement dans ce magistral ouvrage tous les problèmes de l'hérédité et toutes les solutions qui en ont été données, même celles qu'il considère comme discutables.

Un regard jeté sur le volume montrera qu'une place particulière a été faite à trois sortes de conclusions : à celles que fournit l'étude microscopique des cellules germinales, à celles qui découlent de l'application des méthodes statistiques, enfin à celles qu'on peut tirer de l'expérimentation. Ces trois façons d'attaquer les problèmes mystérieux sont également justifiées, et les résultats obtenus en quelques années par un nombre relativement restreint de chercheurs résolus méritent de retenir l'attention de tous les esprits réfléchis. Les faits nouveaux sont d'un intérêt particulier pour les médecins, les pédagogues laïques et religieux, les réformateurs sociaux et les parents. L. G.

RENSEIGNEMENTS

(1) In-8 de la Bibliothèque scientifique, avec 26 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Payot.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CHANCRE INDURÉ DES RÉGIONS GÉNITALES

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Accident primaire de la syphilis, il apparaît en moyenne de vingt à vingt-cinq jours après contact vénérien, pas moins de quinze jours, pas plus de quarante-cinq jours. Son diagnostic d'une importance capitale est puissamment aidé par la *recherche du tréponème à l'ultramicroscope* qui doit être systématiquement pratiquée pour justifier le traitement d'attaque, celui-ci aussi rapide et intense que possible.

CLINIQUE

Son évolution cyclique peut être, avec Fournier, décrite dans ses trois stades : début, état, réparation. Type de description : le *chancre du gland.*

DÉBUT. — Tout d'abord, c'est une *simple érosion superficielle*, plane, arrondie ou ovalaire, de l'étendue d'une lentille, indolore, rougeâtre. « Moins que rien » suivant le mot de Ricord. Dès cette phase, l'*ultramicroscope* décèle cependant de très nombreux tréponèmes.

ETAT. — A partir du cinquième jour le chancre adulte a ses caractères essentiels : *induration, adénopathie*. C'est une érosion, plane et sans bords, bien circonscrite, arrondie ou ovalaire, du diamètre d'une pièce de 20 à 50 centimes, au fond poli et lisse, couleur chair musculaire, sécrétant une sérosité claire qui lui donne l'aspect miroitant. Cette érosion est indurée et cela se perçoit en faisant rouler le chancre entre deux doigts. Cette induration *ne déborde pas le chancre* donnant l'impression d'une dureté sèche comparée classiquement à celle d'une carte de visite.

L'adénopathie est constante, nécessaire, inguinale, uni ou bilatérale, indolente, faite d'une pléiade de ganglions mobiles et durs, sans péri-adénite, l'un d'entre eux étant plus volumineux. Cette adénopathie survivra au chancre durant environ deux mois et jusqu'à l'efflorescence de la syphilis secondaire pendant laquelle elle aide au diagnostic. Elle est spontanément résolutive.

RÉPARATION. — Si le malade est précocement traité, le chancre disparaît très vite. Sinon, ayant été stationnaire pendant trois à quatre semaines, il se cicatrise de la périphérie au centre. La cicatrice dépigmentée peut durer quelques mois. L'induration peut lui survivre pendant quelque temps. En règle générale, *le chancre ne laisse pas de trace.*

FORMES CLINIQUES

1. Suivant le nombre : **chancres multiples,** très importants à connaître, car assez fréquents.
2. Suivant dimensions : chancres nains et chancres géants.
3. Suivant aspect : chancres herpétiformes, ulcéreux, hypertrophiques, papuleux.
4. Suivant couleur : chancres en cocarde, jaunâtres et diphtéroïdes, violets (grossesse).

Il faut surtout insister sur les divers aspects pris par le chancre :

5. Suivant le siège : a. *sillon balano-préputial*, l'induration en feuillet de livre s'étalant brusquement quand on déplisse complètement le prépuce; b. *frein de la verge*, le chancre effilé en raquette risquant de passer inaperçu si on ne prenait soin de déplisser complètement cette région; c. *méat urétral*, avec écoulement de sérosité louche et pouvant simuler la blennorragie de même que le chancre de la *fosse naviculaire*; d. *prépuce*, entraînant un phimosis avec œdème énorme dû parfois à la balanite concomitante. Il faut toujours penser à un chancre en présence d'un phimosis et rechercher l'adénopathie inguinale. Il faut encore insister sur les particularités des *chancres cutanés* (peau de la verge, pubis, scrotum) qui sont *croûteux*, peu indurés et parfois *géants* (pubis).

Chez la femme, le chancre des *grandes lèvres* est le plus fréquent et a les caractères classiques, mais entraîne souvent un *énorme œdème* qui, après sa rétrocession, pourra laisser de la sclérose vulvaire. Celui de la *petite lèvre* est érosif et petit, souvent infecté secondairement. Au *vagin*, caché dans les plis muqueux, il risquerait de passer inaperçu sans un examen soigneux au spéculum. Il en est de même du chancre du *col utérin* souvent papuleux, grisâtre, entouré d'une collerette purpurique, l'adénopathie inguinale étant absente ici et remplacée par des ganglions hypogastriques profonds. Le chancre peut encore siéger au *méat* où il est induré, rebelle et suintant.

Le **chancre mixte** est extrêmement fréquent et modifie l'aspect du chancre syphilitique. Sa fréquence est même si grande que l'on doit considérer tout chancre mou comme suspect de syphilis. Le plus souvent l'*inoculation a été simultanée*. En ce cas, la chancrelle apparaît tout d'abord quatre à cinq jours après le contact infectant et devient bientôt suppurante, douloureuse. Vers le vingt-cinquième jour, le fond s'élève, la base s'indure et les ganglions prennent l'aspect de ceux de la syphilis. Parfois le Ducrey se greffe sur le chancre induré qui devient douloureux et puriforme.

COMPLICATIONS

Rares, elles peuvent résulter de l'*infection secondaire*, surtout en cas de phimosis. Le *phagédénisme* est rare, la gangrène et les hémorragies exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

1° **Positif**. — Basé sur les caractères cliniques décrits et si possible sur la confrontation du partenaire, il doit être le plus vite possible confirmé par la *recherche du tréponème à l'ultramicroscope*, seul procédé certain de diagnostic. Sur un chancre non modifié par les antiseptiques, on prélève un peu de sérosité après raclage léger de la périphérie de l'érosion. S'il y a suppuration en cas de chancre compliqué, on recherchera le tréponème après coloration sur lame par les méthodes d'imprégnation à l'argent.

Si l'examen est négatif, on fera dès le vingtième jour la réaction de *Wassermann*.

2° **Différentiel**. — *a*. On éliminera facilement : 1° l'*érosion traumatique*, parfois indurée et douloureuse après application d'antiseptiques; 2° l'*herpès* génital, aux érosions polycycliques, très suintantes, mais qui peut servir de porte d'entrée. L'herpès solitaire doit, en tout cas, inciter à la plus grande prudence; 3° la *balanite érosive circinée*.

b. Le gros diagnostic est le chancre mou. Typiquement, la chancrelle est multiple, douloureuse, aux bords taillés à pic, au fond inégal et suppurant, à base souple pouvant d'ailleurs s'indurer mais de façon diffuse et débordant largement l'ulcération.

L'adénopathie est ici un bubon inflammatoire, douloureux et qui va suppurer. Enfin, l'auto-inoculation est positive dans les vingt-quatre à quarante-huit heures.

Pratiquement, ce n'est pas toujours aussi simple, le chancre induré est auto-inoculable dans les douze premiers jours, il peut s'infecter secondairement, mais surtout l'extrême fréquence des chancres mixtes doit rendre prudent, faire rechercher toujours le tréponème, et si on ne le trouve pas pratiquer des Wassermann sériés à partir du vingtième jour et répétés pendant quelques mois tous les quinze jours.

c. En cas de chancre croûteux, on éliminera facilement l'*ecthyma*.

d. Chez la femme, le chancre du col sera distingué de la métrite.

e. Enfin, le chancre devra être différencié d'*autres lésions syphilitiques* : syphilides ulcéro-papuleuses, ou érosives; syphilome tertiaire chancriforme.

En tout cas, dès le diagnostic posé, pratiquer un énergique *traitement d'attaque* de la syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

EXPRESS DE NUIT (1re et 2e classes) PARIS-LYON. — Un train express de nuit de chaque sens (nos 105 et 106) comprenant un wagon-lits, des places de lits-salons, de couchettes de 1re et 2e classes circule entre Paris et Lyon.

Ces trains n'ont que très peu d'arrêts ce qui permet aux voyageurs de reposer tout en effectuant les quelque 500 kilomètres qui séparent les deux grandes villes.

Départ de Paris : 22 h. 22. Arrivée à Chalon-sur-Saône 4 h. 24, à Mâcon 5 h. 12, à Lyon-Vaise 6 h. 18, à Lyon-Perrache 6 h. 30.

En sens inverse, départ de Lyon-Perrache 22 h. 30. Arrivée à Paris 5 h. 58.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Le concours annoncé pour l'admission d'un chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans aura lieu aux hospices de Tours le jeudi 30 octobre 1930, à 8 h. du matin, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices d'Orléans, assisté d'un jury médical.

Sont admis à prendre part au concours les candidats préalablement agréés par la Commission administrative des hospices d'Orléans, ayant la qualité de Français, ayant obtenu leur diplôme de docteur en médecine en France, ayant exercé la médecine ou la chirurgie pendant un an au moins, ou ayant rempli, pendant au moins trois ans, les fonctions d'interne titulaire des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Le registre d'inscription est ouvert à la direction des hospices d'Orléans et sera clos le 10 octobre 1930, à 17 h. A partir de ce jour, aucune inscription ne sera admise et l'entrée des hospices de Tours sera interdite aux candidats.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — L'emploi d'agrégé de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille ci-dessous désigné est déclaré vacant : Clinique médicale, 1.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 6 sept. 1930.)

MÉDAILLE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — *Médaille de bronze.* — M. le docteur Blaizot, médecin directeur du dispensaire antituberculeux, à Laigle.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Sizaret (Alexandre), reçu au concours de médecin chef des asiles pour l'année 1930 avec le n° 3, est nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. Fromenty, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Duchêne, reçu au concours de médecin chef des asiles pour l'année 1930 avec le n° 8, est nommé médecin chef de l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), en remplacement de Mlle le docteur Cullère, appelée à d'autres fonctions.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. (Armée active.) — Les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins commandants. — MM. Collignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, est affecté à la section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre, direction du Service de santé; Thellier, des troupes du Maroc, est affecté à la région de Paris; Gourdon, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire du Belvédère, laboratoire de bactériologie, Tunis, est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble, laboratoire de bactériologie.

Médecins capitaines. — MM. Gérome, du centre d'instruction physique de Cosne, est affecté au 95e d'infanterie à Cosne; Sabrie, de la région de Paris (pour ordre), stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, est affecté au 19e escadron du train à Paris; Protteau, du 19e corps d'armée, est affecté au 25e d'artillerie à Châlons-sur-Marne; Poirier, du ministère de la Guerre, direction du Service de santé, est affecté à l'hôpital militaire de Rennes; Toureng, de la région de Paris (pour ordre), stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, est affecté au 1er bataillon de dragons portés à Versailles; Le Roch, du 60e d'infanterie à Besançon, est affecté à la région de Paris, service de la garde républicaine mobile; d'Audibert Caille du Bourguet, des troupes du Maroc, est affecté au 32e d'artillerie à Vincennes; Gorsse, du 95e d'in-

fanterie à Cosne, est affecté au 503° rég. de chars de combat à Versailles; Duc, du 1er d'infanterie à Cambrai, est affecté aux troupes du Levant.

MANIFESTATIONS D'AVIATION SANITAIRE. — Les Amis de l'aviation sanitaire, créés en 1929 (siège social : 9, rue Tronchet, Paris [VIIIe]) à la suite du Ier Congrès international de l'aviation sanitaire présidé par le professeur Ch. Richet, vont faire, avec l'appui et les encouragements de M. Laurent Eynac, ministre de l'air, une série de démonstrations.

Au Congrès de Bruxelles, les 20 et 21 septembre 1930, en l'absence du président sénateur Chassaing empêché, le bureau sera représenté par le docteur Foveau de Courmelles, MM. A. Nemirovsky et R. Charlet qui se rendront là-bas en avion sur un Bréguet 26 T*bis*, le 20 septembre; le même jour, démonstration devant le gouvernement et la Croix-Rouge belges et banquet officiel où S. M. le Roi sera représenté.

A Muret, le 21 septembre 1930, pour l'inauguration de la statue d'Ader, le médecin général Uzac, membre fondateur des Amis de l'aviation sanitaire, prendra la parole en leur nom; il se rendra là-bas avec un avion sanitaire partant de la base de Cazeaux ou de l'aérodrome de Francazal à Toulouse, et dirigé par M. Goegel, pilote du regretté professeur E. Pigone qui mourut au cours d'un sauvetage de malade qui guérit et lui fut victime de son dévouement.

A Montréal (Canada), le docteur Desfosses (de Paris, de la *Presse médicale*) fait au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, au nom des « Amis », une série de conférences et de démonstrations sanitaires.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES. (LISBONNE, 15 au 23 octobre 1930.) — On nous prie de rappeler que ce Congrès aura lieu à Lisbonne, du 15 au 23 octobre prochain, sous le haut patronage de Son Excellence le Président de la République portugaise et sous la présidence effective du professeur Egas Moniz.

Les rapports qui seront présentés sont les suivants :

a. SECTION D'HYDROLOGIE. — 1° *Les variations sanguines au cours du traitement hydro-minéral.* — Rapporteurs : le professeur Moraes Sarmento (de Coimbra) et les docteurs Ferreyrolles, Lescœur, Schneider et Serane.

2° *Etats spasmodiques de la musculature lisse et crénothérapie.* — Rapporteurs : docteur Cascao de Anciaes, avec la collaboration du professeur Marck Athias et docteur Heitor da Fonseca (de Lisbonne), professeur Maurice Villaret et docteur R. Justin Besançon (de Paris).

3° *Les syphilitiques aux eaux minérales.* — Rapporteurs : le professeur Rocha Brito (de Coimbra) et les docteurs Henri Flurin, L.-G. Blanc, Jean Heitz et R. Pierret.

b. SECTION DE CLIMATOLOGIE. — 1° *La climatologie et la médecine.* — Rapporteur : professeur Cirilo Soares (de Lisbonne).

2° *Les troubles climatériques ont-ils une influence sur les accidents survenus au cours de la tuberculose pulmonaire (hémoptysies, etc.)?* — Rapporteur : professeur Lopo de Cavalho (de Lisbonne).

3° *Analyse des éléments physiques des climats et de leurs effets physiologiques et thérapeutiques.* — Rapporteurs : MM. Georges Baudoin et Piéry.

c. SECTION DE GÉOLOGIE. — 1° *Rapport entre la structure géologique du Portugal et sa richesse en sources thermo-minérales.* — Rapporteur : professeur Ferraz de Carvalho (de Coimbra).

2° *Sur l'hydrogéologie des sources à radio-activité moyenne.* — Rapporteur : M. Pierre Urbain.

Les séances de travail du Congrès se termineront le 18 octobre. Du 19 au 23 octobre, des excursions sont prévues pour la visite des principales villes et curiosités du Portugal.

Conditions. — Pour tout le séjour à Lisbonne et les excursions en Portugal, un prix forfaitaire de 1.250 fr. environ a été établi. Il comprend transports en chemins de fer, hôtels, nourritures, pourboires et toutes les excursions sur le territoire espagnol.

Les chemins de fer français et portugais accordent une réduction de 50 p. 100 et les chemins de fer espagnols une réduction de 35 p. 100.

Les hôtels de Lisbonne consentent une réduction de 30 à 50 p. 100 pour les congressistes qui ne voudront pas utiliser le forfait.

Croisières. — A l'issue du Congrès, une croisière a été organisée à Madères et aux Açores. Départ de Lisbonne le 24 octobre; retour à Lisbonne le 9 ou le 10 novembre. Prix forfaitaire : 1.700 fr.

Une autre croisière a été également prévue en Afrique du Nord. Départ de Lisbonne le 19 octobre, retour à Marseille le 25 octobre, visite de Tanger, Alger et Palma. Prix variant de 1.665 à 2.850 fr., suivant cabines.

On pourra se rendre de France à Lisbonne par mer, en s'embarquant soit à Bordeaux, soit à Boulogne.

Voyages en Espagne. — Plusieurs itinéraires sont prévus pour visiter l'Espagne au retour du Congrès.

S'adresser pour tous renseignements :

Concernant les travaux à présenter au Congrès (rapports et communications) au professeur Raposo de Magalahès, secrétaire général, Faculté de médecine, Lisbonne.

Concernant les excursions en Espagne à l'Union nationale des agences de voyages, maison du tourisme, 53, avenue Georges V, Paris (VIIIe).

Concernant tous autres détails et l'inscription au Congrès au docteur Victor Gardette, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Les adhésions devront être envoyées à l'adresse ci-dessus dans le plus bref délai possible et au plus tard le 25 septembre afin que toutes démarches auprès des compagnies de transport puissent être faites en temps utile.

Prix des adhésions : membres titulaires, 60 fr.; membres associés, 30 fr. Envoyez leur montant par mandat-poste, chèque ou chèque postal, à l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques postaux n° 370.70, bureau de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une bien douloureuse surprise la mort de notre confrère et vieil ami le docteur André Léri, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Les obsèques ont eu lieu le 10 septembre, à Paris.

Que Mme André Léri et ses enfants veuillent bien recevoir l'expression très émue de notre profonde sympathie.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A VENDRE APRÈS DÉCÈS : 1 appareil à rayons ultraviolets, transportable, caisse acajou marque Gallois; 1 table à massage, pieds pliants; 1 appareil à courant continu; 1 appareil faradique de Gaiffe. — Téléphoner : Danton 61-10.

REVUE GÉNÉRALE

LA LUXATION TRAUMATIQUE INFÉRO-INTERNE DE L'ÉPAULE

Par Roger PÉTRIGNANI,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Définition. — Si les variétés communes de luxation de l'épaule — c'est-à-dire antéro-internes — et même certaines variétés exceptionnelles — supérieures et postérieures — sont nettement définies, il n'en va pas de même de la variété dite sous-glénoïdienne. Les classiques en effet désignent généralement sous ce nom les cas rares où la tête humérale se trouve, d'une manière permanente, *au-dessous* de la cavité glénoïde, soit au contact du bord axillaire de l'omoplate, soit au contact du gril costal.

Malgré les apparences cette définition est des plus imprécises : en effet le scapulum est un repère mobile, il *bascule* toujours notablement au cours d'une luxation sous-glénoïdienne, d'où modification de l'orientation de la glène. Il est donc nécessaire de préciser davantage : à notre avis, doit être considérée comme sous-glénoïdienne toute luxation où, sur une radiographie, la tête se trouve immédiatement au-dessous d'une ligne passant par le bord inférieur de la cavité glénoïde et *parallèle au bord supérieur de l'omoplate* (ce n'est pas une ligne horizontale; elle est à peu près perpendiculaire au bord axillaire du scapulum).

De plus, si l'on trace une autre ligne passant par le rebord glénoïdien antérieur, on voit que, le plus souvent, la tête luxée déborde plus ou moins cette ligne en dedans. Parfois même la tête est *plus interne qu'inférieure*, déplacée à la fois en dedans et en bas.

C'est Panas le premier qui individualisa ce dernier type, confondu avant lui par les auteurs avec les luxations antéro-internes. Il lui donna le nom de *variété costale* pour le différencier de la *variété scapulaire* où la tête reste en dehors ou au contact du bord axillaire de l'omoplate.

Nous pensons que cette classification consacre une *erreur,* ceci grâce aux données de la radiographie.

Ce qui caractérise avant tout en effet la variété de luxation que nous étudions c'est la *solidarité* de l'omoplate et de la tête humérale, assurée par l'intégrité du ligament prégléno sous-huméral. Si donc la tête, libre, pouvait venir au contact du gril costal en s'éloignant de la glène, comme le croyait Panas, c'est qu'elle aurait perdu toutes ses connexions musculo-ligamentaires et dans ces conditions *rien ne s'opposerait* à ce qu'elle remontât en position sous ou intracoracoïdienne.

En réalité les choses se passent autrement; c'est le *bloc scapulo-huméral* qui se déplace et non la tête isolément. La bascule de l'omoplate (qui peut aller jusqu'à l'horizontale) rapproche ainsi la tête de la paroi thoracique, mais il s'agit là d'un déplacement indépendant du déplacement propre de la tête par rapport à la glène et qui seul doit entrer en ligne de compte pour déterminer la variété d'une luxation.

Or ce déplacement de la tête humérale, dans le cas particulier, a lieu de la manière suivante : dans le trajet qu'elle suit ordinairement pour aller de la position première et instable sous-glénoïdienne à la position dernière et stable sous-coracoïdienne la tête peut se trouver arrêtée en un point quelconque de sa trajectoire. Voilà les *terminus*; entre eux il y a place pour des *points d'arrêt* dont le premier est le point d'arrêt scapulaire déterminé par l'emboîtement du rebord glénoïdien dans le sillon anatomique; mais il y en a d'autres : entre la variété sous-glénoïdienne pure (type scapulaire de Panas) et la variété sous-coracoïdienne banale on peut donc observer un certain nombre de situations intermédiaires de la tête se traduisant par des caractères anatomo-cliniques intermédiaires à ceux des luxations sous-glénoïdiennes et antéro-internes. Pour ces raisons nous proposons de donner à cette variété le nom de *luxation inféro-interne*, ce néologisme nous paraissant plus exact et plus général que le terme défectueux de variété costale proposé par Panas et adopté depuis 1869.

La classification des luxations de l'épaule généralement admise par les classiques français est, rappelons-le, la suivante (Follin et Duplay, Panas, Bouilly) :

Luxations antéro-internes.	extracoracoïdienne,	
	sous-coracoïdienne,	
	intracoracoïdienne,	
	sous-claviculaire.	
Luxations inférieures.....	sous-glénoïdiennes	scapulaire,
		costale.
	erecta (en mât),	
	infratricipitale.	
Luxations supérieures.		
Luxations postérieures....	sous-acromiale,	
	sous-épineuse.	

A cette classification nous ferons le reproche de ne pas mettre en évidence que la *luxation sous-glénoïdienne est toujours une luxation en avant.* Il ne convient donc pas de la rapprocher de la luxation infratricipitale de Farabeuf qui est avant tout une luxation postérieure.

Par ailleurs, soit dit en passant, n'est-il pas surprenant que dans une classification basée uniquement sur le déplacement de la tête humérale tous les auteurs accueillent et perpétuent cette hérésie nosologique : la *luxatio erecta,* dont nous sommes redevables à Middeldorf. S'il est une variété qui mérite bien l'épithète de sous-glénoïdienne c'est pourtant bien celle-là.

D'autre part il nous paraît juste, contrairement à l'opinion classique, de rapprocher les luxations sous-glénoïdiennes des luxations antéro-internes à la manière de Stewart qui employait l'expression : *anterior subglenoïd.*

Pour tous ces motifs, après tant d'autres classifications défendues (J.-L. Petit, Malgaigne, Sédillot, Velpeau, Pétrequin, Gayraud, Nélaton, etc.), nous proposons la suivante :

Luxations antérieures..	Hautes intraglénoïdiennes	sous-coracoïdienne,
		intracoracoïdienne.
	Basses sous et intraglénoïdiennes	*inféro interne.*

Luxations inférieures . . { sous-glénoïdienne (scapulaire), infraglenoïdienne (l. erecta).

Luxations postérieures. { sous-acromiale. sous-épineuse, rétro et infratricipitale.

Luxations supérieures. Supra coracoïdienne.

Ainsi la luxation inféro-interne apparaît comme un **type de transition** entre la luxation sous-glénoïdienne proprement dite et la luxation intraglenoïdienne proprement dite.

C'est ce type anatomo-clinique que nous nous proposons d'étudier brièvement à la lumière des cinq observations personnelles suivantes accompagnées de leurs radiographies (décalques).

Observation I. — (Service du docteur Baudin, Hôtel-Dieu de Chartres). — René R..., trente ans; gros traumatisme par courroie de transmission (6 septembre 1929) ayant entraîné une fracture du tiers inférieur de l'humérus, une fracture des deux os de l'avant-bras et une luxation de l'épaule gauche.

Bras en abduction extrême, paralysie cubitale partielle. Radiographie de contrôle (fig. 1). Essai de réduction sous anesthésie générale. Echec. Réduction sanglante le 11, soit cinq jours après l'accident : voie d'abord classique en passant par le sillon delto-pectoral sans section de la coracoïde; on reconnaît la cause de l'irréductibilité : fracture tubérositaire (deux fragments détachés); à noter : la rupture du tendon du long biceps, l'intégrité du ligament prégléno-sous-huméral et l'obstacle réalisé par le sous-scapulaire bridant la tête. Reposition sanglante, réinsertion du biceps, suture capsulaire, fermeture sans drainage. Suites opératoires excellentes; la paralysie cubitale s'atténua et disparut progressivement. Ultérieurement ce blessé présenta à la suite d'un nouveau traumatisme une fracture itérative de l'humérus.

Le résultat fonctionnel éloigné est satisfaisant (1).



Fig. 1. — *Luxation inféro-interne irréductible* (réduction sanglante). — Omoplate non basculée, d'où abduction très marquée; la glène a son orientation normale; la tête est loin du gril costal; deux fragments tubérositaires.

Obs. II. — H... Marthe, quarante ans, fait une chute sur l'épaule. Ecchymose, fourmillements dans le petit doigt. Vient consulter à l'hôpital trois jours après. Radiographie (fig. 2). Réduction facile sous anesthésie générale (11 février 1928). Deux mois d'interruption de travail.

Résultat éloigné : parfaitement guérie, sans séquelles.

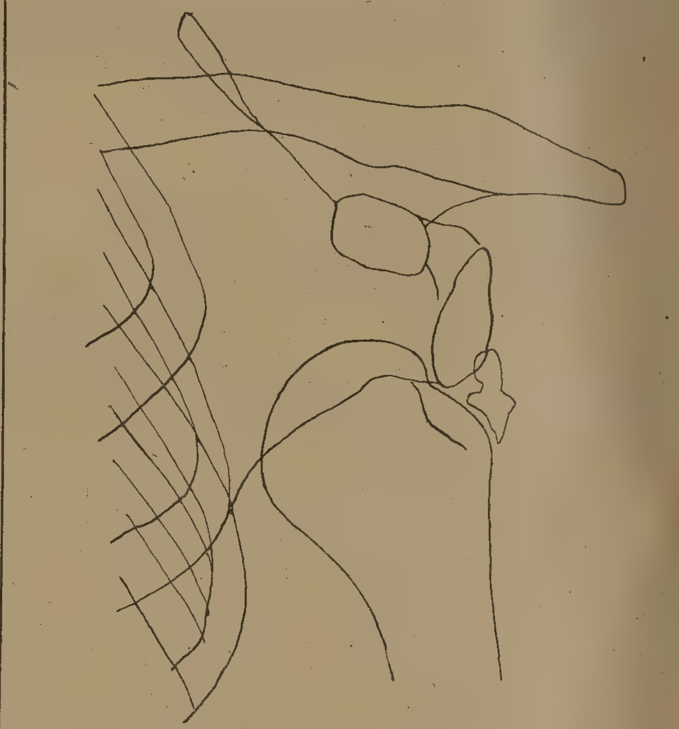


Fig. 2. — *Luxation inféro-interne.* — Bascule de l'omoplate dont le bord axillaire est fortement arqué. Abduction minime. Petite fracture tubérositaire.

Obs. III. (Service de M. le Professeur Agrégé Cadenat, Hôpital Saint-Louis.) — Bl... Désiré, fait une chute de motocyclette le 17 septembre 1928. Traité en ville par des pansements humides chauds.

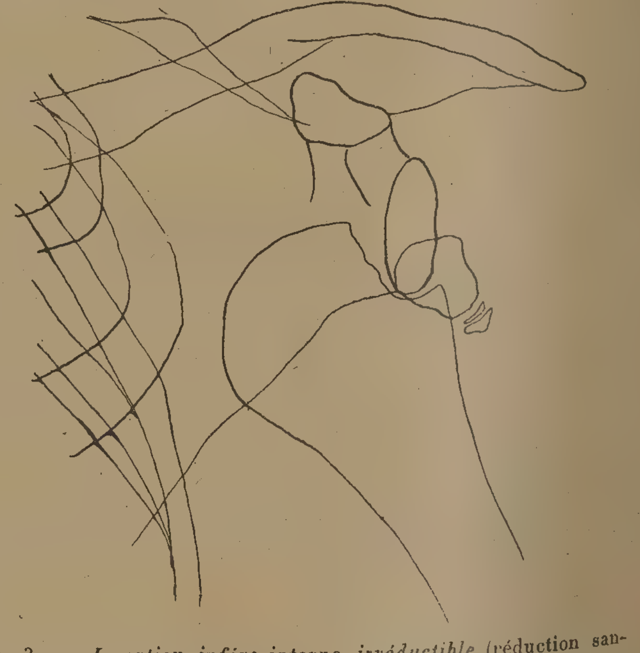


Fig. 3. — *Luxation inféro-interne irréductible* (réduction sanglante). — Omoplate légèrement basculée; abduction moyenne; fracture tubérositaire importante.

Vient consulter à l'hôpital trois semaines après. Entre temps : ecchymoses, engourdissement, puis fourmillements dans les quatrième et cinquième doigts. Radiographie (fig. 3).

(1) Roger Pétrignani. Luxation sous-glénoïdienne irréductible de l'épaule. Réduction sanglante, in *Ann. d'anat. pathol.*, déc. 1929, t. VI, n° 9, p. 1233.

Tentatives de réduction sous anesthésie générale avec le levier de Lambotte. Echec. Intervention (Professeur Cadenat). Technique de Morestin-Bazy. La tête est remise en place grâce à un crochet de Lambotte qui l'accroche et une rugine d'Ollier prenant point d'appui sur la glène pour former levier. Suture capsulaire. Immobilisation en écharpe. Suites opératoires excellentes; massage; deux mois d'incapacité de travail.

Résultat éloigné : bon; limitation partielle des mouvements de projection en arrière.

Obs. IV. — R... Marie, soixante-douze ans. Chute sur l'épaule. Vient consulter à l'hôpital deux jours après. Ecchymoses; fourmillements dans les doigts; cinquième doigt paralysé. Radiographie (fig. 4). Essai de réduction simple



Fig. 4. — *Luxation inféro-interne.* — Omoplate peu basculée. La tête reste éloignée du gril costal. Fracture tubérositaire.

sans succès. Réduction facile sous anesthésie générale. Deux mois de massage.

Résultat éloigné : excellent résultat fonctionnel, mais persistance de paralysie cubitale partielle.

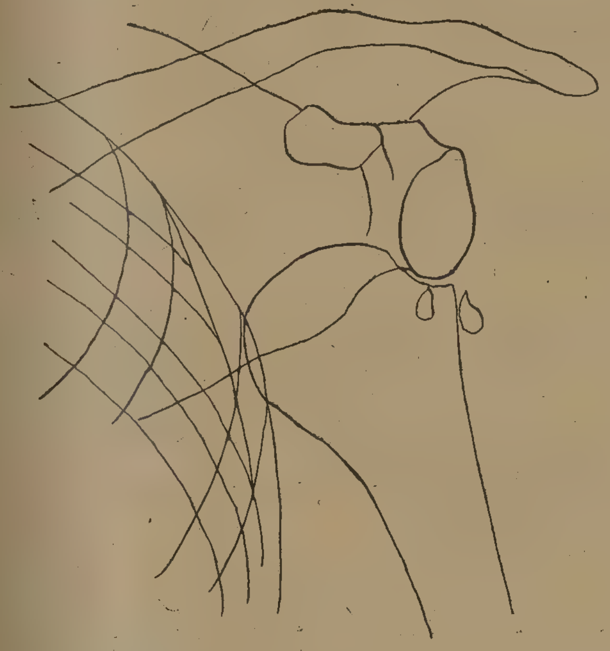


Fig. 5. — *Luxation inféro-interne* (variété « costale » de Panas). — Omoplate complètement basculée, presque horizontale. Tête coincée entre le gril costal et la glène qui regarde *en bas*. Petits fragments tubérositaires.

Obs. V. — D... Annette, soixante-cinq ans. Chute. Paralysie à peu près complète des doigts, ecchymoses. Essai de réduction simple au bout de cinq semaines. Echec. Radiographie (fig. 5). Réduction sous anesthésie générale. Massage, électrothérapie. Deux mois et demi d'incapacité de travail.

Résultat éloigné : bon au point de vue fonctionnel, mais persistance de paralysie cubitale partielle avec douleurs (névrite légère).

Fréquence. — La luxation inféro-interne de l'épaule est rare. Tillaux professait que sur 1.000 luxations scapulo-humérales 999 sont antéro-internes. Exagération manifeste; disons 99 sur 100.

Parmi les luxations inférieures, la variété sous-glénoïdienne scapulaire est exceptionnelle; la variété inféro-interne l'est beaucoup moins; nous serions même tenté de croire qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'imagine communément; en raison de sa ressemblance avec la variété antéro-interne elle est souvent méconnue, le diagnostic n'étant assuré que par la radiographie.

Etiologie. — Rien de très particulier : le traumatisme causal, comme pour les autres luxations, pouvant être *direct* (chute sur le moignon de l'épaule) ou *indirect* (chute sur la main ou le coude en abduction).

Mécanisme. — *a.* Indirect. — Le bras étant en abduction forcée et l'omoplate fixée par la contraction musculaire, la tête appuie sur le point faible capsulaire. La rupture de celui-ci se fait en arrière du ligament prégléno-sous-huméral qui est respecté. La partie supérieure du col anatomique se met en regard du rebord glénoïdien inférieur. Si la tête reste *serve* l'humérus forme alors un levier avec, comme point d'appui, le rebord glénoïdien inférieur au niveau du sillon anatomique et comme résistance les ligaments restés intacts. La grosse tubérosité vient s'écraser sur la margelle glénoïdienne; ce fragment capital est énucléé et, du fait de la perte de substance, la tête subit un déplacement en haut et en dedans qui a pour effet de diminuer l'abduction. Le ligament pré-sous étant intact, le *blocage scapulo-huméral* se fait entre le rebord glénoïdien et la zone fracturaire; suivant que le ligament est plus ou moins tendu et la perte de substance osseuse plus ou moins importante, la tête reste *accrochée* plus ou moins bas.

De plus, grâce à une *bascule de l'omoplate de dedans en dehors,* la cavité glénoïde qui normalement regarde en dehors, en avant et *en haut* (Poirier), regarde maintenant directement en dehors et *en bas.* Plus la tête s'élève, plus l'omoplate bascule.

Ainsi la « variété costale » de Panas ne serait pas à notre avis la conséquence d'un déplacement spécial de la tête mais celle d'un déplacement en bloc de la tête humérale et du scapulum.

b. Direct. — Plus rare. La tête venant appuyer fortement sur la partie antéro-inférieure du rebord glénoïdien, il se produit à ce niveau un décollement périosté suivi d'une déchirure capsulaire.

Anatomie pathologique. — La capsule est largement déchirée en bas et en avant. Le ligament prégléno-sous-huméral est intact (nous avons pu le vérifier lors d'une intervention). La tête humérale reposerait, d'après les classiques, sur le muscle sous-scapulaire; il faudrait pour cela que le muscle ait été complètement désinséré au préalable ou la petite tubérosité arrachée. Or, ceci n'est pas le fait des luxations sous-glénoïdiennes en général ni de la variété inféro-interne en particulier. La tête repose dans ces cas devant la face antérieure du *col* de l'omoplate, *sous* le sous-scapulaire qui la bride, et la meilleure preuve en est que la désinsertion ou la section du tendon de ce muscle suffisent à libérer la tête.

Le coraco-biceps est soulevé ainsi que le paquet vasculo-nerveux annexé; ce dernier rapport explique les désordres nerveux fonctionnels que nous avons si fréquemment observés (tronc cubito-interne).

La tête déborde plus ou moins largement le bord axillaire de l'omoplate; ce bord est plus ou moins *arqué*, et dans certains cas il présente au-dessous de la cavité glénoïde et de l'insertion tricipitale une *concavité extrême* (détail déjà signalé par Clap) qui favorise la réception de la tête luxée. Quand celle-ci se rapproche et bute contre le gril costal, c'est au niveau du troisième espace qu'elle repose.

Les tendons sont plus ou moins lésés. Celui de la longue portion du biceps est parfois brisé (Obs. I) ou tout au moins luxé; ce peut être alors une cause d'irréductibilité.

Enfin parmi les complications osseuses associées il faut citer la *fracture constante de la grosse tubérosité*, cause possible d'irréductibilité (Obs. I) et les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, fréquemment signalées dans les observations de luxations sous-glénoïdiennes mais dont nous n'avons pas observé de cas personnellement.

Clinique. — Cette variété de luxation présente peu de signes particuliers. Alors que dans la luxation sous-glénoïdienne scapulaire l'*abduction* du bras est considérable, pouvant dépasser l'horizontale, et de ce seul fait attire vivement l'attention, ici l'abduction peut être très moyenne, voire négligeable. Cependant dans le premier cas que nous avons observé elle était très accusée (Obs. I). C'est la bascule de l'omoplate qui masque en réalité le degré de l'abduction comme nous l'avons établi plus haut.

La paroi antérieure de l'aisselle est soulevée, allongée, le grand pectoral tendu au-devant de la tête.

L'axe du bras passe nettement en dedans de la glène.

Dans l'aisselle on ne sent pas la tête mais la diaphyse; les vaisseaux soulevés battent plus superficiellement à la palpation. Il sera bon d'étudier le pouls. De même d'explorer l'état du membre au point de vue nerveux.

La mensuration montre non pas un allongement comme dans la variété scapulaire, mais soit un léger *raccourcissement*, soit aucune modification.

Les **complications** se traduisent par leurs symptômes habituels : fracture tubérositaire, par une ecchymose qui peut être très importante; lésion nerveuse, par des signes assez frustes; il faut distinguer à ce sujet :

a. La simple *contusion* nerveuse contemporaine du traumatisme, qui cède à la réduction et disparaît sans laisser de traces. Elle est responsable des fourmillements ou de la parésie légère (doigts morts) souvent observés (Obs. I, II, III, IV, V).

b. Une *lésion* nerveuse proprement dite, tronculaire, ou radiculaire (élongation, compression?), plus rare et toujours légère. Nous avons observé deux cas de paralysie cubitale partielle durable (Obs. IV et V).

L'*irréductibilité* d'emblée est rare (Obs. I). De même l'irréductibilité secondaire de date récente (trois semaines, Obs. III).

Le **pronostic** est plus réservé dans l'ensemble que pour les luxations antéro-internes à cause : des dégâts anatomiques plus importants, des fractures tubérositaires de règle, des complications nerveuses fréquentes.

Deux à trois mois d'incapacité de travail paraissent un minimum à prévoir.

Cependant la guérison parfaite peut très bien être obtenue et ce malgré un âge avancé (soixante-douze ans, Obs. IV).

Le **diagnostic** est facile si l'on n'envisage que le diagnostic positif de luxation de l'épaule. Mais le diagnostic clinique de la variété inféro-interne est difficile; il est à faire avec la variété antéro-interne d'une part, la variété sous-glénoïdienne scapulaire d'autre part. C'est somme toute un diagnostic de radiographie le plus souvent.

Traitement. — *a*. NON SANGLANT. — Avec ou sans anesthésie, l'essentiel est d'abord d'exagérer l'abduction en même temps qu'on tire modérément dans l'axe du bras, de manière à *débloquer* la tête au niveau du col anatomique ou de la perte de substance tubérositaire, puis de combiner la rotation interne à l'abaissement du bras pour faire réintégrer à la tête la cavité glénoïde.

De multiples procédés ont été proposés qui appliquent ces principes : procédé de la cravate, procédé de Desault, de Cumano, etc.

b. SANGLANT. — Ses indications sont très nettes : irréductibilité, luxation ancienne avec mauvais résultat fonctionnel, luxation compliquée.

Ici, comme pour les autres variétés de luxation de l'épaule, les deux méthodes habituelles trouveront chacune leurs indications :

La résection, pis aller; la reposition sanglante, méthode de choix.

Pour cette dernière la voie d'abord pourra varier : la voie d'abord axillaire nous paraît à rejeter comme ne donnant pas assez de jour sur l'articulation; elle serait plus recommandable en cas de luxation sous-glénoïdienne scapulaire.

La voie habituelle antérieure, par incision dans le sillon delto-pectoral, nous a suffi largement dans un

cas où l'irréductibilité primitive était due à une interposition osseuse (Obs. I).

Mais c'est à la voie devenue maintenant classique que réalise la technique de Morestin-Bazy que vont toutes nos préférences; elle seule donne un jour suffisant sur « la région des difficultés » par abaissement du rideau coracoïdien. Notre maître le Professeur Cadenat l'a utilisée très heureusement dans un cas (Obs. III).

Conclusions. — Sous le nom de luxation *inféro-interne* nous proposons de désigner un type rare de luxation traumatique de l'épaule qui, tout en appartenant à la variété sous-glénoïdienne, se rapproche à certains égards de la variété antéro-interne.

Il est caractérisé par :

1° La *situation* à la fois inférieure et interne de la tête par rapport à la cavité glénoïde;

2° Le *blocage* de la tête au pôle inférieur de la glène au niveau d'une perte de substance créée par une *fracture constante de la grosse tubérosité*;

3° La *solidarité* de l'omoplate et de l'extrémité supérieure de l'humérus, assurée par l'intégrité du ligament prégléno-sous-huméral;

4° La *bascule du bloc capito-scapulaire*, rapprochant plus ou moins la tête du gril costal, bascule qui diminue ou supprime l'abduction si caractéristique des luxations sous-glénoïdiennes;

5° La relative fréquence des *complications nerveuses* (paralysie cubitale partielle) et de l'*irréductibilité primitive*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AOUT 1930)

Les protéines du sérum sanguin dans quelques états anémiques. — MM. Ch. Achard et M. Hamburger. Le fait le plus intéressant qui se dégage des recherches des auteurs paraît concerner l'anémie pernicieuse. C'est que, en dehors de toute hémorragie, la diminution des globules rouges s'accompagne d'une diminution des protéines du sérum et que réciproquement la régénération des globules sous l'influence de l'opothérapie hépatique s'accompagne d'une restauration des protéines.

Sur quelques constituants du sérum sanguin dans le myxœdème. — MM. Ch. Achard et I. Ornstein.

Une méthode efficace de traitement d'une des causes les plus répandues de mortalité infantile dans les pouponnières : l'infection à pneumocoques. — MM. C. Lebailly, G. Desbouis et A. Voulland. La méthode préconisée consiste dans l'administration du sérum antipneumococcique jointe à la suppression totale du lait et du sucre. Après la maladie, l'alimentation lactée et sucrée ne doit être reprise que tard et prudemment.

(SÉANCE DU 25 AOUT 1930)

Quelques observations d'électricité atmosphérique. — M. A. Yersin.

(SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1930)

Etude au moyen des rayons X de certains éthers de la cellulose et du glucose. — M. A. Nowakowski.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1930)

Des effets de l'éphédrine sur les manifestations cutanées de la maladie de Quincke et de l'éruption de la scarlatine. — Mlle Berthe Fournier signale les effets heureux de l'éphédrine dans la maladie de Quincke, et l'action de ce même médicament sur les manifestations cutanées de la scarlatine.

A la suite de l'absorption par voie digestive d'une dose variant de 0,032 à 0,064 milligrammes de chlorhydrate d'éphédrine, on voit très rapidement et définitivement rétrocéder l'œdème de Quincke. On voit également l'éruption scarlatineuse disparaître durant trois heures.

Mais l'auteur fait remarquer que, si ce médicament est absorbé sans inconvénient et avec des résultats heureux par les malades présentant un dysfonctionnement thyroïdien, il n'en est pas de même chez les sujets normaux qui présentent avec une augmentation de la tension artérielle des phénomènes d'angoisse accompagnés de vertiges, refroidissement, asthénie, palpitations assez désagréables.

Rétrécissement mitral et cure salicylée. — MM. André Tardieu et G. Fabre, rapportent l'observation régulièrement poursuivie pendant deux ans, d'une femme de trente ans, atteinte d'un rétrécissement mitral fruste (palpitations, dyspnée d'effort, frémissement cataire, dédoublement inconstant du second bruit, légère saillie de l'oreillette gauche) dont l'étiologie ne pouvait être établie ni même soupçonnée par l'analyse de l'anamnèse.

Le traitement salicylé systématiquement prescrit, malgré l'absence d'antécédents rhumatismaux, et régulièrement poursuivi pendant deux ans, sans adjonction du moindre tonique cardiaque, amena la diminution graduelle, puis la disparition, et des symptômes physiques cardiaques et des troubles fonctionnels dus à la sténose mitrale. L'orthodiagramme du cœur, au bout du traitement ne révèle plus aucune saillie anormale de l'oreillette gauche.

Un tel résultat thérapeutique est incontestablement en faveur de la théorie qui soutient que le rétrécissement mitral pur, d'apparence congénitale, est le plus souvent une cardiopathie évolutive de nature rhumatismale.

Les auteurs insistent sur la fréquence des sténoses mitrales que l'on peut reconnaître dans les consultations des maladies des voies respiratoires, et qui ne se traduisent fonctionnellement que par des troubles dyspnéiques d'apparence très banale.

Expériences relatives à l'emploi du sucre de soxhlet et de l'extrait de malt dans la « maternisation » du lait de vache. — Mme L. Randoin et M. R. Lecoq. Le lait de vache entier est un aliment biologiquement satisfaisant, mais dont l'équilibre nutritif est facilement détruit, soit par écrémage, soit encore par addition d'éléments étrangers.

La question d'équilibre est ici primordiale et les essais biologiques des auteurs, conduits sur le pigeon le montrent une fois de plus.

Très riche en vitamines B, l'extrait de malt sec ajouté au lait écrémé, présente sur le sucre de soxhlet, l'avantage de combler en grande partie le déséquilibre provoqué par l'élimination des lipides du lait (écrémage).

Par contre, il semble que, pour « couper » le lait de vache entier, et le « materniser » sans le déséquilibrer, l'on doive donner la préférence au sucre de soxhlet, bien que cette

substance sucrée soit presque entièrement dépourvue de vitamines B.

L'analyse biologique vient ici confirmer les bons résultats obtenus antérieurement par la clinique.

Influence des modifications de la réserve alcaline et du pH, sur l'action des hypnotiques. — M. TIFFENEAU Mme Jeanne LEVY et M. D. BROUN. Chez le chien, l'acidose expérimentale, provoquée par divers agents, et par diverses voies, renforce l'action des hypnotiques, soit en rendant efficace une dose insuffisante, soit en rendant plus précoces, plus profonds et plus durables les effets des doses usuelles. Inversement l'alcalose expérimentale entrave l'action des mêmes substances. Les hypnotiques thalamiques tels que les barbituriques sont aussi facilement influencés que l'est un hypnotique cortical comme le chloralhose.

Les mêmes effets peuvent s'observer chez l'épinoche après immersion successive ou simultanée dans des solutions de l'hypnotique et de l'acide ou de l'alcali; dans ce cas, on peut d'après les variations des temps d'endormissement et des temps de réveil, conclure que la pénétration branchiale n'est probablement pas en cause (elle jouerait plutôt en sens inverse); il y aurait vraisemblablement augmentation de la réceptivité des centres nerveux, soit par fixation plus grande, soit par sensibilité accrue.

Accident du pneumothorax. — M. Georges ROSENTHAL, sur plus de cinq mille insufflations, a eu à déplorer un seul accident grave qu'il a publié dans le *Bulletin de la Société de l'Elysée*. Il rapporte un nouvel accident dont il a été témoin, et qui, après un début brusque par stupeur cérébrale avec parésie totale des quatre membres, prit l'aspect d'une hémiplégie gauche qui a regressé progressivement en un mois. Rejetant la théorie de l'embolie gazeuse, il rapproche ce cas des accidents qui surviennent dans les grands accidents de chemin de fer ou dans les incendies.

Atélectasie par pneumothorax ou par obstruction bronchique dans la chirurgie pulmonaire expérimentale. — M. Georges ROSENTHAL. La chirurgie pulmonaire a pour base l'atélectasie obtenue par pneumothorax artificiel. Mais l'obstruction bronchique obtenue après bronchoscopie avec les pâtes bismuthées, mérite de retenir l'attention. Dès 1913, l'auteur en a commencé l'étude qu'il continue actuellement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1930)

M. LAMORIL présente un malade atteint d'ancblepsie post-encéphalitique.

Deux cas d'infection puerpérale traités par les sels d'arsenic. — M. FAVREAU, qui a été des premiers à employer cette méthode et qui poursuit méthodiquement son perfectionnement, pense qu'il faut saturer l'organisme avec les sels d'arsenic. Il est inutile d'employer de fortes doses. Il faut faire quotidiennement 0g12 jusqu'à guérison complète, c'est-à-dire pendant quinze jours, trois semaines et davantage, si c'est nécessaire.

Dans deux cas de phlegmon du ligament large il a associé à la dose de 1 centimètre cube. L'évolution de la maladie paraît écourtée.

Fissures longitudinales des deux tibias, après chute sur les talons. — M. VINCENT et Mlle SÉNELLART.

Abcès sous-phrénique et image hydro-aérique sous-diaphragmatique. — MM. LANGERON, DESPLATS, BERNARD et LAMORIL présentent deux observations avec radiographies. Celles-ci montrent une image hydro-aérique sous-diaphragmatique, médiane et à peu près identique dans les deux cas. L'une d'elles se rapportait à un abcès sous-phrénique par perforation d'un ulcus de la petite courbure, vérifié à l'intervention. La seconde n'a pas fait sa preuve. A l'opération du malade, qui avait eu autrefois une dysentérie amibienne, on a trouvé un côlon transverse fixé à la coupole diaphragmatique, une poche rénitente du lobe gauche du foie contenant du sang, et des kystes de volume variable disséminés dans le mésentère. L'examen histologique de la paroi d'un de ces kystes a montré qu'il s'agissait peut-être d'un kyste hydatique.

Les auteurs attirent l'attention sur les erreurs de diagnostic que peuvent provoquer ces images hydro-aériques sous-diaphragmatiques qu'il ne faut pas, *ipso facto*, rattacher à un abcès sous-phrénique.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — MM. BILLET et DELANNOY. Enfant de huit ans, envoyé à l'hôpital pour appendicite, dont le début remonterait à trois jours. Les signes dominants sont : douleur très intense dans la fosse iliaque droite, mais étendue en réalité à tout l'abdomen; vomissements; constipation opiniâtre. La laparotomie montre qu'il ne s'agit pas d'appendicite. C'est un diverticule de Meckel, dont l'extrémité au lieu d'être libre est fixée à l'ombilic, qui a provoqué l'étranglement d'une masse d'anses grêles. La résection du diverticule remet tout dans l'ordre, et l'enfant guérit sans complications.

Les accidents dus au diverticule de Meckel sont presque toujours méconnus et le diagnostic ne se fait généralement qu'au cours de l'opération. Les auteurs pensent qu'il pourrait en être autrement, si l'on pensait davantage à cette étiologie. En particulier, dans le cas présent, l'analyse rétrospective des symptômes prouve que l'on devait rapporter les accidents à une sub-occlusion intestinale plutôt qu'à une appendicite, et par conséquent songer à la présence possible d'un diverticule de Meckel.

La pathologie hépatique chez l'enfant (note préliminaire). — MM. PARTURIER et DEHERRIPON estiment que sous l'influence des conditions de la vie moderne la pathologie hépatique prend chez l'enfant un développement très étendu. Ils soulignent l'influence de l'hérédité et celle de la suppression du lait maternel. Ils voient les états hépatiques de l'enfant se manifester sous forme d'ictère, de débilité générale, d'ascite ou de syndromes douloureux, pour lesquels une technique spéciale d'exploration s'impose.

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1930)

L'amygdalectomie totale; quelques réflexions sur le procédé de Sluder. — MM. REVERCHON, DIDIER et LAVRAND.

A propos de quatre cas de laryngites morbilleuses graves. — MM. DEHERRIPON et GALIÈGUE présentent les observations de quatre enfants atteints de rougeole dont l'évolution fut marquée par l'apparition de phénomènes laryngés intenses ayant nécessité le tubage. La mort survint dans deux cas sur quatre. Il s'agissait dans tous de laryngites ulcéreuses à microbes banaux.

Les auteurs insistent sur l'impossibilité de distinguer ces laryngites à germes variés des laryngites diphtériques qui compliquent si souvent la rougeole. Seule la culture permet cette différenciation. Donc, en pratique, l'injection de sérum s'impose toujours.

D'autre part, il semble que le tubage n'a pas dans ces cas le même effet que dans le croup vrai. Le siège à prédominance sous-glottique des lésions fait que dans certains cas la trachéotomie s'impose d'emblée.

Enfin, l'évolution de ces laryngites est souvent marquée

par l'apparition de broncho-pneumonies trop souvent mortelles.

Pseudo-démence précoce chez une hérédo-syphilitique. Traitement spécifique. Guérison. — MM. Le Grand et Lamelin rapportent l'histoire d'une jeune fille de dix-huit ans qui a présenté, il y a quinze mois environ, un syndrome de démence précoce.

L'existence d'un réflexe oculo-cardiaque positif fit abandonner ce diagnostic et orienta les investigations d'une façon différente. Un Wassermann positif fit pratiquer un traitement spécifique (acétylarsan et stovarsol) qui amena promptement la guérison.

Il est possible qu'il se soit agi dans ce cas d'une véritable psychose spécifique. En tout cas, cette observation met une fois de plus en valeur l'intérêt primordial de l'examen somatique et biologique en médecine mentale.

(Séance du 17 juillet 1930)

Pyo-pneumo-abdomen par perforation gastrique latente au cours d'un cancer de l'estomac. (*Présentation de pièces et radiographies.*) — MM. Langeron et Lamoril.

A propos du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. (*Présentation de malade.*) — MM. Danel, Lamblin et P. David présentent une malade, guérie en six semaines, d'un ulcère variqueux datant de douze ans et mesurant 10 centimètres sur 4 centimètres et demi. Ils communiquent en même temps quatre observations relatant des faits analogues.

Ces résultats ont été obtenus par la méthode du docteur Bourgraff : détersion soignée à l'éther; emploi de deux pommades, l'une dite Bioxyol sur l'ulcère même, l'autre dite Oxythiol, au pourtour; port d'une bande élastique et marche obligatoire, au moins deux heures par jour.

Les résultats sont vraiment remarquables.

La diathermo-coagulation dans le traitement des cancers cutanés. (*Présentation de malade.*) — MM. Danel, Lamblin et P. David.

La tuberculose ganglio-hilaire de l'adolescent et de l'adulte. — M. Wigniolle. Cette forme de tuberculose, que peut dépister seule la radiologie, se rencontre plus fréquemment qu'on ne le croit. Elle se présente rarement sous l'aspect de masses ganglionnaires volumineuses, mais habituellement sous forme de petits ganglions qui peuvent disparaître, mais dont les vestiges de péri-adénite créent des « arborisations hilaires ».

La symptomatologie est celle des septicémies classiques, ce qui rend d'ailleurs assez difficile le diagnostic étiologique. L'évolution est comparable à celle des infections expérimentales à ultravirus tuberculeux.

Ce qui fait penser à l'auteur que les infections graves de l'enfance sont à bacilles de Koch tandis que les cas bénins relèvent des formes filtrables. Dans celles-là les adénopathies évoluent vers la caséification; dans ceux-ci, au contraire, vers l'hyperplasie avec latence des germes.

Ostéite de l'os frontal à foyers multiples. — M. Cordonnier.

Mal de Pott lombaire guéri au bout d'un an par l'héliothérapie artificielle (méthode de Reyn). — M. Desplats. Mal de Pott lombaire diagnostiqué radiographiquement. Ménisque entre la IIIe et la IVe lombaire pincé à droite. Perte de substance en coin de la partie inférieure du corps de la IIIe lombaire chez une jeune fille de seize ans. Immobilisation dans le plâtre, à la campagne, pendant six mois, puis héliothérapie par lampes à arc (67 séances de 1 h. 20 en six mois). Guérison se manifestant radiographiquement par recalcification et ankylose. Est guérie depuis trois ans et demi et a pu se marier il y a quelques mois.

Exploration des voies urinaires par l'urosélectan. (*Présentation de radiographie.*) — M. Lepoutre.

Polynévrite des membres inférieurs d'origine typhoïdique. — MM. Langeron et Galiègue. Après une fièvre typhoïde sévère, chez une jeune fille de dix sept ans, apparition au moment de la convalescence d'une paralysie complète et strictement motrice des membres inférieurs avec atrophie considérable, abolition des réflexes, steppage. Traitement ionothérapique, amélioration lentement progressive, guérison.

Les auteurs insistent sur la rareté de ces polynévrites, sur la lenteur habituelle de leur évolution et sur leur gravité en certains cas : certaines sont, en effet, le premier stade d'une maladie de Landry qui peut aboutir à la mort.

Côte cervicale gauche et gêne respiratoire. — M. Lesage. Côte cervicale incomplète, réduite au tronçon postérieur qui surmonte le dôme pleural. Trouvaille radiologique expliquant peut-être une diminution d'amplitude respiratoire du sommet gauche.

PRATQUE MÉDICALE

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DU MAL DE MER PAR LES ALCALOIDES TOTAUX DE LA BELLADONE ET LEUR ASSOCIATION AVEC LA PHÉNYL-ÉTHYL MALONYLURÉE.

L'atropine a donné des résultats remarquables par son influence inhibitrice sur les filets sensitifs du pneumogastrique, et aussi par son action inhibitrice motrice. Les prédisposés au mal de mer sont en général des vagotoniques.

Actuellement, M. J. Bohec substitue, dans son traitement aussi bien préventif que curatif du mal de mer vagotonique, la bellafoline au sulfate d'atropine, en raison de la plus grande marge de son index thérapeutique. A la morphine, pour lutter contre l'excitation centrale, il substitue aussi le gardénal, dans son excellente combinaison avec la bellafoline, c'est-à-dire le belladénal.

Il recommande la bellafoline avant l'embarquement et pendant les premiers jours de la traversée aux pusillanimes, aux vagotoniques prédisposés, aux malades même qui restent au spasme du spasme gastrique, de l'angoisse et du vertige, sans le vomissement du mal de mer nettement déclaré : quatre comprimés de bellafoline à prendre un toutes les deux heures, dans les vingt-quatre ou trente-six heures, suffisent en général à maintenir le malade au seuil du mal de mer qu'il ne franchira pas. On pourra encore lui conseiller de prendre un comprimé de bellafoline de loin en loin, au moment d'un spasme gastrique ou d'une nausée.

A ce moment du traitement préventif le malade est, pour ainsi dire, affranchi du mal de mer, et le comprimé de bellafoline agit autant par effet moral de confiance que par son action antispasmodique.

Le complément nécessaire de la bellafoline, administrée pendant la journée, est le belladénal qu'on prescrira à prendre deux comprimés avant le coucher. Cette heureuse combinaison de la bellafoline et du gardénal assurera au passager une nuit calme de sommeil.

Dans le traitement curatif du mal de mer déclaré avec vomissement, prostration et sueurs profuses de la crise vagotonique aiguë, le docteur Bohec emploie la bellafoline en injections hypodermiques. L'ampoule contient un demi-milligramme de bellafoline; il ne dépasse guère la dose de 1 milligramme et demi dans les vingt-quatre à trente-six heures par fraction de un demi-milligramme, à six heures d'inter-

valle. La durée d'action est au moins double de celle de l'atropine.

Ceci dit sans empiéter sur les traitements afférents aux autres formes, sympathicotonique, euphoreurotonique, hypersympathicotonique du mal de mer, contre lesquelles le médecin du bord peut employer les médicaments tels que le benzoate de benzyle, le nitrite de soude, la génésérine, l'ergotamine, etc.

Il fait conclure que le traitement du mal de mer ordinaire par les alcaloïdes totaux de la belladone et leur association avec la phényl-éthyl-malonylurée donne des résultats satisfaisants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (1)

Doctorat d'Etat. — 35. Arnold. — Contribution à l'étude de la réaction de la vitesse de sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire.

13. Bindschedler. — De la dystrophie préscorbutique du nourrisson.

33. Brenckmann. — Contribution à l'étude de l'histophysiologie de la muqueuse gastrique en rapport avec l'élimination de l'HCl. Considérations sur le problème de l'ulcère.

24. Brucker (Mme), née Samuel. — L'œdème aigu du poumon dans le rétrécissement mitral pur en dehors de la gravidité.

16. Brusset. — Influence de certaines substances pharmacologiques sur les variations de l'image sanguine.

7. Buhecker. — Le sentiment du « déjà vu » en pathologie, particulièrement dans la schizophrénie (paraphrénie).

10. Burckard. — Contribution à l'étude de l'amygdalectomie totale.

20. Chaussinand. — La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.

1. Chéron. — L'examen fonctionnel respiratoire. Plan méthodique, appareils et procédés nouveaux.

6. Christiany. — De l'emploi des sangsues en médecine, en particulier dans le traitement des phlébites.

22. Claus. — Contribution à l'étude de la répartition mondiale du kyste hydatique et de sa prophylaxie.

8. Corenfeld. — Contribution à l'étude des indications et des contre-indications de la thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire.

32. Cornu. — La grossesse interstitielle.

25. Daull. — Contribution à l'étude des paraphrénies (forme insolite d'excitation motrice).

37. Entz. — La césarienne basse en dehors des dystocies osseuses.

38. Friederich. — Sur le rôle des obsessions dans la folie maniaque dépressive.

17. Haubtmann. — Les abcès puerpéraux de l'utérus.

5. Huber. — Contribution à l'étude des paraphrénies.

14. Jacoberger. — Les eaux minérales de Wattwiller. Etude analytique et thérapeutique.

28. Janniard. — Les sillons unguéaux. Leur valeur médico-légale.

32. Jocquel. — Leucémie aiguë à cellules binucléées. Contribution à l'étude des leucémies atypiques.

36. Knecht. — Contribution à l'étude de la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse.

19. Lautier. — La valeur de la réaction périfocale comme signe de l'activité d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

11. Lévy (Camille). — Contribution au diagnostic différentiel de l'encéphalite léthargique et de la schizophrénie (démence affective).

34. Lévy (Moïse-Gaston). — La ponction sous-occipitale.

12. Meylaender. — Résultats sur la malariathérapie de la paralysie générale à l'Asile départemental de Stephansfeld.

15. Muller (Henri). — Contribution à l'étude des eaux minérales de Pechelbronn.

4. Muller (Ivan-André-Edgar-Emile). — Hystérie et simulation.

26. Munzenberger (Mme), née Kiffer. — Considérations sur la grossesse et la tuberculose.

33. Netter (Mlle). — Recherches sur le pH urinaire et sur la signification de ses variations en vue d'applications hydrologiques.

21. Peiffer. — Les indications thérapeutiques dans la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

9. Rigaut (Mlle). — Etude histopathologique du grillage collagène de l'endomètre dans des cas d'aménorrhées, métrorragies fonctionnelles, fibromes et avortements.

2. Schouller. — Contribution à l'étude des zoopathies.

23. Weill. — Les modifications des protéines du sérum en pathologie.

36. Woringer. — Les granulomes à corps étrangers de la peau.

Doctorat d'Université. — 29. Bruter. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

30. Eliadès. — Contribution à l'étude des délires chroniques (paraphrénies).

3. Erstein. — Les antécédents et l'avenir des pleurétiques.

31. Hachem. — Etude clinique et anatomo-pathologique des infections orbitaires désignées sous le nom de thrombophlébites du sinus caverneux.

18. Papastéphanou. — Cas d'ébéphrénie débutant par un état fébrile. (Un syndrome infectieux liminaire de l'ébéphrénie.)

34. Paperna. — La gangrène utérine puerpérale.

27. Rawicz. — Abcès du poumon curables.

35. Reich. — Résultats de la section césarienne basse faite à l'Ecole des sages-femmes à Strasbourg.

Régime local. — 1. Adler. — Les kystes odontogènes. Etude clinique, méthodes opératoires.

4. Diss. — Les hémasidéroses cutanées.

3. Glasser. — Contribution à l'étude du trichophyton gypseum granulosum.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier, nº 71, p. 1267; Lille, nº 73, p. 1299.

LIVRES NOUVEAUX

Le Trachome, par A. Cuénod, médecin oculiste honoraire de l'hôpital Sadiki et de l'hôpital civil français de Tunis, et Roger Nataf, membre correspondant national de la Société d'ophtalmologie de Paris. Préface de Charles Nicolle.

Le trachome est peut-être la maladie la plus ancienne et la plus répandue dans le monde, en régression, semble-t-il, avant la guerre, elle a subi depuis une recrudescence sensible du fait du mélange des races.

C'est une des questions les plus complexes et les plus embrouillées de toute la pathologie et dont la littérature extraordinairement touffue se ressent tout entière de l'absence de données étiologiques précises.

MM. Cuénod et Nataf, très connus parmi les ophtalmologistes pour avoir depuis longtemps étudié cette affection

(1) Un volume de 238 pages avec 39 figures originales en noir et en couleurs. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

aussi bien au point de vue expérimental qu'au point de vue pratique, ont été à même de suivre un nombre considérable de cas dans un pays où elle fait d'innombrables victimes. Ils présentent aux médecins et aux spécialistes un exposé à la fois didactique, critique et pratique, en un mot une véritable mise au point de la question du trachome.

La valeur de ce bel ouvrage ne peut être mieux mise en lumière que par cette phrase extraite de la préface de Ch. Nicolle : « Un livre de Cuénod se recommande de lui-même. Son esprit remarquable d'observation, trente années de pratique journalière, la terrible fréquence du trachome en Tunisie, ont fait de notre confrère une autorité unanimement reconnue dans la matière dont il traite. » L. G.

Clinique et thérapeutique chirurgicales. Pratique journalière (1), par George PASCALIS.

Laissant de côté théories et bibliographies, l'auteur a voulu faire un livre essentiellement pratique. Aussi a-t-il réuni, en un même volume, clinique et thérapeutique chirurgicales à l'ordinaire traitées séparément, faisant appel à l'anatomie pathologique, à la technique opératoire lorsque cela lui a paru utile à la clarté du texte.

Les sujets abordés dans ce volume sont ceux que laissent au second plan les traités classiques ou ceux, au contraire, qui, par une trop riche compilation, risquent de rebuter un lecteur impatient.

L'illustration rompt, elle aussi, avec la tradition. On a cherché à concrétiser par l'image certains symptômes récemment décrits, parfois mal connus; à mettre en relief les points essentiels d'un syndrome; voire à montrer toutes les complications d'une maladie. Ainsi un simple coup d'œil permet de comprendre ou de se remémorer. C'est là une tentative inédite.

A une époque où le temps est compté, ce livre ne peut manquer d'être bien accueilli. L. G.

L'Endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. Tome III : *La clinique des endocrines. Les états régionaux, les états viscéraux et les atteintes des grandes fonctions et des grands appareils* (2), par A.-C. GUILLAUME. « Les Consultations journalières. »

Avec ce troisième volume est terminé l'ensemble de l'ouvrage.

Ce troisième volume est consacré à l'étude des états régionaux et viscéraux et aux atteintes des grandes fonctions et des grands appareils et des constitutions, aux états sexuels, circulatoires, hépatiques, nerveux et psychiques, tous les troubles attribuables à un dérèglement endocrino-sympathique sont minutieusement étudiés. Comme les deux volumes précédents, celui-ci diffère considérablement des ouvrages similaires; les endocrines ne sont pas étudiées glande par glande, mais les états morbides sont considérés de la manière où ils se présentent en clinique, c'est-à-dire d'après leurs caractéristiques morbides. On n'étudie pas, ce faisant, les troubles de la thyroïde, de la surrénale ou des glandes sexuelles, mais des malades atteints de rhumatisme, de perturbations menstruelles, de cachexie, de convulsions ou de troubles circulatoires.

Pour chacun de ces cas particuliers, le mécanisme morbide, les aspects cliniques et le traitement sont étudiés d'une façon précise, et, ce qui ne retire rien à l'ouvrage, mais au contraire en augmente l'attrait, le style en est alerte, l'exposition claire, objective, la lecture facile, souvent même amusante sans rien perdre de son caractère scientifique. L. G.

(1) Un volume in-8 de 300 pages, avec 80 figures dans le texte. — Prix : 50 fr. — Paris, G. Doin et Cie.
(2) Un volume in-16 de 600 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Les Érythrémies de l'altitude. Leur rapport avec la maladie de Vaquez. Etude physiologique et thérapeutique (1), par Carlos MONGE, professeur à l'Université de Lima.

Cet ouvrage intéresse à la fois la physiologie et la pathologie; on y trouve toute une documentation intéressant l'hématologie. L'auteur décrit une forme aiguë d'érythrémie ou mal des montagnes chez des sujets qui, en quelques heures, s'élèvent à plusieurs milliers de mètres.

Ses recherches ont porté plus particulièrement sur des races qui habitent les Hauts Plateaux depuis la préhistoire. Il a pu préciser ainsi les facteurs d'acclimatation congénitale et acquise. L'auteur utilise les techniques les plus modernes.

L'homme qui s'élève brusquement sur les hauts plateaux souffre de la rupture d'équilibre entre le nombre des globules rouges et la hauteur de la pression atmosphérique, à laquelle s'ajoute la diminution de la perméabilité pulmonaire à l'oxygène. Pour lutter contre ce déséquilibre, l'organisme met en circulation toutes ses réserves de globules rouges.

Lorsque le séjour aux hautes altitudes se prolonge, cette hyperglobulie passagère se transforme en érythrémie chronique. Les organes hématopoiétiques et le tissu réticulo-endothélial prolifèrent.

L'auteur compare ce syndrome aux autres formes connues d'érythrémies, aux érythrémies de l'emphysème, des artérites pulmonaires, de la maladie d'Ayerza, de la maladie de Vaquez.

Cet important travail ne pouvait être entrepris que par quelqu'un qui, comme le professeur Carlos Monge, a pu observer ces races qui habitent des hauts plateaux. L. G.

L'Interprétation de la réaction sérologique de Bordet-Wassermann au cours de la syphilis (2), par J. MARKIANOS. Préface de M. le professeur JEANSELME.

Le médecin se demande bien souvent quelle interprétation il doit donner à la réaction sérologique de Bordet-Wassermann. En effet, peu de praticiens sont en mesure d'effectuer eux-mêmes les recherches sérologiques. Celles-ci exigent des dosages délicats et compliqués, des connaissances techniques approfondies, une compétence reconnue. Comme on l'a dit fort justement, la signature apposée au bas d'une feuille d'analyse indique le degré de créance qu'on doit attacher au résultat d'une analyse sérologique.

Trop souvent, un syphilitique, dont le sérum ou le liquide céphalo-rachidien a donné un résultat négatif, se croit guéri, néglige malgré les conseils de son médecin un traitement qui devrait être suivi avec persévérance, et court à la catastrophe. Le praticien a vu juste et ses avis sont pleins de sagesse. L'analyse a été bien conduite et le résultat qu'elle annonce est rigoureusement exact. Ce qui est erroné, c'est la conclusion qu'en tire le malade.

Le but de l'auteur, en publiant ce travail, est d'indiquer au médecin le chemin qu'il doit suivre, selon les cas, pour faire une interprétation aussi exacte que possible pour éviter les rechutes, les complications viscérales et nerveuses de la syphilis ainsi que les graves et funestes conséquences que peut avoir pour l'intéressé et sa famille une erreur matérielle du sérologiste ou une erreur d'interprétation de la part du médecin ou du malade qui se confie à ses soins. L. G.

(1) Un volume de 132 pages avec figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 carré de 100 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS.
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

AVIS

Nous publierons dans quelques jours un numéro hors série contenant la Table des Revues générales et des Notes pour l'Internat *publiées depuis le 1er janvier 1919 jusqu'au 31 décembre 1929.*

Ce numéro sera adressé gratuitement à tous nos abonnés. Nos lecteurs non abonnés pourront se le procurer dans nos bureaux au prix de 2 FR.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste des 250 candidats admissibles aux épreuves orales de l'internat en médecine :

MM. Abrand, Albeaux, Aliker, Allilaire, Alpern, Mlle Armelin, MM. Arnal, Arvay, Aubrun, Augereau, Auzépy,

Bachmann, Mlle Baguette, MM. Bardin, Barraya, Barthélémy, Bastien, Baumgartner, Belêtre, Benoit (Hubert), Bensaude, Benzaquen, Béquignon, Bernaud, Bidou, Bioy, Bissery, Blau, Bloch (Henri), Bloch (Léon), Boisseau, Bonnet (Pierre), Boquet (Pierre), Borgida, Boros, Botton (de), Boulle, Bourdial, Boursat, Boyer (Isidore), Braillon, Brinon, Brizard, Brocard, Brouet, Broutman, Brunel,

Caby, Cachin, Cacuira, Camard, Camelot, Camus, Capandji, Carlotti, Carteret, Catonné, Challiol, Chareire, Chigot, Mlle Cottin, MM. Courtial, Courvoisier, Crozat,

Damon, Debray (Charles), Delamare, Delinotte, Mlle Delon, MM. Delorme, Demaldent, Desvignes, Dézoteux, Domart, Dormay, Douay, Draillard, Dreyfus (André), Dubois (Jean), Dubois (Pierre), Mlle Ducosté, MM. Dugas, Dumas, Dumont, Dupuidemus, Durel, Durieux, Dutray,

Eck, Elbim, Escrivan (d'), Fabre (Jean), Mlle Fagnière, MM. Falk, Ferroir, Fontaine, Font-Réaulx (de), Fort, Fourestier, Fresnais, Frumusan,

Mlle Gagneur, MM. Gasne, Gaultier, Gautier (Jacques), Gelbart (Lucien), Genty (Philippe), Ghozland, Gibert, Gigon, Gireaux (Raymond), Gorse (Jean), Grasset, Grépinet, Groulier, Guison, Guny, Guy,

Haguier, Mlle Hahn, MM. Halbron, Hamburger, Hubert, Hutin,

Iliovici,

Mlle Jammet, MM. Janvier, Jomain, Jones, Jouffroy, Judet, Kaplan, Kipfer, Kreis (Boris),

Labesse, Lachmann, Lachter-Pachter, Lafon, Landrieu, Laplane, Laquerrière, Laude, Lauret, Lazard, Leblanc, Leborgne, Legry, Lehmann, Lemant, Lemelletier, Mlle Lépine, MM. Leroy, Leuret, Levannier, Lévy-Klotz, Lichtenberg, Lieffring, Limoge, Livieratos, Loiseau, Loisel, Lortat-Jacob, Loutsch, Lucas,

Macé de Lépinay, Macrez, Malgras, Marcy, Marre, Martel, Martin (Jean-Thomas), Maury, Meillaud, Meyer-Heine, Moline, Moreau (Jacques), Mouchotte (Maurice), Moyse,

Nahon, Netter (Albert), Nicolas,

Olivier (Claude), Olivier (Jean),

Parienté (de), Paris, Paul, Pérachon, Pergola, Perreau, Perrot, Pescarolo, Pham-Hue Chi, Picard, Mlle Pichon, MM. Piel, Piraud, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Porge, Poupault, Pourquié, Prost, Pyt,

Reboul, Relier, Richard (Robert), Robert (Joseph), Rober (Pierre), Rodier, Roger (Jacques), Roulin, Rousset, Roux (Marcel), Roy (André-Louis), Royer de Véricourt, Rymer,

Sabourin, Sauvain, Scheid, Schwartz, Sergent, Seringe, Sidi-Edwin, Simon (Gaston), Simon (Noël), Simon (Roger), Soubrane, Soulignac, Soyer, Stefani, Stérin, Strée, Suchmann,

Terrasse, Terver, Thomann, Tran-Quang Dé, Turiaf,

Ulmann,

Vaidié, Valensi, Varangot, Vauclin, Vaudour, Vautrin, Vial, Viala,
Wetterwald, Willot,
Zhâ.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Denigès, ancien professeur de chimie biologique et médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur honoraire.

MARINE. — M. le médecin général de 1re classe Gastinel, inspecteur général du Service de santé, est placé, par application de la mesure sur la limite d'âge, dans la 2e section (réserve) pour compter du 14 septembre 1930.

M. le médecin général de 1re classe Defessine est désigné pour remplir, à partir du 14 septembre 1930, les fonctions d'inspecteur général du Service de santé, en remplacement de M. le médecin général de 1re classe Gastinel.

— Ont été promus :

Au grade de médecin général de 1re classe. — M. Autric, médecin général de 2e classe.

Au grade de médecin général de 2e classe. — M. Brunet, médecin en chef de 1re classe.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MÉDAILLE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Meunier, à Pau (Basses-Pyrénées).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Follet, à Rennes (Ille-et-Vilaine); Petit, à Decize (Nièvre); Garnier, à Nancy (Meurthe-et-Moselle); Jabouille, à Rouffach.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Riss, à Belfort; Gilson, à Angoulême (Charente); Barret, à Saint-Etienne Loire); Wallart, à Saint-Louis (Haut-Rhin); Triollet, à Saint-Dié (Vosges).

LA STANDARDISATION DU MATÉRIEL SANITAIRE. — La Commission internationale de standardisation de matériel sanitaire a tenu sa Ve session à Genève, à l'Institut international d'études de matériel sanitaire. La France était représentée par le médecin général inspecteur Marotte, directeur du Service de santé de la XIVe région.

Après avoir adopté des conclusions relatives au brancard de campagne standardisé, à des appareils sur roues pour la plaine et pour la montagne, la Commission a voté des conclusions se rapportant aux brancards pour avions, pour voitures sanitaires, pour skis et traîneaux.

La question de la carte d'identité a été également examinée.

La VIe session aura lieu le premier lundi d'octobre 1931. Elle examinera les questions relatives au paquet de pansement, aux fiches médicales et à la plaque d'identité.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (Siège social : 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). — GUIDE PRATIQUE DE L'ASSURANCE-MALADIE. — La mise en vigueur de la loi des Assurances sociales va obliger les médecins, partout où des conventions seront signées entre Caisses et Syndicat à avoir une notion quelque peu précise de la ligne de conduite à tenir en matière de soins aux assurés.

Et les dirigeants du Syndicat auront à connaître, mieux encore que leurs confrères, les règles de cette médecine sociale nouvelle.

Le docteur Cibrié, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français, et le docteur Hilaire, secrétaire adjoint, font paraître un guide pratique de l'assurance-maladie, qui contient les documents indispensables, accompagnés de commentaires et de directives générales.

Le demander à la Confédération des syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). — Prix : 8 fr. 50 pris au bureau, 10 fr. franco à domicile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brouillet, conseiller général de la Nièvre; Clément Perrogon, médecin colonel en retraite, à Brizambourg (Charente-Inférieure); Max Landau, à Westmalle (Belgique).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — *Travaux pratiques supplémentaires.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires aura lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 6 au 18 octobre 1930. Les séances auront lieu tous les jours, de 13 h. 1/2 à 16 h.

Le programme comportera une revision complète et rapide de toute l'histologie : « cytologie, tissus et organes ».

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., jusqu'au 5 octobre 1930. Le droit d'inscription est de 150 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine; Magitot, Bollack et Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le mercredi 1er octobre 1930, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CIRCULAIRE RELATIVE AUX MESURES CONCERNANT LES ÉTUDIANTS INCORPORÉS EN OCTOBRE ET DEVANT SE PRÉSENTER AUX EXAMENS DE LA SESSION OCTOBRE-NOVEMBRE.

Paris, le 12 septembre 1930.

En vue de permettre aux étudiants, ayant échoué aux examens universitaires de la session de juillet, incorporés en octobre, de se présenter aux examens de la session d'octobre-novembre, j'ai décidé d'accorder exceptionnellement à ces militaires, dans la limite de durée des permissions légales, des permissions dans les conditions suivantes :

Les étudiants incorporés en octobre et justifiant de leur échec à la session de juillet et de leur inscription pour le même examen de la session d'octobre-novembre pourront recevoir une permission strictement limitée à la durée des épreuves écrites. Ceux d'entre eux admissibles aux épreuves orales recevront une nouvelle permission strictement limitée à la durée des épreuves orales.

La même mesure sera prise à l'égard des étudiants admissibles à la session de juillet et inscrits pour passer les épreuves orales à la session d'octobre-novembre.

Ces permissions viendront en décompte de la durée de la permission légale prévue par l'article 45 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée.

(*J. O.*, 14 sept. 1930.) ANDRÉ MAGINOT.

L'APPENDICITE AIGUE

A FORME SEPTICÉMIQUE

Par GEORGE PASCALIS et MAXIME LIPSCHITZ.

Il nous a été donné, en moins d'un an, d'observer trois cas d'appendicite aiguë à forme septicémique. Et quoique cette forme clinique ne soit point mentionnée dans les traités classiques — y compris le remarquable et très complet ouvrage de Bérard et Vignard — il nous a semblé intéressant de signaler nos observations dans l'espoir que, d'autres étant apportées, place soit faite dans le cadre nosologique à une évolution maligne qui semble avoir beaucoup à attendre d'une thérapeutique énergiquement conduite.

Le premier cas concerne une jeune femme de dix-neuf ans auprès de laquelle nous fûmes appelés au cours d'une crise aiguë, datant de quarante-huit heures. La température atteignait 39 degrés, le pouls battait à 120; l'état général était inquiétant, le teint plombé, la prostration très accentuée. Les vomissements se faisaient sans effort. A l'examen, le ventre apparaissait concave, contracturé sur la masse intestinale. La douleur, peu marquée spontanément, se précisait par la palpation au point de Mac Burney. Pas de matité dans les flancs. Cœur et poumons intacts. Bon fonctionnement des reins. Le diagnostic d'appendicite étant assuré, l'intervention était décidée et exécutée immédiatement, toutes réserves ayant été faites.

Nous avions l'assurance de trouver un appendice sphacélé, baignant dans une petite quantité de liquide louche. A la stupéfaction générale, il nous apparut légèrement enflammé, parfaitement mobile, sans réaction de voisinage. L'ablation faite et l'esprit peu satisfait, nous passons en revue, en jouant des écarteurs, les organes où nous aurions pu trouver une explication plus satisfaisante des troubles observés : annexes, vésicule, estomac, etc... Rien, nulle part! On se décide alors à fermer le ventre sans drainage. La malade est remise sur son lit, glace sur le ventre, nucléinate de soude, septicémine, goutte à goutte par voie rectale sont institués.

Le lendemain, la température atteint 40°1, le pouls est à 110, l'état général reste grave. On essaie d'un abcès de fixation. Avant qu'il ait eu le temps de se collecter, on constate l'apparition d'une pleurésie à la base gauche. Le diagnostic est confirmé par une ponction exploratrice. Le liquide examiné et cultivé montre comme agent pathogène l'entérocoque.

Après quoi le thermomètre descend à 38°2, le pouls à 90. Le soir même réascension à 39 degrés tandis que le pouls bat à 110. Un abcès sous-angulo-maxillaire droit s'est formé. L'incision permet de recueillir du pus dans lequel on trouve encore l'entérocoque. Le lendemain parotidite. Mais entre temps l'abcès de fixation ayant abouti et étant incisé, les choses s'arrangent et la température revient peu à peu à la normale. La malade ne tarde point à partir guérie. L'hémoculture — qu'il aurait fallu répéter plus souvent — a été négative.

Cette observation a la valeur d'une expérience de laboratoire.

Une autre, pour être moins typique, n'est pas moins instructive.

Elle concerne M. J..., vingt et un ans que nous voyons au cinquième jour d'une appendicite aiguë. La température est à 38 degrés, le poule à 124. Les vomissements répétés. Le malade est fatigué et présente une douleur au niveau du point de Mac Burney. La palpation en précise les caractères en même temps qu'elle permet de constater l'existence d'une contracture musculaire défensive sur une largeur d'un travers de main. A gauche, la défense est moins marquée. Il n'y a point de matité dans les flancs. Une demi-heure après le malade était à la salle d'opération. Une incision de Mac Burney permet d'extérioriser un appendice légèrement enflammé, parfaitement mobile dont l'ablation est simple. Cette opposition entre les signes généraux graves et les signes locaux peu marqués nous rappelle la malade dont nous venons de rapporter l'histoire. Comme chez elle, une inspection de la cavité abdominale est négative. Glace sur le ventre, septicémine, sérum goutte à goutte sont ordonnés. Le soir, le thermomètre monte à 40, le pouls à 130. Le lendemain, la température atteint 41°4, tandis que le pouls tombe à 100. Un abcès de fixation a été fait à la cuisse droite entre temps, cependant septicémine, électrargol intramusculaire sont restés sans effet. Seule une injection intraveineuse de 3 centimètres cubes d'électrargol détermine après une très violente réaction une chute à 38°8.

Au bout de quarante heures, une myosite du sterno-mastoïdien droit fait son apparition. Le docteur Mathieu-Pierre Weill, qui voit le malade avec nous, constate que le danger est passé et conseille une injection intraveineuse de trypaflavine. Le sixième jour, une seconde localisation se fait à la base pulmonaire droite sous forme de pneumonie, qui est traitée par révulsion et injection de diénol. L'abcès de fixation a rempli son rôle et le malade guéri sort le vingtième jour.

L'hémoculture est restée négative.

Un troisième cas a évolué exactement comme le précédent, et comme lui, il a marqué la confirmation bactériologique.

Dans ces trois cas, un état général sévère est la conséquence d'une lésion macroscopiquement peu marquée de l'appendice. Chez chaque malade, une série d'embolies microbiennes a entraîné des localisations secondaires. Dans l'un de ces cas, on a retrouvé des bacilles d'origine intestinale. La question est donc bien posée.

Dans l'appendicite aiguë, les formes graves d'emblée ne sont pas très fréquentes et le plus souvent les symptômes débutent avec moins de fracas. Si les chirurgiens sont souvent appelés trop tard, alors que les choses se sont singulièrement aggravées, il est permis de se demander si ce n'est pas là la faute d'une éducation première erronée? L'appendicite aiguë au début, exception faite des cas catastrophiques d'emblée, se traduit par un minimum de symptômes qu'il faut savoir rechercher et auxquels surtout

il faut donner leur importance véritable. On a pris l'habitude de considérer comme révélateurs de l'appendicite des signes de péritonite qui font leur apparition lorsque le mal a déjà gagné à la main et envahi de proche en proche. C'est là une lourde erreur et qui peut coûter cher.

La douleur bien localisée, au point de Mac Burney même peu marquée, une légère contracture, un petit mouvement fébrile avec accélération du pouls qui va en s'accentuant à mesure que le temps passe, c'en est assez pour porter un diagnostic ferme et poser une indication opératoire. Et combien de fois reste-t-on surpris de la gravité des lésions rencontrées!

Le temps est passé où il fallait tenter de refroidir. A le faire, on risque un pourcentage certain d'aggravations parfois mortelles, alors que l'intervention immédiate donne toujours la guérison. Je laisse de côté les cas qui sont au-dessus des ressources humaines.

Le jour où l'on se décidera enfin à admettre qu'il n'est point de traitement médical de l'appendicite et à opérer dans l'heure qui suit le diagnostic, on ne mourra plus d'appendicite aiguë.

CLINIQUE CHIRURGICALE « DE LA JOLIETTE »

VOLUMINEUX KYSTE HYDATIQUE

DE LA FACE INFÉRIEURE DU FOIE

OCCUPANT TOUT L'HYPOCONDRE DROIT

LAPAROTOMIE — GUÉRISON

Par M. LOP (de Marseille).

I

Ce cas semble confirmer, une fois de plus — est-ce simple coïncidence? — la fréquence des kystes hydatiques chez les Corses.

Je ne puis qu'être frappé de ce petit détail, car de 1893 à 1928, j'ai eu à opérer 6 cas de kyste hydatique, dont 5 chez les Corses et 1 chez un indigène.

Ces cas sont : 1 de l'humérus, 2 du foie et 1 du poumon et 1 de l'omoplate chez l'indigène en question.

Le sixième cas que j'ai l'honneur de vous communiquer ici, appartient encore à un Corse.

Au cours de ma communication (1), un jeune confrère militaire nous a fait savoir qu'il avait vu 5 ou 6 cas de kyste hydatique du poumon à l'Hôpital militaire, dont les porteurs étaient tous des Corses.

J'ai fait quelques recherches, forcément incomplètes, faute de temps, auprès de confrères établis dans l'Ile; trois d'entre eux m'ont confirmé, qu'en effet dans leur région, les kystes y sont plus fréquents que par ailleurs. Ils ne m'en donnent pas la raison. A l'exception de cet indigène qui ne savait pas un mot de français, je me suis informé si ces malades avaient des chiens, s'ils vivaient avec eux, s'ils mangeaient de la viande crue ou peu cuite, passant ainsi en revue, tous les ingestats qui sont considérés comme le véhicule habituel des hydatides.

Chez aucun d'eux, en particulier chez ces 5 cas corses, dont l'un a été observé chez la cuisinière de ma mère (en service chez elle depuis plus de dix ans et où il n'y avait jamais eu ni chiens ni chats). Pour les 3 autres cas, il s'agissait de petits mangeurs de viande et aucun d'eux, si loin que mes souvenirs me le permettent, pas de cohabitation avec les animaux.

Quelle est la raison de cette fréquence chez les insulaires corses? C'est ce que je livre aux recherches de nos confrères de l'Ile de Beauté.

Cette parenthèse fermée — un peu longue, il est vrai — mais qui m'a paru intéressante à vous signaler, j'arrive à l'observation proprement dite.

II

Celle-ci ne constitue pas, à proprement parler, un kyste du foie intra-parenchymateux; mais bien un kyste sous-hépatique, suspendu, à la face inférieure de cet organe.

Le porteur B..., âgé de vingt-six ans, garçon de la Compagnie Paquet, était venu me consulter au mois de mars 1928, pour une contusion abdominale, relativement légère, au cours d'un violent coup de roulis. Il ne précisait pas le point exact de la contusion. Il déclarait avoir reçu ce choc au niveau du ventre, sans plus spécifier. Ce n'est qu'après trois semaines ou un mois de cet accident, pour lequel il n'avait pas interrompu son service, qu'il est venu me voir pour la première fois.

A ce moment-là, il présentait au niveau de la région sous-hépatique, une petite saillie, appréciable surtout dans le relâchement musculaire complet, de la grosseur d'une noix, parfaitement réductible et non douloureuse. Un état général excellent et aucun trouble par ailleurs. J'avais pensé tout d'abord à une hernie de l'épiploon.

Je proposai au malade d'entrer en observation à la clinique, il s'y refusa ayant un excellent poste qu'il désirait conserver; je lui recommandai alors de revenir au retour de chaque voyage, c'est-à-dire tous les quatorze jours, pour se faire examiner et savoir ce qu'il adviendrait de cette petite tumeur.

B..., au lieu de se présenter tous les quatorze jours ne revint qu'au bout de deux mois, se plaignant de souffrir un peu et de ne pouvoir supporter d'être serré à la taille. Son état général était toujours très bon. Il pouvait sans fatigue continuer sa profession. Néanmoins il désirait être fixé sur la nature de sa maladie.

Cette fois, mes constatations se précisèrent. Je trouvai une zone de matité s'étendant de la région sous-hépatique, empiétant en longueur jusqu'à la fosse iliaque droite et en largeur jusqu'au niveau de l'ombilic.

Etant donné l'embonpoint du malade, la solidité de sa sangle musculaire abdominale, il était difficile de percevoir à l'examen quel était le caractère et la nature de cette volumineuse distension.

(1) Communication faite à la Société de médecine et d'hygiène coloniales de Marseille.

Pas la moindre fluctuation ni frémissement, la petite tumeur constatée au début s'était augmentée. A son niveau, je fis une ponction exploratrice qui confirma le diagnostic fait, après ce nouvel examen, de kyste hydatique.

Chose surprenante, dans une affection où aucun doute n'était permis, la réaction de Wreimberg fut absolument négative. Celle-ci, comme on le sait, n'est d'ailleurs positive que dans 25 p. 100 des cas, tandis que la cuti-réaction, l'est dans 90 p. 100.

Cette remarque m'a été faite par le médecin inspecteur Heckenrott.

Je fis entrer le malade à la clinique. Après quelques jours de préparation, je l'opérai le 30 juin 1928.

Jamais opération ne fut aussi laborieuse; non pas tant à cause des difficultés de la technique, mais par le volume de cette poche kystique que je n'ai pu vider qu'incomplètement étant donné l'abondance anormale des hydatides dont je vous apporte ici quelques spécimens. Celles-ci remplirent presque deux flacons d'environ un litre chacun, sans compter tout ce qui fut perdu pendant l'opération et qui continua à s'écouler lors des suites opératoires. La poche kystique renfermait plus de deux litres de liquide, elle était nettement sous-hépatique, refoulant le foie en haut, à telle enseigne qu'avant d'intervenir, je me demandai s'il ne serait pas plus sûr d'intervenir par la voie transpleurale? A la réflexion et dans la crainte d'ensemencer le poumon et la plèvre, je choisis — je ne le regrette pas — la voie abdominale par laparatomie latérale.

La poche fixée à la paroi par des points non perforants, le liquide est évacué avec l'aspirateur de Potin dont il faut à chaque instant désobstruer le trocard, à cause du volume et du nombre des hydatides. Cette manœuvre d'ailleurs est interrompue à cause des difficultés toujours croissantes. Estimant que la quantité de liquide évacué était suffisante, je fixe solidement la paroi du kyste et injecte de la solution formolée dans l'intérieur, et applique une pince en cœur au niveau de l'orifice du kyste.

Après un séjour de sept à huit minutes du liquide dans la cavité, celui-ci est évacué. J'agrandis l'incision au ciseau et avec les mains, par poignées, je vide les hydatides qui restent encore; toutes ne furent d'ailleurs pas retirées.

Les dimensions de ce kyste étaient : de la face inférieure du foie à la fosse iliaque : 22 centimètres, de la fosse iliaque à la Xe côte, près de 30 centimètres; 18 centimètres dans le sens transversal, 18 centimètres en profondeur en partant de la paroi postérieure de l'abdomen.

Je pouvais promener ma main dans l'intérieur de ce kyste comme on la promène jusqu'au poignet dans un utérus gravide à terme.

Les suites opératoires (malgré le volume de ce kyste et son opération laborieuse) furent des plus satisfaisantes.

Trois semaines après, le malade quittait la clinique ne venant plus qu'à la consultation externe; trois mois après, il reprenait son service. Sa santé s'est maintenue parfaite jusqu'à maintenant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 JUIN 1930)

Mal de Pott incipiens. — M. G. ROEDERER a vu, chez des enfants, des maux de Pott bénins, évoluant complètement sans attirer l'attention. Ce n'est qu'une petite gibbosité et un certain état de raideur qui, plusieurs années après, amenèrent les parents à consulter. Les radiographies montrèrent qu'il s'agissait de maux de Pott. Il ne faut pas confondre ces cas avec des anomalies vertébrales. D'autre part, le mal de Pott incipiens n'est d'ailleurs pas un mal de Pott latent. Toute son évolution est silencieuse mais il est sujet à réveils. Un mal de Pott de la deuxième ou troisième année passé inaperçu se réveilla chez une jeune fille à la suite d'une chute dans les escaliers.

Présentation d'appareil. — M. ROEDERER présente un appareil pour compression des déformations du thorax dues à la scoliose rachitique, inventé par M. Hirchberg, pouvant réaliser une compression diagonale du thorax associée à la respiration.

Les dormeurs pathologiques. — M. J. LHERMITTE après avoir rappelé les caractères psychologiques et physiologiques du sommeil étudie les variétés de sommeil morbide : l'hypersomnie continue et paroxystique.

Il n'existe pas de narcolepsie essentielle, mais des narcolepsies symptomatiques c'est-à-dire liées à des lésions variées portant soit sur l'encéphale, soit sur les émonctoires, soit enfin sur les glandes vasculaires sanguines. Ces narcolepsies s'associent à des crises de catalepsie parfois et traduisent leur origine par des signes qu'il faut rechercher.

Ce qui est capital, c'est de retenir que la région basale du cerveau apparaît comme la zone d'appel des altérations causales de l'hypersomnie.

Et parmi celles-ci, deux agents pathologiques doivent retenir l'attention : les néoplasies et la syphilis. Les narcolepsies conditionnées par des altérations glandulaires sont d'interprétation plus difficile; mais en raison des rapports physiologiques étroits qui unissent le système endocrinien et les centres végétatifs encéphaliques, ces narcolepsies peuvent recevoir aujourd'hui une interprétation plus satisfaisante.

Les ulcères de face du bulbe duodénal. — M. Auguste NEMOURS présente des clichés d'ulcère duodénal siégeant sur les faces du bulbe et reconnaissables à des niches parfois très petites. Connues depuis les travaux d'Axehlund, ces niches, invisibles dans la majorité des cas à l'examen radioscopique, se voient nettement à l'examen radiographique, soit par la technique habituelle, soit mieux par les techniques plus récentes de compression.

Contusion rénale avec rupture incomplète du rein et de l'uretère. Phlegmon péri-néphrétique consécutif. Guérison par incision du phlegmon sans néphrectomie après sonde urétérale à demeure. — M. LE FUR présente une observation où il a pu intervenir vingt-trois jours après l'accident pour des phénomènes infectieux graves. Il a constaté que le fonctionnement du rein conservé est excellent; il existe même un hyperfonctionnement physiologique.

Ostéoporose douloureuse post-traumatique de Leriche. — M. BRESSOT (de Constantine) en présente un cas qu'il a pu observer au poignet droit.

Adamantome. Dégénérescence kystique et néoplasique. Résection du maxillaire. Guérison. — M. DUFOURMENTEL fait un rapport sur cette observation de M. Derome (de

Montréal). La tumeur du maxillaire inférieur gauche qui était énorme s'était fistulisée dans la bouche. Une exérèse a pu être faite à l'anesthésie locale en conservant une lame osseuse de la branche montante du maxillaire. Le malade a guéri complètement et repris une vie normale.

Dilatation des uretères et hydronéphrose décelées par l'uro-selectan. — MM. Mock et Dore présentent les radiographies d'une malade qui a reçu une injection intra-veineuse d'uro-selectan. On voit nettement une hydronéphrose droite, une coudure en siphon de l'uretère droit et une dilatation des deux uretères. La coudure empêchait le remplissage du bassinet et rendait impossible la pyélographie.

(SÉANCE DU 28 JUIN 1930)

Crises angiocriniennes. — M. Sédillot présente un malade guéri de crises angiocriniennes. Il s'agit d'un sujet de cinquante ans, souffrant de crises douloureuses extrêmement pénibles, traité inutilement depuis cinq ans, tour à tour pour une aortite thoracique, pour une aortite abdominale, pour un ulcère du duodénum. M. Sédillot, trouvant une énorme congestion du foie et des signes nets d'instabilité thyroïdienne, pose le diagnostic de crises angiocriniennes et guérit le malade en moins de trois semaines par la cure de désintoxication arthritique et un peu d'opothérapie thyroïdienne.

L'ouverture du thorax, cause de l'amaigrissement en chirurgie pulmonaire expérimentale. — M. Georges Rosenthal établit par des expériences variées sur le lapin que l'amaigrissement souvent considérable provoqué par les opérations thoraciques est dû à l'ouverture de la plèvre. Cette démonstration concorde avec la fonction lipodérétique des poumons et leur rôle (Roger et Binet) dans la nutrition générale.

Expériences sur l'absorption des sels de bismuth. — M. Galliot, à la suite d'une série d'expériences sur l'absorption des sels de bismuth utilisés dans la thérapeutique antisyphilitique, a renoncé complètement à l'emploi des sels insolubles qui laissent indéfiniment des masses de produits non absorbés dans les muscles fessiers des malades (ce qui est facilement contrôlable par la radiographie). Parmi les sels solubles que M. Galliot utilise actuellement, il préfère les sels de bismuth en milieu aqueux. Ceux-ci non douloureux sont très actifs par leur teneur élevée en bi-métal et paraissent mettre à l'abri le malade de toute espèce d'accidents, notamment des embolies fessières que l'on a constatées plusieurs fois avec les bismuths solubles dans l'huile.

M. Dartigues, ex-président de la Société de médecine, rapporte au nom du docteur Joseph Leriche (de Joigny) six observations de **cancéreux inopérables ou opérés et récidivants**, condamnés à bref délai, qui ont été complètement transformés par la **thérapeutique médicale chimio-glandulaire** inaugurée par l'auteur. Les bases fondamentales de cette thérapeutique reposent, d'une part sur les propriétés réductrices de certains corps chimiques et des ferments oxydants, et d'autre part sur les déviations physiologiques locales et générales consécutives à des perturbations physico-chimiques et diastasiques qui, d'après le docteur Leriche, constituent le substratum pathogénique des cancers.

Mme Fabre précise que le cancer étant une maladie curable au début par les méthodes connues (chirurgie, rayons X, radium), il importe pour les malades de ne pas perdre un temps précieux. Aussi Mme Fabre pense-t-elle qu'il est dangereux de faire connaître actuellement au public les méthodes de traitement chimiques et glandulaires qui ne sont pas encore au point.

MM. Maurice Delort et Ovide Bergenstein ont observé deux cas dans lesquels à une **rectocolite amibienne dysentérique vraie a succédé un cancer.**

Dans le premier cas, celui-ci était placé de telle façon que le diagnostic fut très difficile.

Dans le deuxième, il était suffisamment bas placé pour que la rectoscopie en permette l'observation directe.

M. René Gaultier demande à M. Delort s'il a observé d'autres cas de succession de deux affections; lui-même a eu l'occasion d'en observer un cas.

M. Bécart fait remarquer que l'absence d'éosinophilie n'est pas un témoignage capable d'infirmer le diagnostic de dysenterie amibienne. L'éosinophilie se rencontrant surtout au cours de l'infestation vermineuse, il demande s'il a été constaté des leucocytes dans les selles, ce qui est presque toujours la règle en cas de cancers.

Les troubles du premier sommeil chez les hyperémotifs. — M. André Tardieu, à l'aide de deux observations, attire l'attention sur certains troubles ou malaises qui surgissent électivement chez les psychopathes, au cours de la période hypnagogique, dans les instants qui précèdent immédiatement le sommeil, spasmes glottiques ou respiratoires, extrasystoles, angoisse précordiale, sensation d'arrêt brusque du cœur, extension brutale d'un membre, etc. Tous ces troubles entrent dans le cadre des phénomènes neuropsychopathiques de la maladie de Dupré, les sujets atteints d'hyperémotivité constitutionnelle ou acquise manifestent une tendance marquée aux spasmes des muscles lisses. Ils s'observent de préférence dans les cas légers de dépression mélancolique.

Du point de vue thérapeutique, il faut s'adresser aux antispasmodiques, à la ballotte notamment, associés aux barbituriques à doses faiblement hypnagogues. Dans les cas particulièrement angoissants ou rebelles, la médication opiacée semble indiquée.

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1930)

M. Le Lorier présente un **graphique de la morbidité maternelle** observée pendant six années dans son service de la Maternité de Boucicaut. Cette morbidité est sujette à des variations périodiques très nettes avec maximum pendant les mois d'hiver et minimum pendant les mois d'été, sans que l'on puisse expliquer d'une façon précise les causes de ces variations.

La mortalité par infection puerpérale, qui est 1,4 p. 1.000 sur plus de 14.000 accouchements, ne semble nullement soumise aux mêmes variations.

A propos des cancers du goudron. — M. Foveau de Courmelles a constaté sur les animaux leur cancérisation par simples badigeonnages au goudron. Les automobilistes, sur les routes goudronnées, aspirent, digèrent des poussières anguleuses, sable et goudron, qui doivent prédisposer à la cancérisation, vérification difficile.

A propos de la malariathérapie. — M. A. Marie présente les courbes et statistiques des applications faites de la malariathérapie pour plus de 350 cas traités par lui depuis 1923 à Sainte-Anne et en clientèle privée.

Il préconise la généralisation de ces applications par le plasmodium vivax passé sur l'homme par Wagner von Iauregg depuis 1918. Il rappelle que la malariathérapie offre d'autant plus de chances de succès qu'on l'applique plus tôt et avant l'envoi à l'asile. C'est dire que le praticien ne doit pas hésiter à l'appliquer. La souche est gratuitement à la disposition des praticiens au centre de malariathérapie fondé à Sainte-Anne par M. Marie.

Du rôle de la pancréatine dans le traitement du rhumatisme sérique. — M. A. Legrand expose, avec observations

à l'appui, que la pancréatine dont il a montré l'efficacité dans les accidents cutanés sériques permet, associée au traitement antirhumatismal, d'obtenir en moins d'une semaine la guérison du rhumatisme sérique. Il insiste sur la nécessité de donner des doses élevées les premiers jours et de continuer le traitement pendant quinze jours, afin d'éviter toute récidive.

Valeur curative des injections épidurales de cocaïne dans la sciatique. — M. P. Gallois pense que les injections épidurales de cocaïne préconisées par le professeur Sicard n'ont pas seulement une action anesthésiante momentanée mais qu'elles ont aussi une action curative. En effet, il suffit souvent de deux ou trois de ces piqûres pour amener la guérison, au moins dans les cas de sciatique banale dite rhumatismale. Il est probable qu'elles seraient sans action sur les sciatiques graves à type névritique ou causées par une compression. Par contre, des injections intramusculaires peuvent amener la guérison de névralgies du bras.

M. R. Heim de Balsac rapporte l'observation d'une malade atteinte d'insuffisance cardiaque grave du type de la myocardie décrite par Laubry et Walter. Les traitements habituels étaient sans effets, lorsqu'il eut l'idée d'appliquer une thérapeutique endocrinienne peu usitée en pareil cas. Très rapidement, la malade recouvra une activité sensiblement normale, ce qui permet à l'auteur de discuter le rôle des hormones sur la tonicité du muscle cardiaque et de préconiser cette thérapeutique.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 20 juin 1930)

Calcul de l'uretère juxta-vésical enlevé par voie latéro-vésicale après taille hypogastrique. — M. Lavenant fait un rapport sur une observation de M. A. Bœkel (de Strasbourg) où un calcul enclavé dans l'extrémité terminale de l'uretère, avait déterminé de la rétention rénale et de la fièvre. L'auteur a dû faire une néphrostomie mais le retour complet de la fonction rénale n'a pu être obtenu que par des calibrages répétés de l'uretère. Ce qui doit être la règle ainsi que l'a déjà indiqué Albarran.

Deux cas de péritonite généralisée par rupture de pyo-salpinx. Opération. Guérison. — M. Haller communique les observations de deux cas de pyo-salpinx rompus en péritoine libre. Le premier cas a été opéré à la dixième heure par hystérectomie sub-totale; le second à la dix-neuvième heure par salpingectomie unilatérale. Tous deux ont été drainés avec un Mikulicz.

Kyste wolffien para-rénal. Epithélioma végétant. — M. Dartigues présente l'observation d'une femme de trente-neuf ans qui, trois ans après avoir reçu un coup violent dans la région de l'hypocondre gauche, a vu apparaître une tumeur. Le diagnostic se posait entre une hydronéphrose, un kyste hydatique et un kyste sanguin para-rénal. La tumeur a été abordée par la voie intra-péritonéale et on a pu extirper une poche dont l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un kyste wolffien para-pénal : épithélioma végétant.

Projectile du hile du poumon. — M. Petit de la Villéon présente un malade opéré il y a treize ans par thoraco-pneumotomie postérieure. L'opéré qui a guéri simplement a fini la guerre dans l'artillerie et, depuis treize ans, conserve un état pulmonaire excellent.

Pseudarthrose de l'humérus par interposition musculaire. Ostéosynthèse. Résultats éloignés. — M. Judet présente l'observation d'une malade qui avait une pseudarthrose de l'humérus par interposition d'un épais faisceau du triceps. Une ostéosynthèse par plaque de Lambotte reste depuis sept ans parfaitement tolérée. Une seconde observation de fracture de l'humérus avec interposition musculaire et paralysie radiale a pu être, le lendemain de l'accident, réduite et consolidée sans opération; la paralysie radiale a guéri d'elle-même.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de l'adénite chronique de la région sus-sternale (1), par Maxime Nina.

L'inflammation chronique des ganglions du cou, si fréquente, se localise habituellement à la région carotidienne. Les autres groupes lymphatiques peuvent être atteints en même temps; il est exceptionnel qu'ils le soient isolément, et d'ailleurs leur existence même est inconstante. Ainsi en est-il pour ces quelques ganglions antérieurs et médians qui s'échelonnent depuis l'os hyoïde jusqu'au manubrium et qui se superposent en trois plans : superficiel, en avant de l'aponévrose superficielle; moyen, dans l'espace sus-sternal; profond, en arrière de l'aponévrose moyenne et en avant de la trachée.

Le diagnostic de ces lésions doit passer par plusieurs étapes. Il faut d'abord préciser la nature de cette hypertrophie ganglionnaire qui se rattache le plus souvent, par son évolution et par les preuves bactériologiques, à la tuberculose.— Il faut ensuite localiser exactement le siège du ganglion lésé. A la période de crudité les adénites superficielle et moyenne (la première sous-cutanée, la seconde intra-aponévrotique, moins accessible) ne donnent pas, contrairement à l'adénite profonde, de troubles fonctionnels. A la période de suppuration, l'adénite superficielle adhère aussitôt à la peau, s'y ouvre largement et laisse une cicatrice superficielle et mobile; l'adénite moyenne, plus tardivement adhérente, s'évacuera par un trajet fistuleux étroit et court, et laissera une cicatrice infundibuliforme, peu mobile; l'adénite profonde adhère à la trachée, se fistulise tardivement par un trajet irrégulier et long, et aboutit à une cicatrice petite, invaginée, solidaire des mouvements du larynx. Enfin, il faut rechercher si l'adénopathie est cliniquement primitive ou en relation avec une lésion viscérale : profonde, elle peut dépendre d'une lésion du corps thyroïde ou du larynx; moyenne ou superficielle, elle ne pourra dépendre que d'une altération des enveloppes de la partie antérieure du cou.

Le traitement est celui de toutes les adénopathies chroniques. Si l'on se décide pour l'exérèse, la connaissance anatomique précise de la région n'est pas moins nécessaire que pour le diagnostic.

André Guibal.

Contribution à l'étude de la résection du plexus hypogastrique supérieur en gynécologie (2), par Adolphe Tzouquermann.

L'auteur étudie les résultats obtenus par la résection du nerf présacré dans huit cas dont l'observation lui a été fournie par le professeur Riche.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de *cancer du col de l'utérus inopérable*, l'intervention étant dirigée contre les douleurs. L'échec fut complet les deux fois, alors que les résultats publiés sont habituellement favorables. A quoi les échecs peuvent-ils être imputés? 1° A la topographie des douleurs : seules, les douleurs qui siègent dans le domaine du plexus hypogastrique peuvent être calmées par la section

(1) *Th. de Montpellier*, 1930, n° 6, 38 pages. — Imprimerie Déhan.

(2) *Th. de Montpellier* (Université), 1930, n° 12, 40 pages. — Imprimerie du *Languedoc médical*.

de ce dernier (douleurs pelviennes, vésicales, anales); 2° Ou bien à l'impossibilité de réséquer entièrement le plexus, lorsque les filets nerveux sont très grêles et très éparpillés.

Quelles sont, dans les cas semblables, les indications? D'abord, tous les cancers du col inopérables et déterminant des douleurs intenses; ensuite, au cours d'une laparotomie destinée à explorer l'opérabilité, la constatation de l'impossibilité de l'opération radicale, même s'il n'y avait pas de douleurs.

Dans les cinq cas suivants, il s'agissait de *dysménorrhées*. Les résultats sont en général bons; l'auteur, sur ses cinq cas, signale deux grosses améliorations, deux succès complets, un échec complet. Il est difficile d'apprécier exactement le rôle joué par la résection du nerf présacré, étant donné qu'elle est habituellement associée à d'autres interventions; toutefois, son efficacité ressort de deux considérations : *a*. la proportion des succès est aussi grande dans les sympathectomies isolées que dans les sympathectomies associées aux résections ovariennes ; *b*. les résultats de l'association sympathectomie-résection ovarienne sont beaucoup plus constants que ceux de la résection ovarienne isolée. D'autre part, les résultats doivent être appréciés en fonction de la nature étiologique de la dysménorrhée (à l'exclusion, bien entendu, des dysménorrhées symptomatiques); l'efficacité, notable dans les dysménorrhées utérines, certaine dans les dysménorrhées liées à une altération du sympathique pelvien, est surtout remarquable dans les dysménorrhées d'origine ovarienne (ainsi dans les cinq cas de l'auteur); il s'agit alors non de dysménorrhées ovariennes avec douleurs lombaires et dans le domaine de l'obturateur, mais de celles où les lésions de la glande causent une modification des hormones ovariennes lesquelles, viciées, déterminent une hyperexcitabilité de tout le système sympathique ou du seul sympathique utérin.

Quelles sont donc, dans les cas semblables, les indications? Les dysménorrhées idiopathiques, avec douleurs suffisantes pour troubler gravement l'existence de la malade et ayant résisté au traitement médical ou aux interventions de petite chirurgie, particulièrement quand les douleurs siègent dans le pelvis, au niveau de l'utérus, de l'anus, du coccyx, de la vessie. Comparée à la sympathectomie hypogastrique et à la section des ligaments utéro-sacrés, la résection du présacré reste l'intervention sympathique de choix.

Enfin, le huitième cas était un cas de grandes névralgies pelviennes ; le succès fut complet mais éphémère : après trois mois, échec complet, ce qui engage à se défier des résultats précoces. Il reste que, dans les cas semblables, après échec (à peu près constant) des moyens médicaux, la résection du présacré est la seule ressource.

ANDRÉ GUIBAL.

Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire (1), par Mlle Tamara MASLENIKOFF.

La suppuration des kystes de l'ovaire est rare : les classiques s'accordent à la fixer à 2 ou 3 p. 100 des cas de kystes opérés. Aussi la statistique sur laquelle s'appuie l'auteur est-elle particulièrement intéressante : en un an, au service de Clinique gynécologique du professeur Riche, six cas en ont été observés, sur quinze kystes opérés (soit 35 p. 100). C'est sur l'étude de ces cas et de quelques autres recueillis dans la littérature que repose le présent travail.

Contrairement à l'opinion classique qui accuse la fréquence de la suppuration plus grande pour les kystes dermoïdes, dans ces six cas inédits le kyste était mucoïde. L'infection était deux fois d'origine utérine (métrite gonococcique; métrite banale traitée par un curettage), deux fois nettement en relation avec une inflammation appendiculaire. Dans un cas, le kyste était inclus dans le ligament large; dans les six cas il était adhérent à l'anse sigmoïde, et, suivant les cas, au grêle (3 fois) ou à l'utérus et aux annexes opposées (4 fois). Dans deux cas, la poche s'était ouverte et partiellement vidée dans le côlon sigmoïde et le rectum.

La suppuration des kystes de l'ovaire est très souvent méconnue, soit que l'infection soit latente, soit qu'elle ne soit pas rapportée à la tumeur ovarienne. Cette forme clinique a été réalisée dans un cas où le début fut insidieux, l'évolution peu bruyante, la tumeur lentement accrue et peu douloureuse à la pression. En général, l'apparition de fièvre, d'amaigrissement rapide chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire, combinée à l'augmentation rapide de la tumeur, à son immobilisation, à sa sensibilité à la pression doivent faire soupçonner la suppuration : sur les six cas rapportés, deux fois le diagnostic fut posé, trois fois on crut à une salpingite kystique suppurée, une fois on reconnut la tumeur ovarienne, mais son infection ne fut pas diagnostiquée.

« Les interventions en un seul temps, lorsque le kyste a contracté des adhérences intimes avec l'intestin, ou lorsque l'état général est déficient, sont grevées de la plus lourde mortalité; elles doivent laisser la place, dans de pareils cas, aux interventions en deux temps (avec ponction, marsupialisation ou colpotomie préalables). Elles conservent cependant des indications nombreuses, outre les cas où le kyste n'est pas adhérent : mais il est alors nécessaire de les faire suivre de l'application d'un Mickulicz sur la surface pelvienne cruentée et forcément infectée, alors même que la péritonisation semble possible. » Sur les six cas rapportés par l'auteur, cinq cas furent ainsi traités et guérirent; dans le cinquième, où il n'y eut pas de drainage à la Mickulicz, la malade mourut. ANDRÉ GUIBAL.

Etude expérimentale et clinique de la torsion des annexes saines. Son rôle dans l'étiologie de l'hématocèle pelvienne (1), par François LUCCIONI.

La torsion des annexes (ovaire, ou trompe, ou l'un et l'autre) saines est relativement peu fréquente : le travail de l'auteur est pourtant basé sur l'étude de 44 cas. Les lésions siègent habituellement à droite (80 p. 100) : la trompe, tordue sur elle-même d'un demi à plusieurs tours de spire, est turgescente et volumineuse et contient un hématosalpinx; lorsque la striction est serrée, l'évolution anatomique se fait vers la nécrose aseptique. Assez souvent (dans 40 cas sur 44), on trouve une hémorragie intrapéritonéale qui peut même être une véritable inondation; le sang peut venir de la trompe, par déchirure de la muqueuse congestionnée ou par éclatement d'un hémato-salpinx, ou encore de l'ovaire; l'auteur fait remarquer que cette cause possible d'hématocèle est habituellement méconnue.

Cliniquement, la lésion se manifeste par un syndrome abdominal brusque et dramatique, dont l'élément essentiel est la douleur; à côté de cette forme aiguë peut exister une forme chronique à poussées successives. Le diagnostic, en l'absence de symptômes caractéristiques, est difficile, et il est habituel que la torsion des annexes droites (cas habituel) soit prise pour une *appendicite*; il faut tenir compte, pour éviter cette erreur, du siège bas de la douleur, de l'absence de fièvre, de la coïncidence du début avec un traumatisme, un effort ou l'apparition des règles; la confusion avec une grossesse ectopique interrompue, possible surtout quand les annexes se tordent au cours d'une grossesse (8 cas sur 44) sera évitée surtout par la constatation de l'absence de métrorragies.

Par quel mécanisme se réalisent ces torsions? Les causes

(1) *Th. de Montpellier* (Université), 1930, n° 14, 51 pages. — Imprimerie du *Languedoc médical*.

(1) *Th. de Montpellier*, 1930, n° 9, 68 pages. — Montane, édit.

déterminantes essentielles sont l'intervention d'une violence extérieure ou une congestion locale passagère. Cette dernière peut agir par l'allongement spiroïde des veines autour des artères moins extensibles (Payr) ou en accentuant l'ébauche de torsion que présente la trompe ayant conservé le type fœtal (Auvray). L'auteur invoque cette dernière conception chez les petites filles; chez les femmes plus âgées, il envisage l'action d'un spasme de la trompe qui fixe un segment de cet organe au cours d'un déplacement physiologique.

Le traitement est l'intervention chirurgicale précoce : si l'on intervient assez tôt, on peut trouver des altérations anatomiques encore minimes, opérer la détorsion et la fixation des annexes; si l'on intervient tard, il faudra sacrifier l'organe tordu. La voie d'accès sera la laparotomie médiane; au cours de la grossesse, la laparotomie latérale peut être préférable. Comme l'intervention est souvent motivée par le diagnostic d'appendicite, il se peut que l'incision de Roux ou de Jalaguier soit insuffisante et qu'il faille recourir à la laparotomie médiane. ANDRÉ GUIBAL.

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie médico-chirurgicale. La région thoraco-abdominale (1), par le docteur GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'étude de l'anatomie descriptive est à la base de toute connaissance pour le médecin et le chirurgien. Il faut qu'une longue étude du cadavre le familiarise avec la forme, la dimension, le poids, la coloration, la consistance, de chaque organe. C'est une analyse.

Cette analyse patiente et détaillée demande son complément naturel qui est l'étude de l'anatomie topographique. C'est alors la vue d'ensemble où tous les organes doivent être envisagés dans leur place et leurs connexions réciproques. C'est une synthèse.

L'anatomie descriptive et l'anatomie topographique sont apprises sur le cadavre, fixé et immobilisé — par la mort.

Le cadavre est, à l'homme vivant, ce que l'image est à la réalité. Il ne montre qu'une forme, qu'une situation, qu'une attitude, il lui manque la vie qui, à tout instant, déforme, déplace et transforme.

Celui qui scrute l'intimité du corps vivant doit compléter ce que lui a appris le cadavre par ce qu'à tout instant la vie lui fait connaître.

Cette étude, le médecin et le chirurgien la font pour bien des points, peu à peu et presque sans s'en apercevoir, au contact journalier du malade. Mais à mesure que les moyens d'investigation se perfectionnent la connaissance de l'anatomie intime de l'homme vivant se fait de plus en plus complexe. On sait projeter sur l'écran fluorescent le profil des organes et l'interprétation des radiogrammes ne peut toujours se faire sans documentation préalable. On ouvre, on palpe, on opère des organes qui sur le vivant ont un asspect tout différent de celui du cadavre.

Toutes ces notions éparses dans les travaux des médecins et des chirurgiens demandent d'être réunies dans une étude d'ensemble et c'est en cela que consiste l'anatomie médico-chirurgicale. Ce n'est ni une analyse ni une synthèse, c'est l'adaptation des connaissances anatomiques à un but déterminé.

Il faut parfaitement connaître le corps humain vivant et normal pour savoir dans la suite apprécier la déformation que donne l'état pathologique.

M. Grégoire a donc fort bien fait de s'attaquer à un pareil sujet; il l'a fait avec un sens pratique parfait; ses dissections sont très belles, très claires, très démonstratives, et son livre aura le succès qu'il mérite.

La 3e édition qui vient de paraître est la consécration du grand intérêt de l'ouvrage. L. G.

(1) 3e édition, 1 vol. gr. in-8 de 188 pages avec 71 planches noires et coloriées comprenant 75 fig. — Prix : 45 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Rachianesthésie. Sa valeur et sa place actuelle dans la pratique (1), par Emile FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine, et Antoine BASSET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Toute narcose par inhalation est une intoxication temporaire de l'organisme : cette intoxication est totale, c'est-à-dire que toutes les parties en subissent l'influence, chacune selon sa sensibilité à l'agent toxique, d'une façon élective, mais aucune d'une façon exclusive.

En outre, il ne faut point compter seulement avec les risques immédiats de la narcose, mais encore à plus ou moins longue échéance avec des complications tardives qui dépendent de lésions polyviscérales portant particulièrement sur le foie et les reins.

Afin d'éviter ces risques immédiats ou ces complications tardives, la majorité des chirurgiens de tous les pays sont d'accord pour limiter l'analgésie autant que possible à la région opératoire.

Comment expliquer alors que la rachianalgésie n'a point rencontré partout l'accueil qui devait lui être fait eu égard aux avantages considérables qu'elle procure? C'est qu'elle nécessite une pratique expérimentée ainsi qu'un examen médico-chirurgical rigoureux, qu'elle est pratiquée avec une grande diversité de méthodes d'un pays à l'autre, et, dans un même pays, d'un centre opératoire à l'autre, alors que ces variations ne devraient partout dépendre que des catégories cliniques.

Les médecins et les chirurgiens trouveront dans cette monographie tout ce qu'ils doivent savoir pour s'initier à une technique qui fait partie aujourd'hui de la petite chirurgie, ou pour se perfectionner s'ils ont déjà éprouvé par eux-mêmes les avantages réels et de sécurité de ce mode d'anesthésie. L. G.

Electrothérapie gynécologique (2), par MM. L. DELHERM, électroradiologiste de l'hôpital de la Pitié, et A. LAQUERRIÈRE, électroradiologiste de l'hôpital Hérold. « Les Actualités physiothérapiques », publiées sous la direction du docteur Duhem.

L'application des courants électriques au traitement des maladies de l'appareil génital de la femme fut inaugurée par le docteur Tripier, collaborateur de Claude Bernard. Son élève Apastoli, grâce à ses travaux sur le même sujet, conquit une célébrité mondiale. Ses publications développèrent dans tous les pays une électrothérapie gynécologique qui se réclamait de l'École française.

Cependant peu après la mort d'Apastoli (1900) le développement de la radiothérapie fit, en France au moins, quelque peu négliger l'utilisation des courants électriques dans ce domaine. En ces dernières années, par contre, s'est créée une nouvelle électrothérapie gynécologique qui utilise les courants de haute fréquence (d'Arsonvalisation) et plus particulièrement sous forme de diathermie.

Il a donc paru au directeur de cette collection qu'une mise au point s'imposait et c'est pour cela qu'il a demandé à MM. Delherm et Laquerrière d'écrire ce volume.

(1) Un volumes de 222 pages avec 23 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume in-8 écu (20 × 13) de 104 pages avec 24 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Ces deux auteurs furent tous deux élèves d'Apastoli et assistants à sa clinique, depuis ils ont toujours continué à pratiquer l'électrothérapie gynécologique. Vieux gynécologistes, vieux électriciens, forts de leur longue expérience ils étaient plus à même que quiconque de résumer en un court volume, et ce qui doit être gardé des méthodes anciennes, et les mérites des procédés récents. Fidèles au principe d'Apastoli « demander à l'électricité tout ce qu'elle peut donner mais rien que ce qu'elle peut donner », ils discutent les indications et les contre-indications des emplois de l'électricité.

L. G.

La Colite muco-membraneuse. Etude clinique et limitation du syndrome. Conception moderne de sa pathogénie et de sa thérapeutique (1), par M. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, et R. Stieffel, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Plombières. « Collection médecine et chirurgie pratiques. »

Toute une série de troubles fonctionnels de l'intestin paraissent liés à un dysfonctionnement du système organo-végétatif qui est lui même sous la dépendance d'un déséquilibre humoral. Ce sont, soit des formes très spéciales de diarrhées, soit des crises de constipation, et, plus souvent peut-être, des alternatives de l'une ou de l'autre. Bien que ces diverses formes cliniques ne soient pas très nettement limitées, il semble que le syndrome de constipation avec débâcles, répondant plus spécialement aux descriptions classiques de la colite muco-membraneuse, soit le plus fréquent.

(1) Un volume de 104 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Il est relativement facile de le définir de façon précise, parce qu'il paraît le plus souvent lié à cette forme particulière de déséquilibre neuro-végétatif qui est la constitution vagotonique.

On trouvera dans cette monographie une étude clinique de la colite muco-membraneuse, ainsi qu'un exposé de sa pathogénie et de sa thérapeutique très spéciale pour ce type de troubles fonctionnels.

L. G.

Notions d'hygiène sociale de l'enfance (1), par le docteur Rouèche, directeur de *La médecine infantile*, secrétaire adjoint de la Mutualité maternelle de Paris, membre de la Société de pédiatrie, avec préface de M. le docteur A. Lesage, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

L'auteur réunit dans ce volume les conférences qu'il a faites depuis plusieurs année. Il s'occupe successivement de l'hygiène sociale de la mère et de l'enfant, de la protection et hygiène des tout-petits; de l'hygiène des enfants de deux à six ans; de l'enfant à l'école et de l'enfant malade et anormal. Dans chaque chapitre, il donne une vue d'ensemble des acquisitions récentes dans le domaine de la protection infantile. Il indique les œuvres qui s'intéressent à chaque âge et comme aucun travail n'a paru depuis dix ans sur cette question, on ne peut douter que ce petit volume ne rende grand service aux pédiatres, à tous les médecins, aux infirmières, aux directrices d'œuvres sociales et aux éducateurs.

L. G.

(1) Prix : 10 fr. — Paris, N. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ZONA INTERCOSTAL

SIGNES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

Le zona intercostal est une éruption douloureuse et vésiculeuse, à topographie radiculaire, située dans un ou plusieurs espaces intercostaux, d'un seul côté du thorax.

C'est l'une des localisations les plus fréquentes de la fièvre zostérienne, infection due à un virus filtrant, légèrement contagieuse et conférant l'immunité.

Anatomiquement, il s'agit localement d'une dégénérescence ballonnisante de la couche muqueuse de Malpighi dans toute l'étendue de l'éruption zonateuse. Mais les lésions essentielles sont une *ganglio-radiculite* dans le territoire correspondant, avec souvent *poliomyélite postérieure* et réaction méningée.

SYMPTOMES

Début. — Le zona intercostal débute *insidieusement* par un état infectieux léger, une douleur de radiculalgie dans une partie d'un hémithorax, sensation de cuisson exaspérée par le contact des vêtements, la toux. C'est souvent elle qui attire l'attention du malade et lui fait constater l'existence d'une éruption.

Etat. — L'éruption est caractérisée par :

1. Des *plaques érythémateuses*, ovalaires, parallèles à la direction de la bande radiculaire, mais pouvant parfois couper deux espaces intercostaux ; strictement *unilatérales*, bien que le zona puisse empiéter très légèrement sur l'autre hémithorax.

2° Des *vésicules* siègent sur ces plaques, bulles plus ou moins fines, parfois groupées, parfois réunies en une vaste bulle polycyclique, naissant ailleurs en peau saine. Si le zona siège très haut sur le thorax, on trouve des vésicules à la partie interne du bras.

3° L'*adénopathie axillaire* peut précéder l'éruption.

4° Les *troubles de la sensibilité objective*, dans le territoire radiculaire altéré, consistent généralement en hyperesthésie cutanée, et, plus tard, en hypoesthésie. On a également signalé, à titre très accessoire :

5° Des *troubles vaso-moteurs sympathiques* avec hyperthermie locale, dans la région malade.

6° La *ponction lombaire*, si on la pratique, ramène fréquemment un liquide hypertendu, hyperalbumineux et riche en lymphocytes, traduisant la réaction méningée.

Evolution. — Les éléments éruptifs se produisent par poussées successives. Au bout de quelques jours, le contenu de chaque vésicule devient louche, cette vésico-pustule se flétrit, se transforme en une croûtelle brunâtre qui tombe, laissant à sa place une cicatrice blanche entourée d'un halo pigmentaire indélébile. Le zona a duré au total environ trois semaines.

FORMES CLINIQUES

Chez l'enfant, la douleur est souvent peu marquée et l'éruption très étendue.

Chez le vieillard, il est capital de connaître les formes avec *douleurs très violentes*, survivant au zona, séquelle tenace et rebelle au traitement.

Les *zonas sans éruption, uniquement douloureux*, sont rares et d'un diagnostic difficile qui n'est possible qu'en se basant sur la radiculalgie et la réaction méningée concomitante. Parfois la notion d'épidémicité vient rendre ce diagnostic plus vraisemblable.

COMPLICATIONS

Le zona intercostal est une affection bénigne d'évolution rapide qui ne connaît pratiquement pas de complications locales, sauf chez les diabétiques où il peut devenir gangréneux, et ensuite déclancher l'acidose, ou chez les débilités où il peut prendre le caractère hémorragique.

DIAGNOSTIC

Différentiel. — A la phase de début, il est impossible de distinguer la radiculalgie du zona d'une névralgie intercostale, d'une douleur d'origine pleurale.

L'éruption fera discuter :

1. La *varicelle, surtout chez l'enfant.* La parenté et même la similitude des deux affections a été récemment discutée. Certains auteurs, avec M. Netter, pensent à l'identité du virus des deux maladies et pour cela s'appuient sur :

a. Les cas de contagion, le zona apparaissant chez des sujets ayant été en contact avec des varicelleux, après une phase d'incubation égale à celle de la varicelle ;

b. Les réactions de déviation du complément qui sont telles que l'antigène varicelleux réagit de façon spécifique sur l'anticorps zostérien, et réciproquement.

2° Les *syphilides zoniformes* sont d'un diagnostic facile, indolores, plutôt squameuses ; elles s'accompagnent de signes cliniques et biologiques de syphilis.

3° L'*érythème polymorphe* ne simule presque jamais le zona par la variété de ses éléments et leur bilatéralité.

Du zona de cause inconnue il faut discerner :

Les zonas symptomatiques ou *éruptions zostériformes* qui, par leurs caractères morphologiques, simulent en tous points l'éruption zostérienne et s'en distinguent par l'absence de phénomènes infectieux, leur caractère récidivant. Ils peuvent survenir au cours des compressions médullaires, tabes, méningites syphilitiques, au cours du diabète, de l'urémie, de l'arsenicisme, de la tuberculose, de la syphilis. C'est pourquoi, en présence d'un zona, faut-il toujours rechercher s'il ne s'agit pas non pas d'une fièvre zostérienne, mais d'une éruption zostériforme symptomatique.

PRONOSTIC

Bénin, sauf chez le vieillard où les douleurs tenaces qui survivent au zona peuvent constituer une véritable infirmité et n'être influencées que par la radiothérapie ou les rayons ultraviolets.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

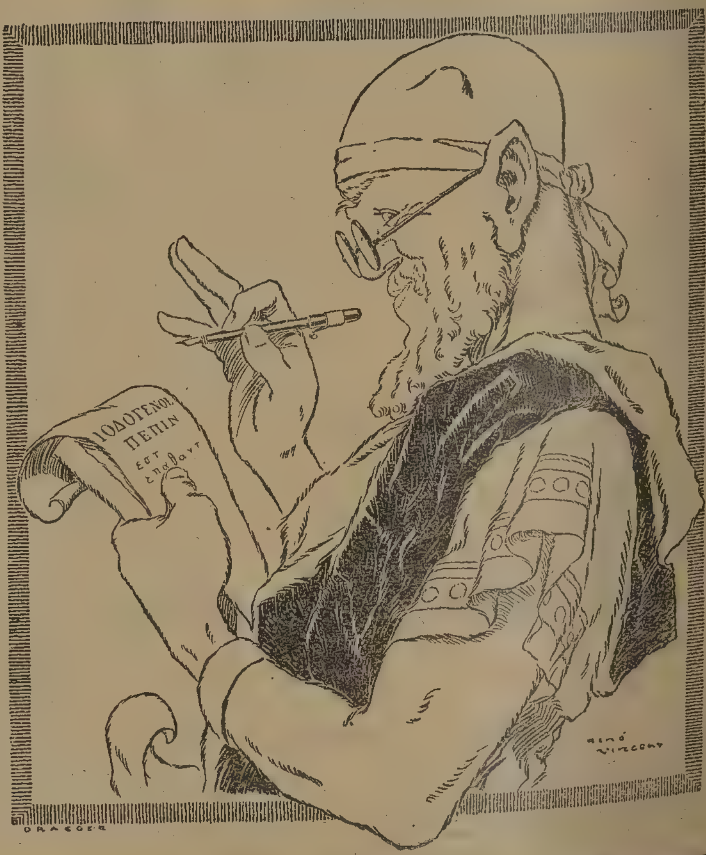
Nouveau Traité de médecine (G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER). Fascicule XVII : *Pathologie des reins*, par Fernand Widal, A. Lemierre et Pasteur Vallery-Radot ; *Hémoglobinurie*, par Fernand Widal et P. Abrami. 1 vol. grand in-8 de 1024 pages, avec 100 figures et 3 planches en couleurs, relié. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Inspection médicale des écoles, par le docteur Maurice DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, directeur du Centre d'éducation physique de Franche-Comté. 1 vol. in-8. — Besançon 1930, V. Chicandre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction du professeur G.-H. ROGER ; secrétaire général : Léon BINET. — Tome VIII : *Physiologie musculaire. Chaleur animale*, par MM. Léon Binet, G. Bourguignon, P. Chaillet Bert, J. Gautrelet, L. Lapicque, J. Lefevre, R. Leriche, A. Policard, A. Strohl, G. Weiss. 1 vol. gr. in-8 de 742 p., relié. Prix : 110 fr. — Paris, Masson et Cie.



CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

AVIS

Nous publierons dans quelques jours un numéro hors série contenant la Table des Revues générales et des Notes pour l'Internat *publiées depuis le 1er janvier 1919 jusqu'au 31 décembre 1929.*

Ce numéro sera adressé gratuitement à tous nos abonnés. Nos lecteurs non abonnés pourront se le procurer dans nos bureaux au prix de 2 FR.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Le jury est composé de MM. Turpin, Léon Bernard, Louis Ramond, Nageotte, Chevallier, Ramadier, Fey, Monod (Robert), Desplas, Desnoyers.

— L'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, devant ouvrir dans le courant du quatrième trimestre 1930 le sanatorium de Champrosay (près de Ris-Orangis, Seine-et-Oise) le médecin titulaire de cet établissement sera désigné par le directeur général de l'administration, après avis d'une Commission médicale spéciale composée de médecins chefs de service des hôpitaux, spécialisés en phtisiologie.

Les docteurs en médecine, de nationalité française, désireux de faire acte de candidature, sont priés d'adresser une demande ou de se présenter, en vue de l'inscription de leur demande, à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, 2e étage, bureau du Service de santé, jusqu'au 15 octobre 1930, de 10 h. à 12 h. ou de 15 h. à 18 h.

Ils devront, à l'appui de leur candidature, déposer les pièces suivantes :

Extrait de l'acte de naissance;

Extrait du casier judiciaire (ayant moins de trois mois de date);

Diplôme de docteur en médecine;

Exposé (en sept exemplaires) de leurs titres universitaires, scientifiques et hospitaliers.

Les avantages attachés à l'emploi de médecin titulaire du sanatorium de Champrosay sont les suivants :

1° Indemnité fixe (avec promotion de classe tous les deux ans) : 4e classe, 34.000 fr.; 3e classe, 37.000 fr.; 2e classe, 40.000 fr.; 1re classe, 43.000 fr.; classe exceptionnelle, 46.000 fr. Ces indemnités feront l'objet à partir du 1er octobre 1930 d'un nouveau relèvement dans la proportion de 8 à 10 p. 100 environ.

2° Indemnité de résidence : 2.240 fr. par an.

3° Logement, chauffage et éclairage, à titre gratuit.

Note. — L'exercice de la clientèle est interdit au médecin titulaire du sanatorium de Champrosay.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le concours de l'externat qui devait s'ouvrir le 22 octobre est reporté au 29 octobre.

MARINE. — Sont désignés pour remplir les fonctions ci-après :

Inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie et vice-président du Conseil supérieur de santé. — M. le médecin général de 1re classe Autric, en remplacement de M. Oudard, appelé à d'autres fonctions.

Directeur du Service de santé de la 3e région maritime à Toulon. — M. le médecin général de 2e classe Viguier, en remplacement de M. Autric, appelé à d'autres fonctions.

Directeur du Service de santé de la 4e région maritime à

Bizerte. — M. le médecin général de 2e classe Brunet, en remplacement de M. Viguier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le médecin général de 2e classe Oudard a été nommé à l'emploi de directeur central du Service de santé, en remplacement de M. Defressine, appelé à d'autres fonctions.

— Ont été promus dans le Corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. Le Calve, médecin en chef de 2e classe, en remplacement de M. Brunet, promu.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Yver, médecin principal, en remplacement de M. Le Calve, promu.

Au grade de médecin principal. — M. Palud, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Yver, promu.

HOMMAGE AU PROFESSEUR CASTAIGNE. — Les amis et les élèves du professeur Castaigne lui offriront en novembre 1930 un livre jubilaire et une médaille gravée par l'artiste Ch. Pillet.

Un comité d'honneur a été constitué dans ce but; il est présidé par les professeurs Chauffard et Achard (de Paris) et composé des professeurs Lereboullet et Rathery (de Paris), Jeanbrau et Euzière (de Montpellier), Lépine (de Lyon), Sigalas (de Bordeaux), Abelous (de Toulouse), Imbert (de Marseille), Spillmann (de Nancy), Merklen (de Strasbourg), Minet (de Lille), Mirallié (de Nantes), Follet (de Rennes), Gillot (d'Alger).

De nombreux médecins français et étrangers voudront offrir, à cette occasion, un témoignage d'admiration et de sympathie au professeur Castaigne qui représente aux yeux de tous le savant chercheur, le professeur lumineux, le médecin infiniment dévoué à tous ses confrères.

Une souscription de 100 fr. au minimum donnera droit à une reproduction de la médaille et à un exemplaire du livre jubilaire. Les souscriptions doivent être adressées au docteur Henri Paillard, 27, avenue d'Aubière, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), de préférence à son compte de chèques postaux n° 63-10, à Clermont-Ferrand.

LA IIe RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Comme nous l'avons annoncé (20 août 1930, n° 67, p. 1193), cette réunion aura lieu à Bruxelles, du 28 au 30 septembre. Elle réunira des représentants de la Presse médicale de France, de Belgique, de Cuba, d'Espagne, d'Italie, de Roumanie, de Grèce, de Colombie, du Canada, d'Haïti, du Portugal, de l'Argentine, de Suisse, du Vénézuela, etc.

Tous les adhérents seront à Bruxelles dès le 27, et le soir ils seront à la Fondation universitaire les hôtes du président M. le docteur Albert Delcourt.

A la séance inaugurale du 28, à 10 h., à la Faculté de médecine, M. le professeur E. Forgue (de Montpellier) fera une conférence sur le journal médical et le journaliste médical contemporains.

A midi, les membres du Congrès sont invités à un lunch, à la Pergola du Résidence Palace, par l'Association de la Presse médicale belge. Ils se rendront ensuite aux tribunes du Parc du Cinquantenaire où, sur l'invitation du ministre de l'Intérieur, des places leur seront réservées pour le défilé de l'Ommegang. A 4 h. 1/2, les séances reprendront à la Faculté. Le soir, banquet à l'hôtel Astoria.

C'est au casino, où se donnera l'opérette de Max Alexys, « O yes Kitty », qu'aura lieu la représentation de gala.

Enfin, rappelons que le 30 aura lieu l'excursion à Anvers en auto-car avec visite de la ville et de l'Exposition.

XXXe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XXXe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 7 octobre 1930, sous la présidence de M. le docteur Chevassu (de Paris).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : *Les contusions rénales et leurs suites éloignées.* — Rapporteur : M. le docteur Gérard (de Lille).

Pour tous renseignements concernant le Congrès s'adresser à M. le docteur O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

VIIe GRAND VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOEL SUR LA CÔTE D'AZUR (VOYAGE BLEU). — Pour fêter la création de la nouvelle Faculté de Marseille (1930), le VIIe grand Voyage de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, aura, cette année, un lustre plus grand encore que de coutume. Il sera dirigé par MM. Forgue, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier; Imbert, doyen de la Faculté de Marseille, professeur de clinique chirurgicale; Marcel Labbé, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris.

Le Voyage se rassemblera à Marseille le 26 décembre, et le 27 au matin, après la visite du port, il sera reçu par la Faculté. Dans l'après-midi, l'on verra Aix, l'ancienne Aquae Sextiae, capitale de la Provence au IVe siècle, qui redevient aujourd'hui la Métropole thermale qu'elle fut autrefois. Après avoir parcouru Toulon et son port de guerre, les stations climatiques et marines de Hyères, Giens, San-Salvadour, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Antibes, Juan-les-Pins, on séjournera à Cannes, à Nice, à Monte-Carlo, à Menton, le temps nécessaire pour connaître tous les aspects de la vie d'hiver sur la Côte d'Azur. La zone intérieure, avec Grasse, Vence, Thorenc, La Turbie, et la haute montagne avec les sports d'hiver seront l'objet de plusieurs excursions.

Les autorités italiennes recevront le Voyage à San-Remo, et le nom de Pasteur sera donné à une rue de Bordighera au cours d'une cérémonie officielle et en souvenir de son séjour dans cette ville. Par Ospedaletti, Grimaldi, Roquebrune, le Cap Martin, Monaco et Beaulieu, on reviendra à Nice où le Voyage se dissociera le 8 janvier. Une excursion en Corse pourra être organisée si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

De luxueuses réceptions sont prévues durant tout le parcours, alternant avec les démonstrations scientifiques et la visite des sites les plus enchanteurs. Les adhérents recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif sur les réseaux des chemins de fer français et italiens, valable durant un mois. Le nombre de places est limité par la nécessité de conserver à ce beau Voyage, l'ordre, la tenue, le confort et l'agrément qui justifient sa renommée. En conséquence, les médecins et leurs familles qui désirent y prendre part sont priés d'écrire, le plus tôt possible, au président de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Gueit, médecin principal de la marine en retraite, à Toulon; Bouvier, à Fontaine, près Belfort.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A LOUER hôt. part. Auteuil, 11 p. princ. Conv. à Dr p. cab. sans clin. Jardin 600 m. — S'ad. Guillemin, 8, r. Monceau.

REVUE GÉNÉRALE

LA DIBROMOXYMERCURIFLUORESCÉINE

ET SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN PARTICULIER EN GYNÉCOLOGIE ET EN UROLOGIE

Par Ch. DAVID,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — La dibromoxymercurifluorescéine a été découverte par deux Américains, Hugh H. Young et White.

Pendant la guerre, Hugh H. Young rechercha, en collaboration avec White, un produit bactéricide peu irritant pour les tissus, que l'on pût appliquer sur les plaies et les muqueuses et injecter dans le sang sans qu'il perdît son activité microbicide; 265 produits furent étudiés : le n° 220 fut choisi par eux comme répondant le mieux à ces différents desiderata et reçut le nom de mercurochrome. Notons tout de suite que ce produit ne contient pas de chrome, la désinence chrome désignant uniquement la couleur rouge du produit. Le nom de mercurochrome, déposé en Amérique, s'applique à une spécialité pharmaceutique. Nous désignerons donc le produit sous son nom chimique, la dibromoxymercurifluorescéine, par abréviation D. O. M. F.

En 1919, Young, White, Schwartz pratiquèrent sur l'animal un grand nombre d'expériences ainsi que de nombreux essais bactériologiques pour se rendre compte de la valeur de ce médicament; ils firent en même temps de nombreux essais chimiques qui démontrèrent la valeur thérapeutique du mercurochrome.

Ils constatèrent dès le début l'innocuité de l'injection intraveineuse de leur produit à des doses relativement importantes. La première injection intraveineuse de mercurochrome fut faite dans le service de Hugh H. Young au Brady urological Institute en décembre 1922 dans un cas de pyélonéphrite double et donna des résultats remarquables.

Depuis, Young rapporta 210 cas d'injections intraveineuses avec étude bactériologique avant et après les injections intraveineuses; puis, en octobre 1926, il réussit à réunir 680 cas de septicémie et d'infections de tous genres dont 22 cas d'infection génito-urinaire avec septicémie avec 72 p. 100 de guérison, 66 cas de septicémie puerpérale avec 75 p. 100 de guérison, etc. (1).

Hugh H. Young en collaboration avec W. Scott et J. H. Hill ont également employé la dibromoxymercurifluorescéine par voie buccale. En administrant à leurs malades 900 à 1.200 milligrammes de mercurochrome (enrobés dans du salol pour en éviter l'absorption dans l'estomac) pendant plusieurs jours de suite, ils constatèrent que le troisième jour les selles étaient extrêmement colorées, d'une couleur rouge brique, par imprégnation complète des matières fécales; d'autre part, ils constatèrent une diminution appréciable du nombre total des bactéries et en particulier une diminution considérable des microbes du groupe colibacille.

D'autre part, deux élèves de Young, Lay Martin et J. H. Hill ont expérimenté ce produit comme traitement des infections biliaires et comme moyen de rendre visible la vésicule biliaire.

Marselos (d'Athènes) a employé avec succès la dibromoxymercurifluorescéine dans le traitement de la blennorragie.

Statham (de Bristol) l'a utilisée en tamponnements vaginaux dans la blennorragie féminine avec des résultats très favorables.

Enfin, en décembre 1929, Léo a préconisé le mercurochrome en badigeonnages de la peau pour la désinfection du champ opératoire, en remplacement de la teinture d'iode : il l'a employé également dans le traitement des furoncles et anthrax et dans toutes sortes d'infections chirurgicales.

Depuis plus d'un an, j'étudie la D. O. M. F. dans le traitement des infections urinaires et gynécologiques; ce sont les résultats très remarquables de cette expérimentation que je vais rapporter ci-dessous :

Propriétés chimiques. — Le produit se prépare d'après White en faisant agir l'acétate mercurique sur la dibromofluorescéine ; celle-ci est une poudre rouge à caractère acide, insoluble dans l'eau, soluble dans la soude en donnant une solution rouge foncé qui, diluée, devient fluorescente. Le sel de soude correspondant est la dibromoxymercurifluorescéine.

La formule en est $HOHgC^{10}H^{7}Br^{2}ONaCO^{2}Na$.

D'après certains auteurs, le produit obtenu ainsi serait souvent mélangé d'impuretés consistant en produits pouvant contenir plusieurs atomes de mercure.

Salkin (1), notamment, prétend que dans les produits ainsi obtenus il existe souvent un mélange de dibromofluorescéine non transformée et de dérivés polymercuriels.

William Pope (2) a trouvé également, à côté de la dibromofluorescéine, des quantités plus ou moins importantes des divers corps mis en réaction (notamment des sels de mercure).

Il a démontré, en collaboration avec J. Eyre (2), que la toxicité des produits commerciaux est d'autant plus grande et leur pouvoir antiseptique d'autant plus faible que les impuretés sont plus abondantes.

Les différences de composition expliquent les résultats imparfaits obtenus par quelques expérimentateurs ainsi que les variations de toxicité du produit.

Le produit se présente sous forme de paillettes vertes, légèrement hygroscopiques et très solubles dans l'eau. Les solutions sont stables, ne s'altérant pas par l'exposition à l'air et à la lumière, ni par un chauffage modéré.

Les urines fortement acides en précipitent un peu la matière colorante : il n'y a pas de précipitation

(1) Léo. *Soc. des chir. de Paris*, 6 déc. 1929.

(1) Salkin. *Journ. Lab. med.*, 1927, t. XIII, p. 150.
(2) J. Eyre et W. Pope. *Brit. med. Journ.*, 1928, t. II, p. 138.

lorsqu'une solution à 1 p. 100 est mise au contact d'un volume égal de liquide albumineux tel que le liquide d'hydrocèle.

Les solutions tachent la peau et le linge en rouge : ces taches s'enlèvent par l'application successive de deux solutions à 2 p. 100, l'une de permanganate de potasse, l'autre d'acide oxalique.

Propriétés thérapeutiques. — La D. O. M. F. possède :

Un pouvoir antiseptique puissant;
Une toxicité faible;
Un pouvoir pénétrant considérable.

C'est un produit peu irritant.

En solution à 1/1.000 la D. O. M. F. tue en une minute le colibacille et le staphylocoque doré, en présence d'urine; il serait beaucoup plus antiseptique que l'acriflavine; même à la dilution de 1 p. 5.000 il tue le staphylocoque doré en cinq minutes et le colibacille en quinze minutes.

Le pouvoir antiseptique de la D. O. M. F. est moindre dans des milieux contenant des albumines. C'est ainsi que dans le liquide d'hydrocèle le produit ne tue plus le staphylocoque doré et le bactérium coli après une heure de contact à la dilution de 1 p. 1.000 [Young (1)].

Dans l'urine, la trypaflavine ne tue le staphylocoque doré qu'à la concentration de 1 p. 200 et le bactérium coli qu'à 1/100. La D. O. M. F. est donc beaucoup plus antiseptique que la trypaflavine.

Caëris, Kamat et Naïdu ont également démontré le pouvoir antiseptique de la dibromoxymercurifluorescéine vis-à-vis du bacille pesteux. Ce pouvoir serait d'ailleurs d'autant plus élevé que le produit contient plus de mercure.

Mode d'emploi. — *A.* Injection intraveineuse. — Injecté par voie intraveineuse à la dose de 5 milligrammes par kilogramme de poids du corps, la dilution dans le sang qui en résulte est approximativement de 1/13.000. Dissous dans le sang défibriné à la dilution de 1 p. 8.000 il tue le streptocoque hémolytique en quarante minutes, et si la dilution est de 1/16.000, ce qui est la dilution obtenue avec les doses habituelles, il tue le streptocoque en une heure.

A la dilution de 5 milligrammes par kilogramme de poids, après injection intraveineuse chez le lapin, il n'y a pas de modifications dans le nombre ni dans l'aspect des hématies et des leucocytes.

Il n'y a pas d'hémolyse et on ne trouve rien de pathologique dans les urines. Même la dose 7 milligrammes par kilogramme employée quotidiennement pendant trois jours ne produit aucun trouble urinaire, aucune modification histologique au niveau des reins.

Cette action antiseptique en milieu-sérum a été niée par quelques auteurs : Colebrool et Hare (2), Douglas C. Rey, Avery et Pilcher (1). Les résultats obtenus par ces auteurs sont en complète contradiction avec ceux obtenus par Young et ses collaborateurs.

Chez l'animal l'emploi du mercurochrome a permis de stériliser le sang en état de septicémie artificielle en cinq heures. Il tue le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille.

Chez l'homme, la dose à employer est en général de 5 milligrammes par kilogramme de poids du corps, ce qui fait 25 à 30 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100 pour un adulte moyen; avec des doses plus fortes, 6 à 8 milligrammes par kilogramme, Young et Hill ont observé des accidents (nausées violentes et diarrhée profuse avec albuminurie transitoire).

On peut, au contraire, dans les infections urinaires se contenter de doses plus faibles (2 à 3 milligrammes par kilogramme).

a. Technique. — La technique est la même que pour toutes les injections intraveineuses : la solution à 1 p. 100 peut se faire extemporanément dans de l'eau distillée et filtrée, il est inutile de chauffer la solution étant stérile.

b. Résultats. — Il y a une réaction constante qui se produit environ une heure après l'injection; elle consiste en une élévation de la température de 1 à 2 degrés, s'accompagnant fréquemment de frissons, de troubles gastro-intestinaux qui se terminent en général par une selle un peu diarrhéique. Dans deux cas on observa une salivation exagérée. Quelques malades ont eu de la stomatite quelquefois assez sévère (un cas de Young) mais ayant toujours évolué vers la guérison.

Il est fréquent d'observer une élimination du colorant par les urines dans les cinq premières heures après l'injection; l'urine est alors rose pâle (Freemann et Hope, Young).

Parfois on constate une albuminurie transitoire (Hopkins, Young et Hill). Avec des doses fortes la matière colorante est éliminée également par l'intestin, les selles sont colorées en rouge vif.

B. Autres modes d'emploi. — En dehors des injections intraveineuses la D. O. M. F. s'emploie :

a. En solution de 1 à 2 p. 100 sous la forme de badigeonnages sur la peau ou les muqueuses;

b. En solution à 1 p. 100 sous la forme d'instillations dans les cavités muqueuses : vessie, urètre;

c. Sous la forme de pansements avec des compresses imbibées de ces même solutions;

d. On peut également, dans les infections du tube digestif, avoir recours à l'ingestion par la *voie buccale* sous forme de pilules kératinisées ou enrobées dans du salol à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour; les selles se colorent très fortement en rouge et l'on constate une diminution très rapide de la flore intestinale et en particulier du groupe colibacille.

(1) Young, White et Schwartz. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1919, t. LXXIII, p. 1483.

(2) Colebrool et Hare. *Brit. Journ. experim. pathol.*, 1927, t. VIII, p. 109.

(1) Douglas C. Rey, Avery et Pilcher. *Journ. lab. clin. med.*, 1929, t. XIV, p. 822-829.

Pouvoir de pénétration de la D. O. M. F. dans les tissus. — « Pour déterminer le pouvoir de pénétration de ce colorant dans son usage génito-urinaire une série d'expériences furent instituées par Rothschild (1) : un lapin fut cathétérisé avec une sonde en caoutchouc molle, on injecta lentement par cette sonde 30 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 de ce médicament et la sonde fut ensuite retirée doucement en laissant s'écouler un peu de la solution par l'urètre. Cinq minutes après, la sonde fut de nouveau introduite dans la vessie vidée. Le lapin fut rapidement sacrifié, et la vessie et l'urètre disséqués dans leur entier. La vessie fut alors ouverte et l'excès de la solution enlevé par un lavage à l'eau. Des coupes congelées de l'urètre et de la vessie furent examinées sans l'emploi d'aucun autre colorant.

« Dans certains cas, la vessie et l'urètre furent ouverts et immédiatement placés dans une solution de formaldéhyde pour les durcir. Après inclusion dans la paraffine, des coupes furent pratiquées sans emploi d'autre colorant. Cette expérience fut plusieurs fois renouvelée, la sonde étant employée dans un cas et la vessie étant remplie dans les autres à travers l'urètre au moyen d'une seringue. On employa cette dernière méthode pour éviter un traumatisme de la muqueuse urétrale. D'autres lapins furent anesthésiés, l'abdomen ouvert, les uretères mis à nu et l'uretère et le bassinet doucement remplis de colorant au moyen d'une petite seringue en solution à 1 p. 100 en prenant soin d'éviter l'hyperdistension du bassinet. L'uretère fut ensuite ligaturé. Cinq minutes après le lapin fut sacrifié, la ligature enlevée de l'uretère, l'uretère et le rein enlevés en entier et des coupes pratiquées après congélation. D'autre part, des coupes incluses en paraffine furent faites.

« L'examen des coupes congelées ainsi que de celles incluses dans la paraffine montre que les cellules épithéliales sont colorées en rouge foncé.

« La coloration est très intense dans les couches superficielles et devient moins intense vers la sous-muqueuse, mais celle-ci est colorée par places, quoique moins uniformément que les couches épithéliales. En quelques endroits, le colorant pénétrait dans la sous-muqueuse jusqu'à la couche musculaire. Ce colorant contenant du mercure colore l'épithélium de l'urètre antérieur et postérieur de façon uniforme et pénètre, quoique à un degré moindre, jusqu'aux couches sous-muqueuses.

« Des coupes de la vessie et de l'urètre montrent la même uniformité de pénétration et de coloration du cytoplasme des cellules épithéliales : la sous-muqueuse est moins profondément colorée. Des coupes du bassinet montrent que l'épithélium est également pénétré et coloré. Les tubes excréteurs étaient également touchés par le colorant et les tubes étaient colorés sur une petite longueur à partir des papilles. Dans l'urètre, l'épithélium des glandes s'ouvrant dans le canal était coloré sur une petite distance de l'orifice de leur canal excréteur.

(1) M.-L. Rothschild. *Th. de Paris*, 1926.

« Dans les affections de la vessie que j'ai traitées, j'ai trouvé que les parties desquamées étaient toujours colorées en rouge. »

Incompatibilités. — Les applications alternées de D. O. M. F. et des substances ci-dessous indiquées peuvent être pratiquées, sauf dans les cavités closes. Mais les mélanges devront toujours être évités.

Les anesthésiques locaux devront être appliqués avant la D. O. M. F. qui les décompose pour la plupart.

L'iode, le brome et le chlore libre décomposent la D. O. M. F. Il ne faut pas se servir pour la préparation de la D. O. M. F. de solutions contenant des sels chlorés, ceux-ci pouvant théoriquement décomposer à la longue la D. O. M. F.

La D. O. M. F. est incompatible avec la plupart des alcaloïdes; elle est précipitée par les acides minéraux et par la plupart des acides organiques. Elle est décomposée par beaucoup de sels des métaux lourds; elle précipite dans les solutions dont le pourcentage est inférieur à 5,6.

Usage interne. — La D. O. M. F. dans les infections intestinales. — Ce produit a été assez largement expérimenté par voie buccale par les Américains dans les entérites infectieuses, ils en obtinrent des résultats très favorables caractérisés par une diminution très rapide et très importante de la flore intestinale et notamment du colibacille contre lequel ce médicament paraît agir avec une efficacité particulière. Nous avons nous-mêmes expérimenté la D. O. M. F. sous forme de pilules dosées à 0,025 milligrammes par pilule en en faisant prendre six pilules par jour soit 15 centigrammes de produit actif; elles ont toujours été très bien tolérées et ont amené une amélioration manifeste dans des cas d'entérite infectieuse. Aucun inconvénient n'a été signalé lorsqu'on ne dépasse pas les doses ci-dessus indiquées. Avec de très fortes doses (30 centigrammes et au-dessus) on a pu voir apparaître de la stomatite avec salivation exagérée. Il est toutefois prudent de ne pas administrer ce médicament sans examen préalable des urines et de s'en abstenir dans les cas d'albuminurie et d'insuffisance rénale. Les selles sont colorées en rouge très peu de temps après l'absorption.

Usage externe. — Désinfection de la peau. — Un grand nombre de chirurgiens américains emploient depuis plusieurs années la D. O. M. F. en solution à 2 p. 100 pour la désinfection préopératoire de la peau, en remplacement de la teinture d'iode.

En France G. Leo [de Trouville (1)] a employé largement ce procédé d'antiseptie préopératoire pour toutes sortes d'interventions chirurgicales, et s'en déclare très satisfait : cette solution donne une sécurité tout aussi complète que la teinture d'iode : elle n'est pas irritante pour la peau dans laquelle elle

(1) G. Léo. *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, déc. 1929, n° 16.

pénètre profondément, assurant ainsi la stérilisation des glandes cutanées : elle a l'avantage, en raison de sa couleur rouge vif, de bien délimiter le champ opératoire : on doit seulement l'employer d'une façon un peu plus parcimonieuse que la teinture d'iode, en raison de son prix plus élevé et se servir pour les badigeonnages de minces pinceaux d'ouate stérilisée qui en consomment très peu.

Emploi dans les suppurations. — La solution de D. O. M. F. à 2 p. 100 donne d'excellents résultats dans toutes les suppurations de la peau : impétigo, eczémas infectés, etc... Dans le furoncle banal son emploi a été largement expérimenté par G. Léo (loc. cit.). Cet auteur recommande de faire au sommet du furoncle une petite ponction au galvanocautère et d'introduire par l'orifice ainsi créé un mince stylet entouré d'ouate imbibée de la solution; sous l'influence de ce traitement qui n'est nullement douloureux l'évolution et la guérison du furoncle se font avec une rapidité surprenante due à ce que la solution antiseptique diffuse profondément à l'intérieur des tissus et en assure la désinfection rapide et complète.

G. Léo a encore employé cette solution en instillations dans des trajets fistuleux; dans un cas d'ostéomyélite à staphylocoques, le résultat fut remarquable.

Dans un phlegmon du creux de la main, qui avait été incisé d'une manière insuffisante dans un service d'hôpital et qui durait depuis deux mois, des mèches imbibées de la solution et introduites dans le trajet fistuleux amenèrent une amélioration immédiate et la guérison complète en trois semaines.

Des résultats excellents ont également été obtenus par lui dans des arthrites infectieuses, dans des abcès de la mâchoire, des fistules abdominales résultant de l'évacuation d'abcès appendiculaires, dans des abcès de la fesse, des fistules anales, etc.

Dans toutes ces suppurations, d'origines diverses, des instillations de la solution à 2 p. 100 ou des mèches imbibées de cette solution assurent la désinfection de la plaie et guérissent l'infection avec une rapidité extraordinaire.

Vaginites. — Dans les vulvo-vaginites, Dorne et Stain recommandent l'emploi de la D. O. M. F. à 1 p. 100; le produit a également été employé avec le plus grand succès dans ces cas par Randall de Rochester, par Brady, par Statham (1).

Pour le traitement des vaginites on peut avoir recours selon la méthode de Statham (de Bristol), au tamponnement du vagin au moyen de mèches imbibées de la solution de D. O. M. F. à 1 p. 100. Après lavage du vagin avec une solution faible d'acide borique, le médicament agissant mieux en milieu acide, on enroule une mèche imbibée de la solution autour du col et on bourre le vagin.

Personnellement j'ai renoncé, depuis longtemps, aux tamponnements du vagin qui ont à mon sens l'inconvénient de favoriser la stase des sécrétions morbides et favorisent la rétention utérine. Je me contente de faire, après un lavage soigné et un asséchement du vagin, un badigeonnage de celui-ci au moyen de tampons de coton bien imprégnés de la solution à 1 p. 100. Je fais un badigeonnage minutieux des culs-de-sac et de toutes les parois vaginales. Ces badigeonnages doivent être répétés tous les jours ou au moins tous les deux jours. Dans l'intervalle des séances, lorsque le traitement ne peut pas être quotidien, la malade introduit matin et soir un ovule à la D. O. M. F. à 1 p. 100. On est frappé de l'amélioration rapide et souvent surprenante qui se produit sous l'influence de ce traitement : les sécrétions se tarissent à vue d'œil et la désinfection, contrôlée par l'examen bactériologique, s'obtient dans un délai extrêmement rapide.

(1) STATHAM. *Brit. med. Journ.*, 31 mai 1928, nº 3504, p. 544.

Métrites. — Dans les métrites j'emploie un traitement analogue; si la cavité cervicale n'est pas largement perméable j'en pratique la dilatation au moyen de laminaires souples; c'est le plus souvent inutile, dans les métrites du col la cavité cervicale étant habituellement largement ouverte; après lavage minutieux du vagin, je fais un écouvillonnage de la cavité cervicale au moyen de porte-cotons imprégnés de la solution à 1 p. 100; puis je place dans la cavité cervicale un crayon à la D. O. M. F. Ici encore on est frappé de la rapidité de l'amélioration; le col souvent largement ulcéré se cicatrise très vite, la sécrétion est souvent tarie au bout d'une ou deux applications et la guérison est toujours beaucoup plus rapide qu'avec tout autre mode de traitement.

Cette thérapeutique a toujours été très bien tolérée, elle est à peu près indolore et sans aucun inconvénient.

Emploi en obstétrique. — Mayes de Brooklyn (New-York) emploie la solution à 4 p. 100 pour la désinfection obstétricale. Après savonnage des voies génitales il applique la solution sur les régions génitales, le siège et les cuisses; il introduit 1 ou 2 centimètres cubes de cette solution dans le vagin et en badigeonne l'anus. Si des matières fécales viennent souiller la région, il lave au savon et fait une nouvelle application de D. O. M. F. Je n'ai pas l'expérience personnelle de ce mode de traitement mais je tiens à le signaler.

Emploi en urologie. — Urétrites. — CHEZ LA FEMME. — Dans les métrites j'emploie soit les instillations, soit les crayons à 1 p. 100. Après avoir fait uriner la malade je fais un lavage de l'urètre à l'eau bouillie ou avec une solution de D. O. M. F. à 1 p. 1000, puis j'instille dans l'urètre au moyen d'une seringue et d'une canule de Braun quelques gouttes de la solution à 1 p. 100 tout le long de l'urètre, ou bien j'introduis dans l'urètre un crayon; celui-ci est laissé en place jusqu'à la miction suivante qui sera retardée autant que possible; le crayon est maintenu au moyen d'une compresse et d'un bandage en T. Le traitement doit être répété tous les jours, au moins tous les deux jours; la guérison doit toujours être contrôlée par plusieurs prélèvements répétés à un mois d'intervalle.

CHEZ L'HOMME. — Dans la blennorragie aiguë je fais des lavages à la D. O. M. F. en solution à 1 p. 1000; dès que la sécrétion est à peu près tarie, j'ai recours aux instillations à 1 p. 100; ces instillations sont très bien supportées.

Dans la blennorragie chronique, compliquée le plus souvent de prostatite, ou de prostato-vésiculite, j'associe à la dilatation haute et au massage de la prostate des instillations à 1 p. 100. Je dois signaler un point particulièrement intéressant et qui montre la puissance de pénétration du médicament : après les instillations, la D. O. M. F. pénètre profondément dans les glandes prostatiques : car un massage de la prostate fait deux ou trois jours après une instillation fait encore sortir du liquide prostatique coloré en rose. Cette constatation est en rapport avec les faits expérimentaux relatés par Rothschild dans sa thèse que nous avons signalée plus haut.

On peut également employer la solution en injections de 10 centimètres cubes gardées de trois à cinq minutes. Rupel s'est servi à cet effet de solutions plus concentrées, jusqu'à 5 p. 100; mais lorsque l'on emploie des solutions aussi fortes la douleur est assez vive et je conseille de ne pas dépasser habituellement le titre de 1 p. 100, d'ailleurs largement suffisant.

Rupel a obtenu sur 46 cas, 32 guérisons apparentes en sept jours; 2 en dix jours et 3 en quinze jours; les autres cas ont guéri en trois à quinze semaines. Davis a obtenu également des résultats brillants avec des solutions à 2 1/2 p. 100.

Cystites. — Toutes les cystites infectieuses aiguës ou chroniques sont justiciables du traitement par la D. O. M. F. qui donne des résultats supérieurs à ceux obtenus avec tout autre agent médicamenteux.

On se sert de la solution aqueuse à 10 p. 100. Je l'emploie en instillations intra-vésicales à raison de 5 centimètres cubes par instillation; celle-ci est faite après avoir fait uriner le malade, au moyen d'une sonde et d'une seringue stériles; la sonde est ensuite retirée et la solution doit être conservée par le malade, pendant un temps variable, suivant la tolérance, en moyenne pendant une demi-heure à une heure. Certains malades peuvent la garder beaucoup plus longtemps, quelquefois plusieurs heures. Mais elle produit souvent une sensation de brûlure assez vive, comparable à celle produite par le nitrate d'argent et que l'on peut d'ailleurs calmer par un suppositoire à l'antipyrine, au bromure de potassium ou un petit lavement au laudanum.

En revanche, une fois la solution évacuée, le malade ressent une sensation de bien-être considérable, surtout appréciable au lendemain de l'instillation. La douleur vésicale et la pollakiurie diminuent ou cessent comme par enchantement, de telle sorte que souvent, dès la première instillation, les malades viennent dire qu'ils sont guéris.

De fait, outre les symptômes subjectifs, l'amélioration se manifeste du côté des urines qui étaient plus ou moins troubles et qui s'éclaircissent avec une rapidité étonnante; les instillations doivent être répétées tous les deux jours; en général, il ne faut que quatre ou cinq instillations pour éclaircir les urines et faire disparaître tous les signes fonctionnels de cystite. Chez les prostatiques avec rétention et urines infectées, le traitement est en général plus long, la rétention créant un milieu favorable à la pullulation des germes, le succès est moins rapide. Quelle que soit la variété microbienne en cause, l'amélioration est rapide. Gonocoques, staphylocoques et colibacilles sont rapidement détruits; les succès sont peut-être plus brillants dans la cystite colibacillaire de la femme liée au syndrome entéro-rénal où les résultats sont véritablement étonnants.

Cystites tuberculeuses. — Dans la cystite tuberculeuse, les instillations de la D. O. M. F. sont habituellement bien supportées et amènent, en général, une sédation des douleurs et de la pollakiurie; quant à l'action sur l'évolution même de la tuberculose vésicale, notre expérience de ce mode de traitement n'est pas encore assez prolongée pour que nous puissions formuler une opinion définitive; nous continuons des recherches à ce sujet.

Pyélonéphrites. — Dans les pyélonéphrites, la D. O. M. F. peut être employée de deux façons :

a. En injections intra-veineuses;

b. En instillations dans le bassinet par cathétérisme urétéral.

a. **Injections intra-veineuses.** — H. Young a rapporté un cas traité dans son service au Brady Urologie Institute, en décembre 1922; il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans, atteint de pyélonéphrite double et qui était dans un état désespéré : les cultures montraient 140 colonies de colibacilles par centimètre cube (?), on considérait le malade comme n'ayant plus que quatre à cinq jours à vivre; on lui injecta alors 34 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 soit 5 milligrammes par kilogramme dans les veines du bras droit, le lendemain, le sang était stérile et reste stérile : la guérison fut très rapide. De nombreux auteurs américains ont obtenu des résultats analogues dans le traitement de pyélonéphrite par ce procédé.

b. **Instillations dans le bassinet.** — Après cathétérisme urétéral, on injecte avec les précautions habituelles 2 à 3 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100; si l'injection est bien tolérée, elle sera laissée en place; si elle détermine une douleur un peu vive, elle sera évacuée par la sonde plus ou moins rapidement suivant la réaction; les instillations sont répétées tous les jours, jusqu'à ce que les urines soient redevenues tout à fait claires.

CONCLUSIONS

De ce long exposé résulte que nous possédons dans la dibromoxymercurifluorescéine un agent antiseptique d'une efficacité considérable et supérieure à celle de tous les agents antimicrobiens habituellement employés. Ses applications à la chi-

rurgie, au traitement des affections de la peau, des plaies infectées sont donc extrêmement nombreuses. Mais nous avons étudié surtout son action dans les infections gynécologiques et urinaires, et dans ce domaine nous avons obtenu des résultats dont la constance et la rapidité nous ont nous-même étonné. Il est curieux autant que regrettable que ce produit largement vulgarisé en Amérique, en Angleterre et en Allemagne soit à peu près inconnu en France et nous avons pensé rendre service à nos confrères aussi bien qu'aux malades en faisant mieux connaître un agent médicamenteux d'une efficacité remarquable.

BIBLIOGRAPHIE

BRADY (Leo). *Bull. de John hopkins Hospital*, déc. 1924.
CHIKAO (Takahashi). *Jap. Journ. of gastro-enterol.*, 1889, t. I, p. 169.
CLÉMENT (Robert). Le mercurochrome, *Presse méd.*, p. 188.
COLLEBROOL et HARE. *Brit. Journ. experim. path.*, 1927, t. VIII, p. 107.
DAVIS (de Greneville). *South. Caroline med. Assoc.*, avril 1920, et *Journ. of amer. med. Assoc.*, 2 mai 1920, p. 1482.
DETWEILLER et MAC KENNON. *Anat. Record*, 1929, t. XLI, p. 205.
DOUGLAS, C. REY, AVERY et PILCHER. *Journ. Lab. clin. med.*, 1929, t. XIV, p. 822.
EYRE (J.) et W. Y. POPE. *Brit. med. Journ.*, 1928, t. II, p. 138.
FRAENTZ. Traitement pré et postopératoire des prostatectomies, *West. Virginia med. Journ.*, fév. 1924.
FREEMANN (William T.) et LEWIS D. HOPPE D'ATLANTA (Georgie). Traitement de la pneumonie par les injections intraveineuses de mercurochrome, *Amer. Journ. of dis. of Children*, sept. 1924.
HILL (H. Justina) M. S. and Hugh YOUNG M. D. Experimental studies with mercurials in experimental syphilis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 12 may 1923, vol. LXXX, p. 1365-1369.
HILL (J. H.) and M. G. ELLIS. A study of the action of mercurochrome of horse serum and of mixtures the of on pneumococcus infections of mice, *Bull. of the Johns hopkins Hospital*, january 1929, vol. XLIV, n° 1, p. 40-51.
HILL (H. Justinia) and Charles Y. BIDGOOD M. D. The effect of intravenous injection of mercurochrome on the kidneys, *Johns hopkins Hospital Bull.*, déc. 1924, t. XXXV, p. 409.
HILLER et STAMLER. *Journ. d'urol.*, 1929, t. XXII, p. 699-704.
LAVANDERA. Note sur le traitement par le mercurochrome dans quatre cas de gonococcie ou de complications gonococciques, *Bruxelles méd.*, 1927, p. 578.
LAY MARTIN M. D. and G. H. HILL M. S. Mercurochrome as a biliary antiseptic as a means to visnalize gall bladders, and as possible form of treatment in cholecystitis, *Amer. Journ. of the med. sciences*, may 1929, vol. CLXXVII, n° 5, p. 710.
LÉO (M. O.). Traitement pratique du furoncle banal par la solution de mercurochrome, *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, 6 déc. 1929, t. XXI, n° 16.
MAYES (Harry W.). *Amer. Journ. of obst. et gyn.*, juillet 1925.
MARSELOS. Le mercurochrome 220 dans le traitement de la blennorragie, *Grèce méd.*, 1924, nos 3 et 4.
MACHET, REDDISH et HARDEN. *Journ. of pharm. experim. therap.*, 1928, t. XXXII, p. 341.
MARTINDALE (W. H.). Doses of mercurochrome by the mouth, *Brit. med. Journ.*, 19 avril 1913, n° 3615, p. 761
REDERWILL (F. H.), POTTER (E. J.) et GARRISON (H.). Traitement des infections gonococciques par le mercurochrome et la glucose par voie intraveineuse, *Journ. of urol.*, déc. 1929, t. XXII. n° 6, p. 705.
REDERWILL et POTTER (de San Francisco). Traitement de 525 cas d'infections urogénitales par des injections intraveineuses de mercurochrome, *Journ. de l'Amer. med., Assoc.*, 20 juin 1925.
ROTHSCHILD (M. L.). Le mercurochrome. Un nouvel antiseptique, *Th. de Paris*, 1926, n° 138.
ROPEL et MAYES. *Amer. Journ. of obst. et gyn.*, 1925, n° 61.
RUPEL. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, fév. 1923, p. 530.
SALKIN (B.). *Journ. Lab. med.*, 1929, t. XIII, p. 130.
SANNER (J. E.) M. D. and J. H. HILL (Baltimore). The action of mercurochrome upon local infections in guinea pigs, *Surg., gyn. and obst.*, april 1928, p. 496-499.
SCOTT et HILL. *Journ. of urol.*, août 1925.
STATHAM (de Bristol). Traitement de la blennorragie chez la femme par tamponnement au mercurochrome, *Journ. d'urol.*, déc. 1928, p. 587.
SILVERE RAMOS. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1928, t. XCIX, p. 1537.
TIFFENEAU. La pharmacologie en 1930, *Paris méd.*, 21 juin 1930, p. 572.
TODD. *Lancet*, 1925.
WALCKER et SWEENKY. *Journ. of pharm. exp. ther.*, 1927, t. XXXI, p. 87.
WEITZ. *Formulaire des médicaments nouveaux pour 1930.*
WHITE. *Journ. med. engin chim.*, 1924, t. XVI, p. 1054.
WILLES A. WHITEMAN (de Colombus, Ohio). Traitement de la blennorragie chronique par des injections intraveineuses de mercurochrome, *Journ. de l'amer. med. Assoc.*, 14 juin 1924.
WITH (Edwin C.), HILL (H. Justina) M. S., Joseph BARLE, MOORE M. D., and Hugh H. YOUNG M. D., FLUMERIU. A New Mercurial for the treatment of syphilis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 sept. 1922, vol. LXXIX, p. 877-882.
YOUNG (Hugh. H.) M. D. Cure of a retroperitoneal and perinephretie infection (abcès) by intravenous injection of mercurochrome, *Johns hopkins Hospital Bull.*, january 1924. t. XXXV, p. 14.
YOUNG (Hugh. H.) M. D. and Justina H. HILL U. S. The treatment of septicemia and local infections, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1er march 1924, vol. LXXXII, p. 669-675.
YOUNG (Hugh. H.) M. D. and KOURADE BIRKHANG M. D. (Baltimore). The cure of scarlet fever complicated with erysipelas and streptococcus septicemia by intravenous injection of mercurochrome 220 soluble, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 16 aug. 1924, vol. LXXXIII, p. 492-494.
YOUNG (Hugh. H.) W. W. SCOTT and J. H. HILL. The use of mercurochrome by mouth as a urinary and intestinal antiseptic, *Journ. of urol.*, 3 sept. 1924, vol. XII.
YOUNG (Hugh. H.) M. D. Intravenous chemical sterilizations of local and general infections, *Trans. of the Southern surg. Assoc.*, 1925, vol. XXXVIII, p. 373; — The use of mercurochrome in the treatment of septicemia, *Trans. of the amer. surg. Assoc.*, 1925, vol. XLIII, p. 503; — Intravenous mercurochrome in the treatment of urological infections, *Journ. of urol.*, 6 june 1925, vol. XIII; — The Sterilization of local and general infections, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 23 oct. 1926, vol. LXXVIII, p. 1366-1373; — Intravenous therapy in acute infections and infectious diseases, *Journ. of the Michigan State med. Soc.*, march 1926, F. C. Wornshuis editor, Grand Rapids.
YOUNG (Hugh. H.) M. D. and J. H. HILL U. S. Mercurochrome 220. Its intravenous use, *Arch. of ped.*, march 1927.
YOUNG (Hugh. H.) M. D., Justinia H. HILL, M. S. WALTER L. DENNY M. D. (Baltimore). The use of mercurochrome 220 soluble in the treatment of infections diseases of the Skin, *Arch. of dermat. and syphil.*, april 1926, vol. XIII, p. 465-488.

Young, White et Schwartz. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1919, t. LXXIII, p. 1483.
Young (Hugh. H.). Sterilization of local and general infections by intraveinous injections of mercurochrome, *Weeckly Roster and med. dig.*, 15 oct. 1927.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 8 septembre 1930)

Action protectrice du cholestérol contre les chocs provoqués par les floculats. — MM. Auguste Lumière et R.-H. Grange.

Origine diaphragmatique de la respiration. — M. Jules Amar.

Sur les cellules interstitielles à lipochrome de l'utérus. — M. Angelo Migliavacca.

Sur le mécanisme de la transformation de l'acide pyruvique en acide lactique dans le foie. — Mme Y. Khouvine, MM. E. Aubel et L. Chevillard.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SANTÉ PUBLIQUE, SYNDICATS MÉDICAUX ET C. T. I.

Par le docteur Foveau de Courmelles.

Le *ministère de la Santé publique*, réclamé depuis si longtemps par les médecins et les hygiénistes, a été créé récemment par M. Tardieu et attribué à M. D. Ferry. Quand M. Millerand créa en 1920 le ministère de l'Hygiène et le donna au grand inventeur qu'est M. J.-L. Breton, de l'Institut, on trouva là un grand progrès, mais ce ministère ne dura pas et fut vite réuni au Travail, occupé en ce moment par M. Laval. Et l'hygiène des stations thermales, balnéaires, climatiques, dépend maintenant du Haut commissariat au tourisme, attribué à M. Gaston Gérard, député, maire de Dijon.

Est-ce trop de ces trois organismes pour le domaine de plus en plus vaste qu'est la *Santé publique*? Il ne le semble pas, et il est encore des ramifications nécessaires avec les ministères de la Guerre, de la Marine, des Colonies qui ont leur Service de santé, sans préjudice du ministère de l'Air où le si compétent M. Laurent Eynac s'occupe depuis bien longtemps de l'aviation sanitaire.

Que de questions restent encore en suspens...

Le travail et les travailleurs — travailleurs manuels et intellectuels souvent soumis aux mêmes accidents corporels — ont, avec les progrès incessants de la science et de l'industrie, une santé de plus en plus menacée, et par suite à garantir de plus en plus.

Prenons un champ bien connu, les dangers de l'hôpital, contagions, piqûres, radiodermites, intoxications lumineuses diverses. La maladie se gagne de moins en moins, mais que les moyens de la combattre sont dangereux, meurtriers : les rayons X estropient ou tuent bien souvent, à l'hôpital ou à l'usine ceux qui fabriquent les appareils, essayent les tubes de Crookes; le radium comme les radiations de Rœntgen intoxique ou détruit. On connaît déjà trop de victimes, inévitables souvent quoi qu'on en dise, question de radio-anaphylaxie, de phototoxies, comme je l'ai démontré, pour ne pas en être très préoccupé. M. Durafour, quand il était ministre de l'Hygiène et du Travail, a déposé un projet de loi pour protéger les travailleurs hospitaliers, et ce projet... dort au Sénat.

Maints travailleurs des laboratoires peuvent être, sont victimes d'intoxications, d'explosions de cornues, d'appareils, au cours de recherches physico-chimiques.

Nos lois ne reconnaissent encore que deux causes de maladies professionnelles, les intoxications par saturnisme ou hydrargyrisme, alors que de nombreuses autres plus ou moins nouvelles existent ou apparaissent, et que la liste, à la suite de déclarations demandées par M. Fallières, s'étend...

La Confédération des Travailleurs intellectuels, C. T. I., qui a tâche de défendre le prolétariat cérébral, a fait une Commission des maladies professionnelles, voire de tous les maux et accidents professionnels; j'en suis président et j'ai déposé des rapports à notre Commission parlementaire, formée de députés et de sénateurs, et ils ont été favorablement accueillis; le docteur Fié, député de la Nièvre, a déposé un projet de loi. Nous aboutirons certainement. Bien des syndicats médicaux sont avec nous, du reste, et nous aident.

Si je rappelle ces faits intéressant en somme *tous* les travailleurs — car il n'y a pas, en l'espèce, lieu de faire des différences, comme l'ont dit les ministres Herriot et Durafour au banquet de la C. T. I. en 1925 — c'est que la santé publique doit s'occuper, s'occupe de ce chapitre primordial entre tous.

Il faut donc que les techniciens, les compétences — et dans ce champ si vaste, combien il en est — soient appelés, convoqués, sollicités à donner leurs lumières. *A priori*, dans le domaine de la santé publique, le véritable, le seul technicien est le médecin. On l'oublie souvent trop. Il doit demander, il demande sa place, sa place habituelle, dirons-nous, de conseiller dévoué et désintéressé. On ne recourt pas assez à son savoir, si souvent... *gracieux*.

A côté de lui, certes, comme ces problèmes nécessitent, soulèvent des questions d'argent, des études industrielles de prophylaxie, il faudra l'administrateur, le technicien industriel, l'usager.

M. Désiré Ferry, M. Laval, M. Gaston Gérard ont reçu des délégations de la C. T. I., tous nous reçurent aimablement et comprirent le précieux concours que leur apportait cette puissante organisation dont nous fûmes dès l'origine, et qui contient *toutes sortes* de travailleurs, je dirai même, certains, manuels, car combien d'ingénieurs sont à la fois théoriciens et praticiens, sachant montrer à leurs ouvriers, en « mettant la main à la pâte », à rectifier, à faire marcher telle ou telle machine.

Des conseils de la santé publique peuvent puiser, là, toutes les lumières voulues. Mais qu'on ne nous prête pas la sotte prétention de croire qu'il n'y a qu'en la C. T. I. qu'on les puisse trouver, malgré toutes ses professions et ses 200.000 membres.

Cependant en une époque d'ardent syndicalisme, où les isolés (comme les absents) ont toujours tort, on est plus sûr en prenant des individus dûment mandatés, d'obtenir des concours sûrs et qui entraîneront toutes les bonnes volontés. Comme médecins, les docteurs X. Colanéri, Séjournet, du S. M. S., membres du bureau de la C. T. I., ne sont pas les moins ardents !...

Ce que je dis de la C. T. I. s'applique évidemment aux syndicats médicaux dont beaucoup d'ailleurs en font partie, à tous les syndicats de manuels, d'intellectuels, de producteurs, d'usagers. Il est banal de dire que « la santé est le premier des biens », or, comme nous en sommes tous à la vouloir conserver ou retrouver, c'est nous tous qu'il faut consulter, et sans vouloir conseiller ni diriger personne, moins encore nos gouvernants, il nous a paru utile, sinon nécessaire, de dire où l'on pouvait puiser, trouver à coup sûr, lumière, dévouement, désintéressement.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 30 JUIN 1926 SUR LA PROPRIÉTÉ COMMERCIALE

MOTIFS GRAVES ET LÉGITIMES DE REFUS DE RENOUVELLEMENT

La loi du 30 juin 1926 décide que le propriétaire qui refuse à un commerçant de renouveler son bail, sans exercer le droit de reprise, doit une indemnité d'éviction au locataire sortant; tel est le principe.

Mais le propriétaire peut échapper à cette obligation de payer l'indemnité dont il s'agit, s'il invoque à l'encontre du locataire *un motif grave et légitime* justifiant le refus du renouvellement du bail. La jurisprudence a eu à apprécier ce qu'il fallait entendre par ces mots : *motif grave et légitime*, employés par la loi. Elle a considéré qu'il ne fallait pas donner à ces mots une signification générale et que l'arbitraire ne doit pas résider dans la décision du propriétaire, refusant de renouveler le bail : les raisons de convenance ou d'intérêt personnel sont insuffisantes en soi pour justifier le motif grave et légitime; autrement, le propriétaire pourrait se soustraire aux obligations que lui impose la loi.

Le *motif grave et légitime* doit être fondé sur une faute du locataire. C'est ce qu'on peut déduire des décisions de justice; en prenant ce point de départ, on peut se rendre compte que le propriétaire peut, dans de nombreux cas, refuser au locataire le renouvellement de son bail, sans avoir d'indemnité à lui payer. Bien entendu, chaque cas est à examiner par le Tribunal; et on ne peut donner que des exemples, qui sont utiles à connaître.

Il y a d'abord un point qu'il faut mettre en évidence, c'est que les juges se réservent d'examiner si la faute commise par le locataire est suffisamment importante pour entraîner une sanction aussi grave que le refus de renouvellement de bail sans indemnité.

Sont considérés comme constituant des motifs graves et légitimes de refus de renouvellement : la violation d'une clause du bail, l'abus de jouissance, l'inexécution des réparations incombant au locataire, le paiement irrégulier des loyers, à plus forte raison le non-paiement de ces loyers. Le changement de destination des lieux est aussi un motif grave et légitime; cependant, il a été jugé, notamment par la Cour d'appel de Paris, suivant arrêt du 27 octobre 1928 *Gaz. Pal.*, 1929-1-250) que, lorsque la modification apportée à la nature du commerce, telle qu'elle est prévue au bail, apparaît comme étant de minime importance, le propriétaire ne peut pas s'en prévaloir pour refuser le renouvellement : il doit une indemnité. De même, lorsque le propriétaire a connu la modification apportée au bail et qu'il n'a pas protesté, il doit une indemnité, s'il persiste dans son refus; il serait arbitraire de lui permettre d'invoquer un changement de destination uniquement quand son seul intérêt le lui conseille.

On peut mesurer, par les exemples ainsi donnés, l'étendue des droits du propriétaire invoquant un motif grave et légitime. Il faut ajouter que les tribunaux peuvent prononcer la sanction légale, lorsqu'ils estiment que le locataire a une conduite telle vis-à-vis de son propriétaire que celui-ci se trouve dans l'impossibilité de le conserver. Le propriétaire pourra utilement se prévaloir à l'encontre de son locataire d'une condamnation correctionnelle prononcée contre lui, ou de son état d'insolvabilité, ou de relations personnelles avec son locataire rendant impossible l'habitation de l'immeuble pour celui-ci.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LA PEAU

Ce dessin n'a d'autre but que d'indiquer d'un coup d'œil la méthode et le procédé.

La peau représente le plus vaste organe d'absorption du corps humain. Cette expression fait comprendre toute l'activité qu'on peut retirer d'un pareil élément. Organe de respiration à grande surface et à grand débit la peau présente, en outre, cet avantage de dialyser, c'est-à-dire de choisir et de régler la vitesse d'absorption. Elle laisse pénétrer sans à-coup et sans shock ce qu'elle sent n'être pas nocif et en quantité voulue. Elle défend l'organisme en se défendant elle-même, elle ajoute à sa facilité d'assimilation une certitude d'équilibre qui fait qu'on peut solliciter son concours à tous les âges.

Elle est certainement le seul organe auquel on puisse demander un travail aussi sûr et aussi subtil, sauf la voie rectale peut-être.

L'estomac n'est le même nulle part. Vous ne pouvez sans risque lui faire avaler du goudron, de la créosote, etc., en même temps que des aliments. Et ce n'est pas une raison parce qu'on ne signale pas d'accidents pour qu'il n'y en ait pas.



Donc, ne fatiguez pas vos malades. Ne troublez ni l'équilibre général, ni l'équilibre des voies digestives. Utilisez la peau, agent dialytique merveilleux et faites absorber gaïacol, terpinol, hélénine, eucalyptol et sève de pin sous la forme commode de Bronchodermine.

Faites enduire la peau du dos, les aisselles, quel que soit l'âge du nourrisson ou du vieillard, et vous aurez fait absorber le maximum de ce que le malade peut assimiler d'activité médicamenteuse, en évitant l'ingestion de drogues qui dans cet ordre d'idées ne sont jamais sans inconvénient. Cette médication nouvelle et spécialement dosée donnera beaucoup plus que ce qu'on peut attendre d'elle. Le traitement cutané des maladies des voies respiratoires est un nouvel avenir thérapeutique. La figure indique le mode d'emploi simple et qui permet le traitement actif ou préventif à tous les âges, partout, à l'école, au bureau, en voyage ou chez soi (*Bronchodermine*).

LIVRES NOUVEAUX

Manuel élémentaire de psychiatrie (1), par M. NATHAN.

Le présent manuel a quelque prétention à la personnalité; ce n'est point qu'il se borne à exposer les idées de son auteur et fasse table rase de la tradition et des opinions des autres; son originalité réside plutôt dans son esprit. Peu soucieux des discussions terminologiques qui ont lourdement pesé sur la psychiatrie classique, il s'efforce d'aller au fond des choses, d'être simple sans être simpliste, d'être vivant et vrai et de se lire facilement.

Cette facilité de la lecture, l'auteur l'a demandée à la rédaction et à la présentation typographique.

Les questions pratiques ne sont point négligées; chaque chapitre se termine par l'étude des indications thérapeutiques. La dernière partie du livre est consacrée aux différentes modalités de traitement : médicamenteux, végétatif, opothérapique; la psychothérapie occupe une place d'honneur, mais elle ne doit venir qu'après un examen somatique complet du malade. Ajoutons quelques pages relatives aux questions médico-légales avec lesquelles le psychiatre et même le médecin de médecine générale se trouve journellement aux prises.

Telles sont les principales directives qui ont présidé à l'élaboration de ce manuel également accessible au praticien, à l'étudiant, au psychologue et à l' « honnête homme » au sens que le XVIIe siècle donnait à ce mot.

L. G.

Menton médical et pittoresque, avec observations de météorologie (1), par le docteur William FRANCKEN.

Le docteur Francken, membre honoraire de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris, est très connu et estimé à Menton et dans les environs où il pratique depuis quarante ans.

Il a ainsi pu recueillir un nombre infini d'impressions et une foule d'observations dont il a fait un tri, pour livrer au public une étude documentée et une série de précisions météorologiques sur Menton, pendant vingt ans, qui lui sont personnelles. Un aperçu de Menton pittoresque, une description détaillée de cette belle région, une étude du climat mentonnais, la valeur thérapeutique de Menton, résultat d'un laborieux travail, sont d'une grande utilité, autant pour ceux qui connaissent la région que pour ceux qui désirent apprécier le charme de la côte mentonnaise.

Aux uns et aux autres, la lecture de ce petit livre est recommandée, ils y trouveront des renseignements très précieux et d'un grand intérêt et ils liront en même temps des descriptions exactes et pleines de charme d'un pays admirable qui n'a jamais lassé ni déçu ses admirateurs.

L. G.

Clemenceau, médecin et philosophe (3), par André MOREL.

Au moment où le livre posthume de Clemenceau soulève des émotions si diverses, on lira avec intérêt le livre de M. Morel qui s'attache à dégager la philosophie clemenciste de l'étude de la vie si tourmentée du grand vieillard.

L. G.

(1) Un volume de 320 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume in-8 tellière, de 118 pages, gravures d'illustration. — Prix : 12 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française.

(3) Maison du Livre français, 2, rue Félibien, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Léon Bernard, Louis Ramond, Chevallier, Fey, Desplas, qui acceptent; Turpin, Lemierre, Ramadier, Monod (Robert), Lemeland, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ALGER. — Après concours M. le docteur Loubeyre a été nommé médecin adjoint des hôpitaux d'Alger.

— MARSEILLE. — Des concours s'ouvriront à l'Hôtel-Dieu de Marseille :

1° Le lundi 20 octobre 1930, pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux;

2° Le lundi 27 octobre 1930, pour vingt et une places d'élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux.

Inscriptions au secrétariat des hospices avant le 6 octobre 1930 pour les élèves internes, et le 13 octobre 1930 pour les élèves externes.

— ORAN. — M. le docteur Botella-Gambetta, médecin adjoint de l'hôpital d'Oran, a été nommé médecin titulaire en remplacement de M. le docteur Glatard, décédé.

ÉCOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE. — Le concours pour l'emploi de professeur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Rochefort et de Toulon, annoncé au *Journal officiel* du 19 juin 1930, aura lieu le mardi 14 octobre 1930.

JURY D'EXAMEN. — *Président.* — M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres. — MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe; Rondet, médecin principal du port de Rochefort.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le traitement alloué aux directeurs de l'administration centrale du ministère de la Santé publique est fixé comme suit :

	A compter du 1er juillet 1929	1er avril 1930	1er octobre 1930
Directeur de l'hygiène et de l'assistance...	110.000	110.000	125.000
Directeur du personnel de la comptabilité et des habitations à bon marché............	90.000	90.000	100.000

— M. le docteur Cazals, ancien sénateur, a été nommé directeur administratif de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement de M. Veber, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Hedin, percepteur, a été nommé directeur administratif de l'asile clinique Sainte-Anne (Seine), en remplacement de M. Vitry, relevé de ses fonctions sur sa demande.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 21 septembre publie la liste des jeunes gens bénéficiant des dispositions de l'article 37 de la loi du 31 mars 1928, et ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure.

MARINE. — Ont été désignés au choix pour remplir les fonctions ci-après :

Médecin chef de l'hôpital maritime de Brest et président de la commission de réforme de ce port. — M. le médecin en chef de 1re classe Le Calvé, en remplacement de M. Brunet, promu.

Médecin de division de la 1re division légère et médecin-major du croiseur « Duquesne ». — M. le médecin en chef de 2e classe Brun, en remplacement de M. Le Calvé, appelé à d'autres fonctions.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE. — Le Congrès de la Société scientifique française de chirurgie réparatrice plastique et esthétique aura lieu les 3 et 4 octobre prochain, à l'hôtel Chambon, maison des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris. En dehors des deux séances de communications, il y aura une exposition d'instruments de chirurgie, de moulages, de radiographies et de photographies et des séances opératoires dans les diverses cliniques des membres de la Société.

LE 1er CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'ORTHOPÉDIE aura lieu à Paris du 2 au 4 octobre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Lamouroux (de Paris) et Pascal Franceschi (de Sainte-Marie-Sicché, Corse).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Ch. ACHARD.) — *Cours complémentaires 1930.*— Série A : du mercredi 1er octobre au lundi 6 octobre.

Mercredi 1er octobre, à 11 h. : 1. Renseignements fournis en clinique par le métabolisme basal (maladie de Basedow, myxœdème, petite insuffisance thyroïdienne). M. le docteur H. Bénard.

Mercredi 1er octobre, à 2 h. 1/2 : 2. Application à la clinique de l'étude des protéines sanguines (technique des dosages, renseignements diagnostiques et pronostiques dans les affections rénales, hépatiques, cancéreuses, tuberculose pulmonaire). M. le docteur Codounis.

Jeudi 2 octobre, à 11 h. : 3. Etude clinique et thérapeutique de l'obésité et de la maigreur (dosage des lipides, de la cholestérine). MM. les docteurs Grigaut et Escalier.

Jeudi 2 octobre, à 2 h. 1/2 : 4. Formes cliniques du diabète. Métabolisme des hydrates de carbone. M. le docteur Hamburger.

Vendredi 3 octobre, à 11 h. : 5. Traitement actuel du diabète : insuline et régime. M. le docteur Benoist.

Vendredi 3 octobre, à 2 h. 1/2 : 6. Pathogénie des œdèmes (échanges hydriques et minéraux, rôle des protéines et de la pression osmotique). M. le docteur Codounis.

Samedi 4 octobre, à 11 h. : 7. Les acidoses en clinique (équilibre acido-basique, le pH, sa mesure). M. le docteur H. Bénard.

Samedi 4 octobre, à 2 h. 1/2 : 8. Les azotémies. Variations pathologiques de l'azotémie et de la chlorémie. Applications thérapeutiques. M. le docteur Escalier.

Lundi 6 octobre, à 11 h. : 9. La goutte, les lithiases : uricémie, oxalémie. M. le docteur Lacapère.

Lundi 6 octobre, à 2 h. 1/2 : 10. Les ictères. M. le docteur Bariéty.

Série B, du 7 au 11 octobre : Sang, cytologie, radiologie du tube digestif.

Mardi 7 octobre, à 11 h. : 1. Hémocultures. Leurs techniques et leur valeur diagnostique. M. le docteur Moussoir.

Mardi 7 octobre, à 2 h. 1/2 : 2. Les anémies et leurs traitements. M. le docteur Poumailloux.

Mercredi 8 octobre, à 11 h. : 3. Les leucocytoses et les leucémies. M. le docteur Poumailloux.

Mercredi 8 octobre, à 2 h. 1/2 : 4. Les syndromes hémorragipares. La transfusion du sang. M. le docteur Hamburger.

Jeudi 9 octobre, à 11 h. : 5. Etude du séro-diagnostic. M. le docteur Moussoir.

Jeudi 9 octobre, à 2 h. 1/2 : 6. Renseignements fournis par le cyto-diagnostic (épanchements pleuraux, péritonéaux, liquide céphalo-rachidien). M. le docteur Cahen.

Vendredi 10 octobre, à 11 h. : 7. Les cuti et intradermo-réactions (techniques, indications diagnostiques et thérapeutiques). M. le docteur Benoist.

Vendredi 10 octobre, à 2 h. 1/2 : 8. Examen clinique et radiologique de l'estomac. MM. les docteurs Bariéty et Busy.

Samedi 11 octobre, à 11 h. : 9. Examen de l'intestin (radiologie, rectoscopie). MM. les docteurs Bariéty et Busy.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droits à verser pour chaque série : 250 fr.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — PLUS DE TRACAS POUR LOUER VOS PLACES, MÊME SI VOUS VOYAGEZ SUR LES LIGNES DE PLUSIEURS RÉSEAUX. — Le voyageur qui effectue un long parcours en chemin de fer en empruntant plusieurs lignes (de réseaux différents très souvent), est embarrassé, à chacun de ses arrêts, pour louer les places qu'il désire occuper au cours de l'étape suivante.

C'est un souci qu'il peut s'épargner s'il voyage en 1re classe, couchette, canapés-lits, lits-salon, wagon-lit ou Pullman, et si la gare d'où il part et celles où il doit s'arrêter sont parmi les suivantes : Paris, Angers, Bâle, Bordeaux-Saint-Jean, Boulogne, Brest, Caen, Calais, Charleville, Cherbourg, Dieppe, Dunkerque, Epinal, Grenoble, La Rochelle, Le Havre, Lille, Lyon-Perrache, Marseille Saint-Charles, Metz, Mulhouse, Nancy, Nantes, Reims, Rouen, Strasbourg, Saint-Etienne-Chateaucreux, Thionville, Toulouse-Matabiau.

Il lui suffit, pour que la gare de départ se substitue à lui, et remplisse toutes les formalités nécessaires (même s'il doit voyager sur plusieurs réseaux), d'adresser à celle-ci une demande cinq jours à l'avance. Cette demande écrite sur un imprimé spécial doit comporter tous les renseignements utiles et notamment la date des trains empruntés, la nature et le nombre des places à réserver; elle est accompagnée du billet, nécessaire pour le premier déplacement et d'une consignation de 20 fr. (40 fr., si l'on désire une place de wagon-lits ou de Pullman).

OBSERVATOIRE NATIONAL DE BESANÇON. — La Commission spéciale de l'Observatoire a vérifié et contrôlé au nom de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts les résultats du 35e concours chronométrique.

Elle a décerné dix médailles d'or, onze médailles d'argent et dix médailles de bronze.

Le directeur de l'Observatoire attire l'attention du public et des horlogers détaillants sur les concours de l'Observatoire et sur les bulletins de marche de 1re et de 2e classe délivrés par cet établissement aux chronomètres de poche et aux chronomètres chronographes. Une catégorie spéciale existe pour les chronomètres de poche de petit calibre extraplats ou à complications diverses.

Tout chronomètre doit être vendu accompagné de son bulletin.

Ces bulletins sont la meilleure garantie de très belle fabrication et de réglage impeccable.


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
LABORATOIRES CHOAY, 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

VARIÉTÉS

UN PACTE DE GUÉRISON AU XVIe SIÈCLE

22 juillet 1540. Claude du Mas, de Châteauneuf de Rac en Dauphiné (Châteauneuf du Rhône, Drôme) et maître Jean Albesquier, barbier de la cité de Viviers, passent le pacte suivant : « assavoir ledit du Mas pour venir à guérison du mal appellé la grosse verolle, laquelle, comme disoit, il avoit, et ledit Albesquier, barbier, pour icellui panser de lad. maladie...

Et premièrement a esté de pacte entre lesdites parties que led. Me Jehan Albesquier, barbier, sera tenu de panser et fere suer ledit du Mas pour raison dud. mal de la verolle et l'en moer et guérir, tout ainsi que son savoir et entendement pourteront, et qu'il sera possible audit Albesquier au premier jour.

Item sera tenu led. Albesquier, barbier, fournir aud. du Mas toutes les médecines, drogues et oignemens à ce que dessus necessaires à ses propres coustz et despens.

Item sera tenu led. Albesquier fournir à ses propres coustz et despens audit du Mas de maison, boys et linge par l'espace de trois sepmaines et autant qu'il en sera neccessaire pour fere la cure que dessus.

Item sera tenu ledit Albesquier, durant ledit temps de troys sepmaines, nourrir ledit du Mas de viandes que ung malade en semblable maladie doibt estre nourry.

Ensemble aussy sera tenu ledit Albesquier nourrir bien et deuement ung serviteur dudit du Mas appelé Thomas Archimbaud durant lesdites troys sepmaines.

Item et ce que dessus faict et lesdites troys sepmaines passées.... a ledit du Mas promys... payer audit Albesquier... la somme de quinze escus d'or... (1).

Faict... audit Viviers et en la rue publique, tesmoingz .. Vincent Teyssier, Me Loys des Ouches, prêtre. »

(Jacques Noalhes, registre de 1539-1543, f° 45; étude de Me Lombard, notaire à Viviers, Ardèche.)

Communiqué par M. Auguste Le Sourd, *archiviste paléographe.*

RENSEIGNEMENTS

Des conférences d'anatomie et de physiologie du système nerveux pour le concours de l'internat des asiles de la Seine auront lieu à partir du 1er octobre. — S'adresser au docteur Le Guillant (service du prof. Claude), Sainte-Anne.

(1) Quinze écus d'or (au cours du soleil) valaient 45 livres, ce qui ferait actuellement 9.000 francs environ.

Les Dilatations de l'estomac. Sémiologie et thérapeutique des distensions gastriques, par le docteur René Gaultier, président de la Société de médecine de Paris, président de la Société de thérapeutique. Deuxième édit. 1930. In-16 de 115 figures avec 20 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LES CHAPITRES DIFFICILES DE L'ANATOMIE

LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Par H. BILLET,
Professeur d'anatomie à la Faculté libre de médecine de Lille.

AVANT-PROPOS

Le chapitre du système nerveux central a toujours été le plus difficile de l'anatomie; et la raison en est très simple. L'élément descriptif, qui domine dans les autres parties de cette science, est ici ce qui importe peut-être le moins. Encore n'est-il pas toujours de compréhension aisée. L'essentiel dans l'anatomie du système nerveux, et ce qui en fait la difficulté, c'est non seulement la connaissance des centres qui s'échelonnent sur toute la hauteur du névraxe, mais encore la mise en évidence des connexions qui les unissent, des faisceaux multiples et divers, tant par leur anatomie que par leur physiologie, qui transmettent l'influx nerveux dans tous les sens. Or s'il est relativement simple de reconnaître des noyaux gris, tout au moins ceux qui sont visibles à l'œil nu — puisqu'il en est qui ne sont perceptibles qu'avec un microscope — il n'en est pas de même pour la substance blanche. Ce n'est pas seulement un microscope qu'il faut pour étudier les faisceaux nerveux; il a fallu, pour les déceler et les identifier, pour en connaître la topographie et la signification, le concours de l'histologie, de l'anatomie pathologique et de la physiologie.

C'est donc une véritable éducation que l'étudiant doit entreprendre pour se représenter dans l'espace et figurer des éléments qu'il ne peut jamais voir que sur des coupes; et ce travail est toujours difficile, même quand ces coupes sont multipliées et agrandies, comme dans l'admirable traité de Déjerine, ou bien encore schématisées, comme dans la plupart des traités didactiques modernes d'anatomie. Quel travail aussi que d'établir les relations qui unissent entre eux ces éléments si nombreux et si différents dont quelques-uns sont encore à peine connus! Et comme elle apparaît bien ici l'incommensurable erreur de ceux à qui nous devons le régime actuel des études médicales! Erreur qui ne consiste pas seulement à amoindrir l'enseignement des sciences dites morphologiques, mais encore et surtout à le dissocier de celui des sciences biologiques, et de la physiologie en particulier. Comment peut-on logiquement imposer l'étude de l'anatomie des centres nerveux à de jeunes étudiants de première année, qui ne savent rien des fonctions nerveuses; quel embarras pour le professeur de leur parler de voies motrices, de voies sensitives, de faisceaux réflexes, quand ils ignorent ce que c'est qu'un acte moteur, qu'une impression sensitive, qu'un mouvement réflexe!

Et pourtant, il faut le faire... et le bien faire. J'estime, en effet, que c'est une erreur non moins grave, une faute, que d'éluder la difficulté et de réduire l'étude du système nerveux central à quelques notions élémentaires, à quelques schémas trop simplistes, qui ne cadrent pas strictement avec l'état actuel de nos connaissances. La science des centres nerveux est indispensable au plus haut point, à plus de titres assurément que celle de beaucoup d'autres chapitres de l'anatomie. Elle n'intéresse pas seulement les spécialistes, les neurologues ou les psychiâtres. Nul ne saurait aujourd'hui méconnaître le rôle prépondérant du système nerveux central dans toutes les modalités de la vie de l'homme normal, vie de relation, vie végétative, vie intellectuelle, non plus que l'action qu'il exerce sur la vie pathologique, dans toutes les maladies, en général, et pas seulement dans les maladies propres des centres nerveux.

Le professeur d'anatomie doit tenir compte, dans son enseignement, de tous ces éléments quelque peu contradictoires et déconcertants. Il ne lui est plus possible, bien certainement, de consacrer comme jadis tout un semestre à l'exposé de l'anatomie du système nerveux central. Il sait, d'autre part, que, faute de temps, la plupart des étudiants ne peuvent plus travailler dans ces beaux livres classiques où le sujet était traité dans toute son ampleur. Je me suis efforcé personnellement, depuis ces dernières années, de faire un cours suffisamment concis pour ne pas diminuer — dans une année scolaire unique, qui comporte tout juste huit mois d'études — la part nécessaire aux autres chapitres les plus importants de l'anatomie, mais assez développé cependant pour être complet. Je me suis abstenu délibérément de rester dans le cadre des généralités et des schémas. J'ai essayé, tout au contraire, en limitant un peu la partie purement descriptive, d'enseigner tous les éléments essentiels de cette anatomie et de les présenter suivant les conceptions actuelles de la science neurologique.

La principale difficulté d'un pareil programme, c'est de rester didactique, de ne pas rebuter les auditeurs par un exposé aride et diffus, et surtout de leur éviter cette sensation pénible — que l'on éprouve trop souvent à la lecture de certains ouvrages — de se trouver perdu dans un chaos d'éléments très dissemblables, dont on ne saisit pas les liens qui les rattachent les uns aux autres. C'est cette difficulté que je me suis efforcé de résoudre. Je n'oserais affirmer avec présomption que j'y suis parvenu. Les lecteurs en jugeront. Ce dont je suis certain toutefois, c'est que j'ai réussi à intéresser mes élèves, qui me l'ont fait savoir et qui m'ont demandé, à maintes reprises, de publier mon cours. La *Gazette des hôpitaux* me permet aujourd'hui de réaliser ce vœu.

L'étude du système nerveux central ne peut pas être, comme celle de la plupart des autres parties de l'anatomie, exclusivement descriptive et analytique. Dans un appareil, dont tous les éléments se tiennent, où l'excitation d'un seul neurone peut mettre en action une multitude d'autres neurones situés aux étages les plus distants du névraxe, il me paraît indispensable de faire ressortir constamment, au cours de son étude, les liens qui existent entre tous ses segments constitutifs. Il n'est pas possible de les isoler les uns des autres et de les présenter en tranches

distinctes et successives. Ceci implique la nécessité de réaliser à tout instant la synthèse aussitôt après l'analyse.

L'idéal, pour atteindre ce but, serait évidemment de trouver un fil directeur unique, qui permettrait d'adopter un plan uniforme d'étude de tous les centres nerveux. Ce fil directeur, la physiologie le tient — il nous servira d'ailleurs grandement en anatomie, et je lui consacre, à cet effet, la première leçon de mon cours : *c'est le neurone de Waldeyer*, dont les immortels travaux de Ramon y Cajal et de Van Gehuchten nous ont fait connaître les lois fondamentales, souvent discutées, mais, malgré les assauts, encore bien solides et lumineuses de clarté. En anatomie, nous ne le possédons pas encore. Il doit cependant exister : l'embryologie ne nous apprend-elle pas que le névraxe est primitivement identique dans toute son étendue? Pourquoi, dès lors, ne retrouverait-on pas dans les segments différenciés du tube nerveux les mêmes éléments essentiels, dont la morphologie et la topographie se seraient seulement modifiées, par suite de leur évolution différente?

A vrai dire, on suit très facilement ces transformations et l'on identifie assez aisément la plupart des éléments constitutifs de toute la portion inférieure du névraxe, depuis la base du cerveau jusqu'à la moelle épinière incluse. Nous verrons effectivement, dans la suite de ce cours, qu'il n'y a pas de différences considérables, malgré les apparences, entre une moelle, un bulbe rachidien, une protubérance et un pédoncule cérébral. Mais au delà, à partir de la région sous-optique, la transformation du névraxe semble anarchique, et c'est vraiment là que, faute d'un plan directeur, l'étudiant peut se croire perdu. Est-ce à dire que les jalons font défaut sur la route? Nullement; mais il faut s'employer à les bien mettre en lumière. Les ventricules du cerveau, les formations commissurales en sont des exemples frappants. Il en est de moins évidents que les travaux des anatomistes ont fait surgir : n'ont-ils pas réussi à identifier au cortex des formations qui en paraissaient *a priori* totalement différentes, tels l'indusium griseum, les stries de Lancisi, le corps godronné et le septum lucidum, et n'ont-ils pas permis de réaliser, pièce par pièce pour ainsi dire, ce lobe extraordinaire, rudimentaire pourtant chez l'homme, le rhinencéphale? Et voici que maintenant, peu à peu, jaillissent de l'ombre qui les enveloppait le *striatum* et le *pallidum*, que jadis Vieussens avait dénommés les *corpora striata* et que nos classiques contemporains savaient bien décrire, sans pouvoir toutefois nous renseigner sur leurs connexions.

Malheureusement, il reste encore bien des parties de l'anatomie des centres nerveux qui nous intriguent, parce que, par ailleurs, nous en connaissons imparfaitement la signification. C'est pourquoi l'étude synthétique de ces centres supérieurs ne peut se réaliser intégralement. Malgré tout, on peut, avec les éléments certains que nous possédons, s'y retrouver; et si, dans ce segment du névraxe, l'étude analytique et l'étude synthétique ne peuvent se superposer aussi rigoureusement que dans les segments sous-jacents, nous avons la possibilité de dégager, dans leur ensemble, les connexions essentielles que nous rencontrerons dans le cerveau.

Ce sont ces directives que je me suis imposées pour enseigner à des étudiants de première année une anatomie du système nerveux qui leur soit vraiment utile.

ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

I

LE NEURONE AXE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

C'est en 1891 que Waldeyer, décrivant la cellule nerveuse, lui a donné le nom de *neurone*. Bechterew, dans son *Traité des voies de conduction du cerveau et de la moelle*, souligne l'importance du travail de Waldeyer : « La cellule, avec l'ensemble de ses prolongements, dit-il, forme un tout, un élément dont l'individualité, démontrée par His, a été traduite par le terme de neurone que créa Waldeyer... Elle est l'élément nerveux fondamental. »

Cette notion qui peut vous paraître aujourd'hui banale, ne s'impose pas cependant de prime abord à celui qui entreprend l'étude du système nerveux central.

Un examen superficiel lui montre sans doute la substance nerveuse formée seulement de deux éléments distincts :

La substance grise, essentiellement constituée par les cellules nerveuses, qui tantôt s'étalent en couches superposées à la surface du cerveau et du cervelet pour en former le *cortex*, ou tantôt se groupent, s'agglomèrent pour constituer les *noyaux gris centraux*.

La substance blanche, représentée par les prolongements cellulaires qui deviennent les *fibres nerveuses* et se groupent en faisceaux compacts.

Mais cette impression première de simplicité disparaît et fait place à la plus étonnante complexité dès qu'on prend le microscope pour examiner la structure de ces substances grise et blanche, apparemment identiques cependant dans toutes les portions du névraxe. Les cellules se présentent sur les coupes avec les formes et les dimensions les plus diverses. Que de dissemblances entre les cellules pyramidales géantes de certaines parties de l'écorce, presque visibles à l'œil nu, ou les cellules de Purkinje, ou bien encore les cellules de Golgi avec leur abondante et extraordinaire chevelure, et les minuscules grains du cervelet, et aussi que d'intermédiaires disparates.

Les fibres elles-mêmes ne sont pas davantage uniformes. Sans parler des arborisations dendritiques, qui revêtent des aspects très divers, les cylindraxes ne sont pas tous semblables, et l'on doit, pour le moins, distinguer les fibres myéliniques des fibres sans myéline.

Un dernier élément apparaît enfin, qui joue un rôle si important dans l'architecture des centres nerveux : *la névroglie*.

La doctrine du neurone établit l'ordre dans ce

chaos. Nous avons dit que His et Waldeyer avaient réalisé l'unité anatomique et embryologique de la cellule nerveuse; Ramon y Cajal et Van Gehuchten en ont démontré l'unité physiologique. Ce sont ces deux notions fondamentales que je désire bien mettre en clarté dès le début de ce cours sur le système nerveux central.

A. Unité anatomique et embryologique du neurone. — L'embryologie du système nerveux est, à cet effet, particulièrement intéressante à étudier dans les tout premiers stades du développement de l'embryon.

Nous y voyons tout d'abord la *plaque médullaire* primitive, formée aux dépens de l'ectoderme, se transformer en gouttière puis en un tube creux, qui se sépare définitivement de l'épiderme.

Ce *tube médullaire*, étendu d'une extrémité à l'autre de l'embryon, ne renferme primitivement que des cellules identiques, *cellules neuro-épithéliales*, disposées autour d'un canal central, le *canal épendymaire*.

Or voici le fait intéressant. Au milieu des cellules neuro-épithéliales, apparaissent bientôt des cellules différenciées, les *cellules germinatives*. On admettait naguère qu'il s'agissait là d'éléments spéciaux, d'où allaient naître les cellules nerveuses et les cellules de la névroglie tandis que des cellules épithéliales dériverait la charpente épendymaire. Ce n'était pas tout à fait exact, et c'était contraire à l'unité anatomique du système nerveux.

Il paraît aujourd'hui très établi que les cellules germinatives ne sont pas autre chose que des cellules épithéliales *jeunes* et que ce sont elles, par conséquent, qui vont engendrer la totalité des cellules nerveuses, aussi bien les cellules nerveuses proprement dites, avec leurs prolongements, dendritiques et cylindraxiles, que les cellules de la névroglie ou de l'épendyme.

Le tube médullaire primitif subira par ailleurs bien d'autres transformations, qui auront pour résultat de donner à l'appareil nerveux son aspect définitif. Nous étudierons dans le prochain chapitre les plus importantes de ces modifications. Je me bornerai présentement à vous décrire celles qui ont permis d'affirmer l'unité anatomique des cellules nerveuses.

Les cellules germinatives, qui ne sont, je le répète, que des cellules épithéliales jeunes et actives, cessent, à un moment donné, de produire des cellules épithéliales. Elles vont former souche de deux éléments nouveaux et nettement différenciés :

D'une part, les *neuroblastes*, d'où dériveront toutes les cellules des centres nerveux, la totalité des *neurones*. Ces cellules se caractérisent dès l'origine par le prolongement qu'elles émettent et qui deviendra le cylindraxe. Plus tard, elles pousseront d'autres prolongements et prendront, suivant le segment du névraxe où elles se trouvent, les formes et les aspects les plus divers;

D'autre part, les *spongioblastes*, qui donnent naissance aux *cellules épendymaires* et aux *cellules névrogliques* : les premières sont rassemblées autour de la cavité centrale du névraxe; les autres ont une morphologie très diverse et se disséminent dans l'épaisseur des centres nerveux, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche.

En définitive, et sans aucun doute possible, tous les éléments cellulaires que l'on rencontre dans le névraxe ont une origine commune; toutes dérivent des cellules épithéliales du tube médullaire primitif. Telle est la première des propositions qu'il s'agissait de bien mettre en relief.

Nous ajouterons — deuxième proposition — que toutes les cellules nerveuses présentent les mêmes caractères anatomiques essentiels et que l'on peut, en conséquence, les ramener toutes à un type commun.

La plupart des anatomistes ont l'habitude de décrire dans des chapitres séparés les cellules et les fibres nerveuses. Je pense que c'est une erreur. Comme je le montrerai bientôt, les fibres nerveuses ne sont en réalité qu'un des éléments de la cellule, un de ses prolongements. On doit donc logiquement — et c'est ce que je compte faire — les étudier avec les cellules.

Dans toute cellule nerveuse, on distingue un noyau, un corps cellulaire et des prolongements. De ces divers éléments, je n'envisagerai ici que l'essentiel, c'est-à-dire ce qui intéresse strictement l'anatomie. Le détail appartient au domaine de l'histologie.

a. *Le noyau* ne présente aucune particularité qui mérite de nous arrêter spécialement. Il est généralement unique, exceptionnellement double, et possède un centrosome volumineux.

b. *Le corps cellulaire*, en revanche, nous offre à étudier deux éléments de première importance, la chromatine et les neurofibrilles, dont la connaissance est due en grande partie à Nissl : c'est en effet par la méthode de coloration au bleu de méthylène, dite méthode de Nissl, qu'il a été possible de parfaire les notions très incomplètes et souvent erronées que l'on possédait antérieurement sur la structure des cellules nerveuses. Elle a permis de distinguer, dans le protoplasma cellulaire, les éléments qui se colorent par le bleu de méthylène, les *éléments chromatiques*, de ceux qui ne prennent pas la coloration, les *éléments achromatiques*.

Les éléments chromatiques dominants, comme aussi les plus importants, sont les *grains de Nissl*, ou grains de chromatine (1). Leur nombre, leurs dimensions, leurs dispositions dans le corps cellulaire sont éminemment variables. On les trouve, non seulement dans le protoplasma, mais également dans les prolongements du neurone, *à l'exception toutefois de l'axone*. Les grains de chromatine n'existeraient pas cependant dans toutes les cellules nerveuses, par exemple dans certaines cellules du cervelet.

On sait aujourd'hui que la chromatine est un aliment de réserve, qui se consomme en proportion de l'activité cellulaire.

---

(1) Divers auteurs les dénomment encore grains chromophiles, corps tigroïdes.

Indépendamment de la chromatine, il y a lieu de mentionner des éléments chromatiques accessoires : la graisse, et surtout le *pigment.* C'est ce dernier qui donne à la substance grise sa teinte caractéristique; certains noyaux du névraxe, très foncés, tels le locus niger, le corps de Luys, le noyau rouge de Stilling, sont particulièrement riches en pigment.

Les éléments achromatiques sont représentés par les *neurofibrilles.* Découvertes par Remak, elles ont été surtout étudiées par Cajal, Apathy et Bethe; elles ont donné lieu à d'innombrables travaux et à de passionnantes discussions.

Les neurofibrilles sont véritablement, comme on l'a dit, l'élément spécifique du neurone, car c'est indiscutablement par elles que se transmet l'influx nerveux.

On les trouve dans toutes les parties de la cellule, aussi bien dans le corps cellulaire que dans ses prolongements. Il en est des *courtes* et des *longues*, et leurs dispositions sont excessivement variables.

On les distingue en *filaments primaires*, longs, fasciculés, traversant de part en part la cellule, passant d'un prolongement à un autre, voisin ou plus éloigné ; et en *filaments secondaires,* plus minces, formant un réseau de mailles serrées, tendu entre les filaments primaires, plus fourni généralement, mais pas nécessairement, au centre de la cellule, tout autour du noyau.

Il paraît bien établi aujourd'hui que les neurofibrilles sont toutes indépendantes les unes des autres. Malgré l'affirmation contraire de Bethe et d'Apathy, malgré les images impressionnantes que produisent ces auteurs pour étayer leurs assertions, la majorité des anatomistes contemporains admettent qu'il n'existe point d'anastomoses entre les neurofibrilles ; *il y a seulement contact entre elles.* A fortiori, il ne saurait y avoir passage de neurofibrilles d'une cellule à une autre, comme le prétendent encore les deux savants hongrois. Nous verrons, dans un instant, la portée considérable de cette notion fondamentale.

c. *Les prolongements* qui se détachent du neurone sont de deux sortes : les prolongements dendritiques ou *dendrites*, et le prolongement cylindraxile ou *axone*.

1. Dendrites. — Variables par leur nombre, par leur forme, par leur calibre, par leur longueur, par leurs expansions terminales, les dendrites sont des prolongements qui se séparent de la cellule et s'épanouissent en un chevelu plus ou moins compliqué. Il est donc impossible de faire une description uniforme ni même d'établir un type schématique de ces arborisations qui donnent le plus souvent à la cellule nerveuse un aspect caractéristique : les cellules de Golgi, les cellules de Purkinje en sont des exemples.

Ce qu'il importe surtout de savoir c'est que les dendrites renferment, comme le protoplasma cellulaire, des neurofibrilles et des grains de chromatine. Ils servent donc incontestablement — et nous verrons bientôt comment — à la conduction de l'influx nerveux.

2. Axone. — C'est le nom que les neurologues modernes donnent à ce prolongement spécial du neurone dont Deiters, en 1865, précisa l'individualité. Comme les dendrites, il renferme des neurofibrilles, par lesquelles passera l'influx nerveux. Par contre, il ne contient pas du tout de chromatine, et c'est ce qui permet de le reconnaître immédiatement sur une coupe colorée par la méthode de Nissl.

L'axone, encore appelé cylindraxe ou prolongement de Deiters, est toujours unique. Il naît habituellement du corps cellulaire. Parfois, cependant, l'axone se détache de la cellule en même temps qu'un dendrite avec lequel il semble faire un tronc commun : c'est le cas des cellules en T des ganglions juxtamédullaires. Plus rarement, le cylindraxe apparaît à distance de la cellule ; il se détache d'une arborisation dendritique, dont il semble être une branche. Je vous signale ces faits, parce qu'ils ont pendant quelque temps troublé les anatomistes qui pouvaient croire à des exceptions aux règles générales qu'ils observaient partout ailleurs.

Les axones, comme les dendrites, sont de longueurs très variables; ils se terminent aussi de manières très diverses : chevelu arborescent, massues, anneaux, etc.

Les axones, enfin, peuvent émettre des collatérales. Les recherches des auteurs contemporains nous font même connaître que ces collatérales sont infiniment plus nombreuses et plus importantes qu'on ne le supposait jadis.

d. *Fibres nerveuses.* — L'étude des fibres nerveuses, ai-je dit antérieurement, ne devrait pas, à proprement parler, se séparer de celle des prolongements du neurone puisque, en définitive, les fibres ne sont pas autre chose que des prolongements, dendrites ou axones.

Néanmoins, ils se singularisent et méritent par conséquent leur différenciation, d'abord par leur topographie, ensuite parce qu'ils s'adjoignent des éléments nouveaux qui modifient leur structure histologique.

Les prolongements qui deviendront des fibres sont, en effet, ceux qui s'éloignent à distance de la cellule, se groupent en faisceaux pour former la substance blanche des centres nerveux, ou bien encore se détachent du névraxe pour devenir des nerfs.

Par ailleurs, ces prolongements, sauf toutefois ceux de la substance blanche du névraxe, se revêtent d'une gaine conjonctive, probablement de nature névroglique (Nageotte), la *gaine de Schwann.*

D'autres, en outre, s'entourent d'une substance graisseuse, la *myéline.* C'est du reste cette gaine de myéline qui leur confère la blancheur éclatante qui les caractérise.

Il existe donc, en somme, deux types principaux de fibres nerveuses : les *fibres à myéline* qui représentent la grande majorité des fibres des centres nerveux et des nerfs périphériques, et les *fibres amyéliniques* ou *fibres de Remak.* Ces dernières appartiennent surtout au système du grand sympathique, d'où le nom de *fibres sympathiques* qui leur est encore donné.

Parce que trop d'auteurs classiques négligent de le préciser, on croit communément que les fibres nerveuses sont exclusivement composées de cylindraxes. Je ne crois donc pas inutile de répéter que les fibres nerveuses peuvent être indifféremment des axones ou des dendrites, et nous allons en voir sous peu la raison. Un exemple concret, le plus démonstratif peut-être, est celui que nous fournissent les nerfs mixtes, quels qu'ils soient. Tous sont formés de fibres en apparence semblables, que rien ne paraît histologiquement différencier. Et pourtant, les unes, les fibres motrices, sont des axones; les autres, les fibres sensitives, sont des dendrites.

B. **Unité physiologique du neurone.** — C'est à peu près simultanément et d'une manière tout à fait indépendante que Ramon y Cajal en 1891, et Van Gehuchten en 1892, furent amenés par leurs travaux personnels à établir les lois fondamentales qui régissent le fonctionnement du neurone, et par conséquent du système nerveux tout entier, qui est, suivant l'expression de Testut, un composé de neurones.

La première de ces lois, la plus essentielle, celle que Cajal et Van Gehuchten ont dénommée *loi de polarisation dynamique*, établit le sens de l'influx nerveux; et elle est applicable à toutes les cellules nerveuses indistinctement, quelle que soit leur morphologie, quelle que soit la disposition de leurs prolongements protoplasmiques. Je fais allusion tout spécialement à ces cellules en T ou à celles dont le cylindraxe paraît se détacher d'un dendrite, dont il a été question précédemment.

La transmission de l'influx nerveux se fait des dendrites et du corps cellulaire vers l'axone. L'influx est, en conséquence, *cellulipète dans les prolongements dendritiques*; *il est cellulifuge dans l'axone.*

Une deuxième loi, qui découle partiellement de la première, établit les rapports des neurones entre eux. *Le principe fondamental de cette loi c'est l'indépendance absolue des neurones,* qui n'ont entre eux que des rapports de contiguité. Tous les prolongements cellulaires sans exception, axones ou dendrites, ont des extrémités libres. Ils ne fournissent pas d'anastomoses. Il n'y a, par conséquent, jamais de continuité entre les prolongements cylindraxiles ou dendritiques de deux neurones différents. Il n'existe pas de « réseau nerveux », comme le supposaient jadis Gerlach et Golgi. La transmission de l'influx nerveux d'un neurone à un autre est le résultat d'un ébranlement des terminaisons nerveuses qui mettent en regard les ramifications de leurs dendrites ou de leurs axones, parfois le corps cellulaire lui-même. Il s'établit ainsi entre les neurones de véritables articulations dont le type varie suivant les parties qui entrent en relation : *articulations interdendritiques, articulations axo-dendritiques, articulations axo-somatiques.*

D'après cette conception du neurone, le corps cellulaire représente le centre trophique qui tient sous sa dépendance les prolongements qui en émanent. L'expérimentation et la clinique ont pleinement confirmé cette manière de voir : *la dégénérescence wallérienne*, c'est-à-dire la dégénérescence du bout périphérique d'un prolongement sectionné, constatée par Waller en 1850, en est l'expression éclatante. On sait par ailleurs que le neurone tout entier se ressent et souffre de l'injure faite à l'un de ses éléments constitutifs.

Les prolongements sont essentiellement les conducteurs de l'influx nerveux. Nous savons que celui-ci est cellulipète dans les dendrites, cellulifuge dans les axones. Dès lors, il est facile de se représenter le mécanisme d'un mouvement volontaire et celui d'une impression sensitive, qui sont les deux expressions fondamentales de l'activité des centres nerveux.

a. *Mouvement volontaire.* — L'impulsion nerveuse, partie d'une des cellules pyramidales de la zone motrice de l'écorce cérébrale, se transmet à l'axone et arrive à l'un des noyaux moteurs qui se rencontrent dans le bulbe ou dans la corne antérieure de la moelle épinière. Les ramifications terminales de l'axone entrent là en contact avec les dendrites d'une cellule radiculaire (articulation axo-dendritique) ;

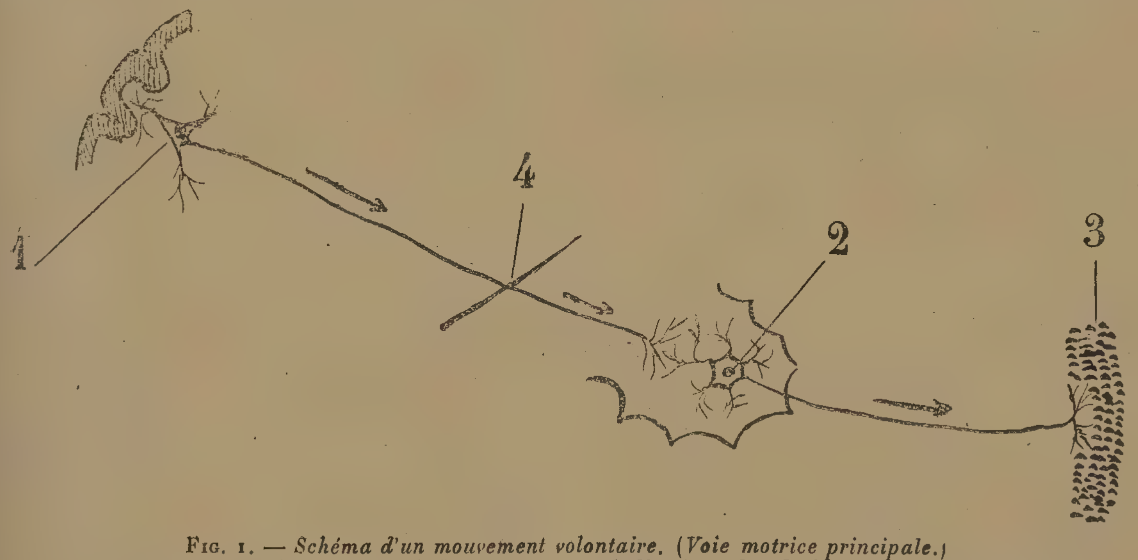


FIG. 1. — *Schéma d'un mouvement volontaire. (Voie motrice principale.)*
(Le sens de l'influx nerveux est indiqué par les flèches.)
1. Cellule pyramidale de la zone motrice de l'écorce cérébrale. — 2. Cellule radiculaire de la corne antérieure de la moelle. — 3. Muscle strié. — 4. Entrecroisement moteur.

l'influx nerveux passe dans le corps cellulaire, puis dans l'axone, qui pénètre dans un nerf et se propage jusqu'à la terminaison de ce dernier dans la plaque motrice d'un muscle, qui entre ainsi en contraction (fig. 1).

Ceci n'est pas simplement un schéma; c'est exactement ce que nous observerons quand nous étudierons la voie motrice principale, la voie pyramidale.

Pour être complet, il faut ajouter que le cylindraxe de cette cellule pyramidale peut émettre des collatérales en nombre important. Il est facile de concevoir que, de ce fait, l'influx nerveux ne se transmettra pas seulement à une seule cellule radiculaire, bulbaire ou médullaire, mais encore à toutes les cellules des différents étages du névraxe avec lesquelles les terminaisons de ces collatérales entreront en contact.

Ce simple énoncé donne déjà un aperçu de la complexité des fonctions nerveuses, même de celles qui paraissent les plus simples de prime abord.

b. *Impression sensitive.* — L'impression part ici de la périphérie, admettons d'un point quelconque du revêtement cutané. L'influx nerveux va se propager au corps cellulaire d'un neurone, qui siège dans le ganglion de la racine postérieure d'un nerf rachidien. Le filet nerveux qui transmet l'influx est donc ici, d'après la loi de polarisation dynamique, un dendrite : ceci confirme bien ce que j'ai dit précédemment au sujet des fibres nerveuses.

L'influx passe ensuite dans l'axone de la cellule ganglionnaire et remonte vers un nouveau relais ganglionnaire, un noyau situé dans le bulbe rachidien, de là, par l'intermédiaire d'une articulation axo-dendritique, il se transmettra à un nouveau neurone et à un nouvel axone; par relais successifs,

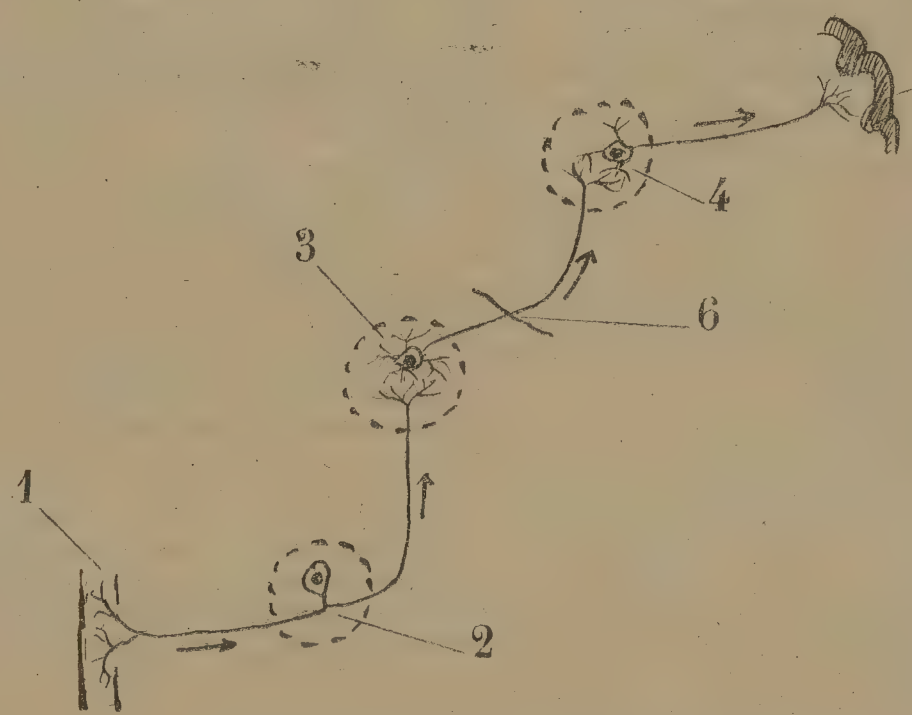


Fig. 2. — *Schéma d'une impression sensitive. (Voie sensitive principale.)*
(Le sens de l'influx nerveux est indiqué par les flèches.)
1. Peau. — 2. Cellule ganglionnaire d'un ganglion de la racine postérieure d'un nerf rachidien. 3. Cellule ganglionnaire d'un noyau bulbaire. — 4. Cellule ganglionnaire de la couche optique. — 5. Écorce cérébrale (zone sensitive). — 6. Entrecroisement sensitif.

l'impression sensitive aboutira aux ramifications terminales d'un axone, qui s'épanouissent dans la zone sensitive de l'écorce du cerveau (fig. 2).

Cette description est la représentation assez exacte de la voie sensitive de la voie principale. Elle est seulement simplifiée, parce que, ici encore, il faut considérer que les divers axones des cellules qui s'étagent de la périphérie à l'écorce cérébrale abandonnent tous des collatérales nombreuses.

c. *Mouvement réflexe simple.* — Associez les deux modalités de la transmission de l'influx nerveux que nous venons d'étudier; supposez que le neurone sensitif qui a recueilli l'impression périphérique s'articule avec un neurone moteur. L'influx nerveux, au lieu de remonter vers les centres supérieurs, passera dans l'axone de la cellule motrice et déterminera la contraction du muscle auquel il aboutit (fig. 3). C'est ainsi que s'explique le mouvement réflexe, c'est-à-dire un mouvement provoqué par une impression sensitive, sans la participation des centres nerveux supérieurs.

Ce réflexe élémentaire n'existe, à vrai dire, tel que je viens de le décrire, que chez les êtres tout à fait inférieurs. Chez les vertébrés supérieurs, et a fortiori chez l'homme, les réflexes sont infiniment plus compliqués, en raison précisément de la multiplicité des centres auxquels se communique simultanément l'influx nerveux par les collatérales des axones moteurs et sensitifs. Il n'en est pas moins vrai que le substratum fondamental du réflexe est celui qui vient d'être indiqué.

Telles sont, dans leur ensemble, les grandes lois qui président au fonctionnement du neurone. Quels

que soient la forme, les dimensions, le siège de la cellule nerveuse, le fonctionnement en est uniforme. Aussi — et c'est là peut-être l'application pratique la plus importante de ces lois — le sens de la transmission de l'influx nerveux dans un faisceau déterminé se déduira-t-il toujours de la direction des axones et des arborisations qu'il renferme. La connaissance de ces lois est indispensable pour l'étude de la systématisation des centres nerveux, pour la classification des faisceaux (faisceaux ascendants, faisceaux descendants, faisceaux d'association...)

Est-ce à dire toutefois que la théorie du neurone puisse être assimilée à l'une de ces lois mathématiques qu'on enseigne en algèbre ou en géométrie? Nul n'oserait le prétendre, et les neurologues modernes la considèrent essentiellement comme une hypothèse.

Bien mieux, certains auteurs ont nié délibérément sa réalité. Des objections sérieuses lui ont été faites, que je ne puis passer sous silence, sous peine d'omission grave. D'autres théories lui ont été opposées. Je ne ferai que citer la théorie du réseau péricellulaire de Held et celle du réseau nerveux de Nissl. Par contre, il y a lieu de s'arrêter aux travaux d'Apathy et de Bethe, qui constituent le plus rude assaut qu'ait subi, depuis son apparition, la doctrine du neurone.

L'attaque est basée, à la fois sur un fait anatomique et sur une constatation physiologique. En anatomie, c'est l'affirmation que les neurofibrilles s'anastomosent entre elles et passent indifféremment d'une cellule nerveuse à une cellule voisine. En physiologie, c'est l'expérience célèbre de Bethe sur les cellules ganglionnaires du nerf antennaire de *Carcinus monas*. Les conclusions de ces deux auteurs nous ramènent — en les rajeunissant — aux conceptions anciennes de Gerlach et de Golgi, de la continuité de l'influx nerveux. Pour eux, les neurofibrilles sont indépendantes du corps cellulaire, dont le rôle est réduit à celui d'un élément de batterie branchée sur un circuit électrique. Anastomosées entre elles, elles constituent un circuit ininterrompu, un vaste réseau fermé de toutes parts dans lequel circule l'influx nerveux.

Le malheur est que les constatations anatomiques, comme les expériences des savants hongrois sont sujettes à interprétation et qu'elles ont été contestées. Leurs conclusions ne sauraient être considérées comme vraies. Elles ne suffisent pas à détruire les fondements solides et dûment vérifiés sur lesquels repose la théorie du neurone.

Celle-ci reste donc, jusqu'à plus ample informé, la loi qui régit le système nerveux. Si elle n'a pas toute la rigueur des lois mathématiques, si elle n'explique pas tous les problèmes que soulève l'étude de cet appareil extraordinairement complexe qu'est le système nerveux, elle est du moins conforme à la réalité des aits. Elle suffit dans une large mesure à éclairer le mécanisme de la transmission de l'influx nerveux. Elle réalise surtout l'unité physiologique de la cellule nerveuse, dont nous avons, par ailleurs établi l'unité anatomique.

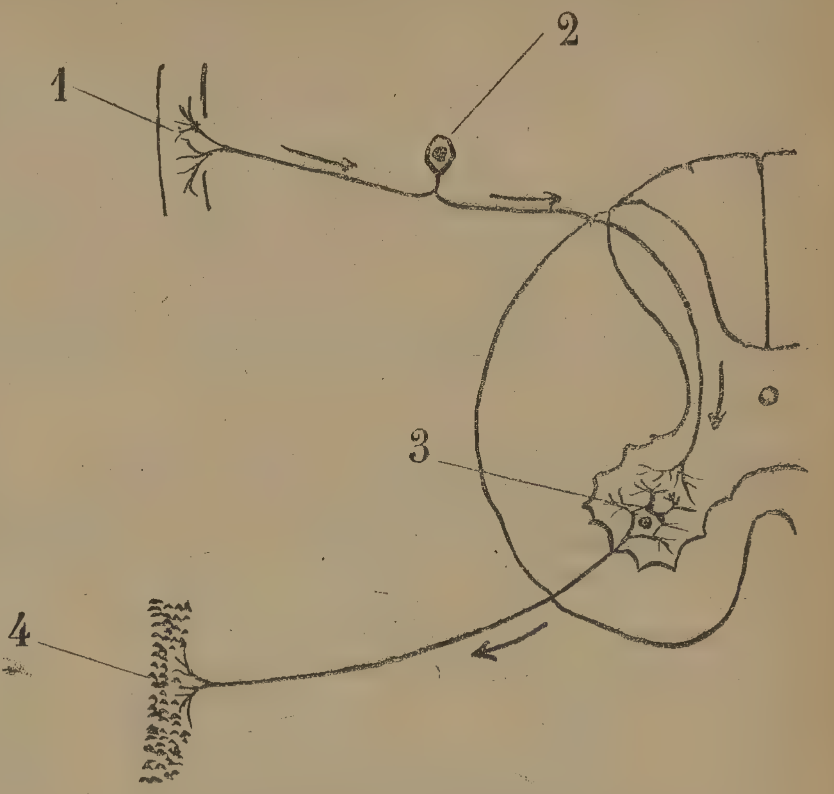


Fig. 3. — *Schéma d'un mouvement réflexe simple.*
(Le sens de l'influx nerveux est indiqué par les flèches.)
1. Peau. — 2. Cellule ganglionnaire d'un ganglion de la racine postérieure d'un nerf rachidien. — 3. Cellule radiculaire de la corne antérieure de la moelle. — 4. Muscle.

Son étude doit normalement prendre place au début d'un cours sur le système nerveux central. Elle sera le phare vers lequel il faudra constamment se tourner pour ne pas perdre sa route au milieu des éléments complexes que nous rencontrerons parfois au cours de notre étude.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

De l'angoisse à l'extase. Etudes sur les croyances et les sentiments. (Travaux du laboratoire de psychologie de la Salpêtrière). — Tome second : *Les sentiments fondamentaux* (1), par le docteur Pierre Janet, membre de l'Institut, professeur de psychologie au collège de France.

La plupart des auteurs qui ont étudié les mystiques ont insisté sur le rôle des sentiments : « Il s'agit, avant tout, disait M. Schuré, d'une illumination intérieure qui donne une sorte de félicité inconnue pareille à la délivrance d'un captif. » Quand les critiques protestent contre l'interprétation des extases comme une sorte de somnambulisme, ils n'insistent pas seulement sur l'absence après l'extase des troubles de la mémoire, mais aussi sur « l'absence dans les somnambulismes ordinaires de cette joie profonde qui est l'essentiel de l'extase ». L'auteur a, d'ailleurs, longuement insisté sur « ce bonheur perpétuel et quelquefois sublime » qui donnait aux

(1) Un volume grand in-8 de 671 pages. — Prix : 80 fr. — Paris, Félix Alcan.

extases de Madeleine, la malade intéressante du premier volume, un caractère si frappant. C'est ce sentiment de joie étendu sur toutes les idées qui déterminait les modifications les plus curieuses de la pensée, la conviction d'intellection, la conviction de merveilleuse pureté morale et la participation à la vie divine.

L'étude des sentiments chez la malade n'a pas été faite isolément; elle a été, au contraire, une occasion pour réunir et comparer d'autres observations qui peuvent l'éclairer. Naturellement, il est juste d'examiner à ce propos ces malades, classiques aujourd'hui, qui présentent des oscillations assez régulières des sentiments de tristesse et de joie, que l'on rattachait autrefois dans les descriptions françaises aux psychoses à double forme et qui sont désignés dans les ouvrages de Kraepelin sous le nom de psychose maniaque dépressive.

A côté de ces observations, M. Pierre Janet a étudié également un groupe de malades, analogues peut-être au fond, mais dont l'aspect clinique est différent, surtout dans les premières années de la maladie.

Dans la première partie de cet important ouvrage, l'auteur pose le problème des sentiments en rappelant les diverses conceptions des sentiments, ainsi que leurs difficultés et en analysant un sentiment très intéressant pour le psychologue, le sentiment du vide, qui peut indiquer une méthode d'étude. La deuxième partie examine à ce point de vue les quatre sentiments élémentaires de l'effort, de la fatigue, de la tristesse et de la joie. La troisième partie étudie quelques formes secondaires des sentiments quand l'action à laquelle ils se rattachent devient moins visible, à propos des émotions proprement dites et des béatitudes; elle étudie les combinaisons des divers sentiments dans le calme et les transformations des sentiments dans leur évolution. L. G.

Les Hypotensions aiguës et subaiguës (1), par M.-A. DUMAS, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

I. *Etude générale.* — Evolution de la question. Pathogénie. Classification. Mécanisme. Données expérimentales.

II. *Etude sémiologique.* — Symptômes à manifestations extracirculatoires. Symptômes intéressant l'appareil cardiovasculaire. Etiologie. Variétés symptomatiques.

III. *Etude clinique.* — Les hypotensions aiguës ou subaiguës au cours des maladies infectieuses, des affections cardiaques, de certaines affections viscérales, des maladies du système nerveux, des états de chocs. Les hypotensions d'origine endocrinienne. L'évolution tensionnelle. L'insuffisance tensionnelle.

IV. *Diagnostic. Traitement.* L. G.

Les Enigmes de l'histoire (2), par le docteur CABANÈS.

Nous recevons un volume posthume de notre regretté confrère et ami Cabanès.

Avec sa méthode habituelle l'éminent historien médical a étudié un certain nombre d'énigmes; s'appuyant sur sa prodigieuse documentation, il a examiné ces faits troublants avec son remarquable esprit critique et les a exposés avec son talent si attachant.

C'est ainsi qu'au milieu de nombreux chapitres d'un très grand intérêt, Cabanès recherche si Raphaël est mort de la Fornarina, il rapporte de nouveaux détails sur la mort de Gabrielle d'Estrées, de Vatel, du chevalier de la Barre, de l'abbé Prévost, de Voltaire, du député Baudin.

(1) Un volume de 164 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8, 48 illustrations. — Prix : 20 fr. — Paris, Albin Michel

Au sujet d'Adrienne Lecouvreur, du chevalier d'Eon, de Mme Récamier et de tant d'autres, il s'attache à résoudre les énigmes qui ont passionné les chercheurs.

Ce nouveau livre confirme la valeur du grand historien médical, il est digne de l'œuvre immense laissée par notre regretté ami. F. L. S.

Les Plexus choroïdes. Anatomie. Physiologie. Pathologie (1), par Mme le docteur Nathalie ZAND. Préface du professeur ROUSSY.

Cette monographie traite d'un sujet d'actualité à l'heure où la chirurgie cérébrale permet d'étudier, mieux qu'on ne pouvait le faire jusqu'ici, le fonctionnement des plexus choroïdes dont le rôle est encore discuté.

Avec toute sa compétence, l'auteur expose en une étude d'ensemble l'anatomie, la physiologie et la pathologie des plexus choroïdes.

Dans son étude anatomique, elle considère l'arachnoïde comme une membrane conjonctive unique, intimement liée à la pie-mère et formant la couche conjonctive des plexus choroïdes.

Au point de vue physiologique, l'auteur expose en détails la question encore controversée du mécanisme de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur s'est attaché encore à l'étude de la nature des cellules arachnoïdiennes que l'on trouve dans la trame conjonctive des plexus.

L'ouvrage se termine par une importante étude consacrée à la pathologie des plexus choroïdes en même temps qu'à celle de l'épithélium épendymaire.

Le lecteur trouvera là un bon exposé des diverses altérations que peut présenter l'épithélium choroïdien ou épendymaire au cours des processus morbides, en particulier des faits nouveaux et intéressants sur les altérations dans les affections mentales comme la schizophrénie.

Ce livre, qui comprend des vues nouvelles et personnelles, rendra de grands services aux physiologistes et neurologistes qui voudront entreprendre de nouvelles recherches sur le rôle des plexus choroïdes à l'état normal et pathologique. L. G.

(1) Un volume de 140 pages, avec 39 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Diagnostic des angines aiguës (1), par A.-B. MARFAN, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

L'auteur s'est proposé de montrer dans ce petit ouvrage que, en cas d'angine aiguë, on peut presque toujours, lors du premier examen, décider avec les seules données de l'exploration clinique, s'il faut ou s'il ne faut pas injecter tout de suite du sérum antidiphtérique. Le second objet de cette étude est de faire une revision de la nosographie des angines aiguës, dont certaines parties paraissent à l'auteur devoir être mieux précisées et d'autres modifiées, en particulier celles qui concernent l'angine dite herpétique.

Ce travail permettra au médecin de savoir reconnaître les différentes espèces d'angines aiguës; de ce diagnostic souvent difficile découlent des conséquences capitales pour la thérapeutique et la prophylaxie. L. G.

(1) 94 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

Survenant surtout *chez l'adulte*, elles réalisent une complication fréquente de la diphtérie.

C'est un accident *tardif*, au cours des formes bénignes insuffisamment traitées de la diphtérie; *précoce* au cours des formes graves.

Dans tous les cas, la paralysie débute dans la région où siégeaient les fausses membranes : c'est dire que la paralysie du voile sera de beaucoup la plus fréquente.

Les paralysies diphtériques peuvent être localisées ou généralisées.

SYMPTOMES

I. Formes localisées. — *A.* **Paralysie du voile.** — Elle apparaît de dix à vingt jours après la guérison d'une angine banale à convalescence traînante avec pâleur, asthénie, albuminurie. L'attention est attirée par des troubles de la phonation (VOIX NASONNÉE avec impossibilité de prononcer certaines consonnes); troubles de la déglutition (l'enfant avale de travers, boit en portant la tête en arrière, tandis que les liquides, surtout les liquides tièdes, sont rejetés par le nez). Accessoirement, le ronflement pendant le sommeil, l'impossibilité de souffler, de siffler, l'hypoacousie viennent compléter cet ensemble caractéristique. Chez le nourrisson, l'impossibilité de la succion constitue une complication grave.

Ces signes prouvent l'existence d'une *paralysie de toute la gorge* que vient confirmer l'examen physique. Celui-ci montre le voile du palais et la luette tombant flasques et immobiles, oscillant passivement suivant la respiration, si l'on pince le nez. Le voile est *anesthésié*, et il y a *abolition du réflexe nauséeux.*

Parfois, la paralysie est *partielle* : voile parésié, réflexe nauséeux conservé; parfois hémiparalysie.

En présence de tels signes, il faut rechercher l'antécédent d'une angine, une adénopathie cervicale, et faire un ensemencement du mucus pharyngé.

L'*évolution* de cette paralysie se fait vers la *guérison* en deux à trois semaines.

B. **Paralysie du larynx.** — Succède au croup. Presque toujours elle atteint les *constricteurs* : la voix s'éteint, et si l'enfant est tubé, le rejet du tube nécessite la trachéotomie. Il est rare qu'il s'agisse d'une paralysie des dilatateurs avec dyspnée et tirage nécessitant une trachéotomie.

Ces paralysies localisées peuvent préluder à une paralysie généralisée dont il faudra toujours rechercher les signes.

II. Formes généralisées. — Les plus fréquentes sont de beaucoup les paralysies oculaires et celles des membres inférieurs.

A. **Paralysie oculaire.** — Il s'agit avant tout d'une *paralysie de l'accommodation* avec conservation de la vision à distance tandis que la vision rapprochée est impossible. Le *muscle irien est dans la règle épargné*, et il n'est pas juste de parler de signe d'Argyll inversé. Il est très exceptionnel que ce muscle irien soit atteint. Les troubles de la musculature externe sont également très rares, et dans ce cas c'est surtout la VIe paire qui est paralysée.

Paralysie du voile, paralysie de l'accommodation forment un ensemble quasi-caractéristique de la diphtérie.

Les paralysies oculaires sont fugaces, parcellaires, curables en dix à quinze jours, mais l'accommodation peut rester paresseuse pendant plusieurs mois.

B. **Paralysie des membres inférieurs.** — Tardive, elle apparaît alors que celle du voile est parfois guérie. Elle est *très souvent latente* et l'aréflexie achilléenne et rotulienne est parfois une découverte d'examen. C'est dire qu'il faut la rechercher systématiquement.

Dans sa forme moyenne, elle est annoncée par des paresthésies des membres inférieurs. Plutôt que paralysie il y a *parésie diffuse* prédominant cependant sur les raccourcisseurs de l'extrémité distale, ce qui fait que le malade marche en traînant les pieds, si la marche est possible.

L'aréflexie achilléenne et rotulienne est le signe le plus constant et le plus persistant. La sensibilité objective est assez peu troublée. Il peut cependant exister de l'hypoesthésie surtout plantaire, des troubles de la sensibilité profonde. Lorsque ces derniers sont au maximum, c'est le *pseudo-tabes diphtérique* où l'incoordination, l'aréflexie et les troubles oculaires peuvent simuler grossièrement le tabes.

Il n'y a ni amyotrophie ni réaction de dégénérescence, et la guérison survient sans séquelles en quelques mois.

C. **Localisations rares.** — Elles peuvent atteindre : 1. les membres supérieurs avec troubles du sens stéréognostique et maladresse des doigts; 2. la face; 3. le cou (tête ballante); 4. les muscles thoraco-abdominaux.

D. **Formes généralisées mortelles.** — A. *Au cours du syndrome malin de Marfan.* — Vers le troisième ou quatrième jour d'une angine maligne apparaît une paralysie du voile. Du huitième au dixième jour surviennent des troubles cardiaques (assourdissement des bruits du cœur, arythmie, hypotension, hépatomégalie par stase); respiratoires (dyspnée). Les troubles digestifs (vomissements, douleurs abdominales) précèdent de peu la mort qui survient par asphyxie ou syncope.

B. *Syndrome de Landry.* — Beaucoup plus rare, consécutif à une paralysie précoce du voile, il se caractérise par une paralysie ascendante avec troubles bulbaires et mort rapide.

DIAGNOSTIC

I. La diphtérie est connue. — Le diagnostic est évident et la paralysie diphtérique ne sera pas confondue avec une paralysie sérique, toute différente.

II. La diphtérie est passée inaperçue. — *A.* **Paralysie du voile.** — Elle doit toujours faire penser avant tout à la diphtérie, faire rechercher l'antécédent d'une angine récente, l'existence d'une paralysie oculaire ou des membres inférieurs, et pratiquer un ensemencement du mucus pharyngé.

En attendant la réponse du laboratoire, il faudra éliminer les *paralysie du voile par lésions bulbaires* relevant, soit d'une infection aiguë : encéphalite, poliomyélite, c'est très rare; soit d'une affection chronique : ramollissement, tumeur du bulbe provoquant le syndrome unilatéral de Jackson, d'Avellis ou de Schmidt. Pratiquement, ces diagnostics ne se discutent guère, et l'origine diphtérique est facilement prouvée.

B. **Paralysies oculaires.** — Il n'y a guère que l'*encéphalite* qui puisse les simuler.

C. **Paralysie des membres inférieurs.** — 1° Chez un enfant ou un adolescent, l'on discutera surtout la *poliomyélite antérieure aiguë* à forme paraplégique, mais elle débute brusquement accompagnée de signes infectieux, la paralysie est plus étendue, il y a peu de troubles sensitifs, et il y a réaction de dégénérescence et amyotrophie. L'évolution, en cas de doute, signe le diagnostic car il y a ici régression incomplète des paralysies, quelques muscles restant définitivement lésés.

2° Chez l'adulte : l'on discutera surtout les *polynévrites* (alcoolique, diabétique, arsenicale); et le tabes aisément caractérisé par le signe d'Argyll, les autres signes de syphilis, la ponction lombaire.

En résumé, ces paralysies diphtériques sont plutôt des parésies mobiles et variables guérissant *sans séquelles*. Insister sur l'importance capitale de l'*ensemencement du mucus naso-pharyngé* dans tous les cas où l'antécédent de diphtérie n'est pas net.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est définitivement composé de MM. Léon Bernard, Louis Ramond, Chevallier, Fey, Desplas, Turpin, Ramadier, Monod (Robert), Lemeland et Lemierre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours pour suppléant d'ophtalmologie s'ouvrira le 12 janvier 1931.

GUERRE. — M. le médecin général Beaussenat, directeur du Service de santé de la 11e région, a été placé, à compter du 23 septembre 1930, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

CONGRÈS DE L'ASTHME. — Dans sa séance du 15 septembre, la Société de médecine du Mont-Dore a décidé d'organiser, au cours de la saison thermale de 1932, un Congrès de l'asthme au Mont-Dore.

CROISIÈRE MÉDICALE EN ORIENT (Pâques 1931). — Pour répondre au désir exprimé de tous côtés, notre excellent confrère *Bruxelles médical* a décidé qu'une grande croisière s'effectuerait, sous ses auspices, à Pâques 1931.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille (départ), Tripoli d'Afrique, Alexandrie (Le Caire), Jaffa (Jérusalem, Bethléem), Beyrouth (Baalbeck-Damas), Rhodes, Istanbul (Constantinople), Mer Noire, Le Pirée (Athènes), Corfou, Naples (Pompéi), Marseille (retour).

Le départ aura lieu le 28 mars et le retour le 23 avril.

Le navire qui effectuera le voyage est le paquebot de grand luxe *Champollion* (15.000 tonnes) de la Compagnie des Messageries maritimes, une des plus belles unités de la flotte française, spécialement affrété.

Deux classes sont prévues, avec un prix minimum médical de 4.675 fr. français en 1re classe, et de 2.825 fr. français en 2e classe.

Deux tarifs par classe ont été établis : l'un pour les docteurs en médecine et leurs familles (femmes de médecins et enfants mineurs célibataires), ainsi que les étudiants en médecine, l'autre pour les personnes qui, ne faisant pas partie du Corps médical, se feront inscrire sur recommandation de leur médecin de famille. Priorité aux médecins.

Des excursions facultatives et forfaitaires seront organisées dans toutes les escales. Le prix en sera très modéré, malgré le change élevé des pays visités.

En raison du succès considérable remporté en 1926 par la croisière médicale du *Lotus* en Orient (500 personnes y prirent part) et du nombre très élevé d'inscriptions déjà recueillies pour la croisière du *Champollion*, les personnes que le voyage intéresse sont priées de se faire connaître d'urgence à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles, qui enverra sur demande le programme de la croisière, ainsi que le plan et la photographie du navire.

Il sera tenu compte de l'ordre d'arrivée des inscriptions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henri Verger, l'éminent professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. Velter, professeur agrégé, et de MM. les docteurs Casteran, Favory, Veil, Renard, J. Blum, Dollfus et Hudelo, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 10 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — *Technique et diagnostic anatomo-pathologiques*, par MM. Charles Oberling, agrégé, et Jacques Delarue, préparateur. — Ce cours commencera le jeudi 9 octobre 1930, à 14 h., au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure.

Le cours comprend :

1° Huit séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 10 h. à 12 h. 1/2, à l'Institut du cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

2° Vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours, à 14 h., au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 300 fr.

Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

REVUE DES THÈSES

Asthme et maladie de Basedow (1), par Pierre HENNION.

1° Dans la crise d'asthme vrai, la cause de la dyspnée est un urticaire de la muqueuse bronchique — cet urticaire n'étant qu'une extrême vaso-dilatation, phénomène passif qui correspond à une véritable paralysie des nerfs sympathiques vaso-constricteurs et qui est secondaire au choc hémoclasique.

2° Le choc hémoclasique est la traduction d'une vaso-constriction due à l'intervention simultanée et en proportions variables de deux facteurs :

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, A. Maloine.

a. Choc colloïdal, ou au minimum déséquilibre colloïdal;

b. Hormone thyroïdienne intervenant en augmentant la sensibilité du système sympathique à réagir par une vaso-constriction : elle représente le facteur de sensibilité individuelle.

3° L'urticaire des bronches, secondaire au choc hémoclasique, traduit la paralysie des nerfs vaso-constricteurs des capillaires bronchiques : elle est d'autant plus précoce et plus marquée qu'ils sont en état de moindre résistivité — rôle protecteur de la sympathicotonie, rôle aggravant local de l'épine irritative.

4° Les nerfs vaso-constricteurs ne peuvent reprendre leur activité que par la mise en action du système adrénalino-sécréteur — action comparable à celle de l'injection thérapeutique d'adrénaline.

5° La sécrétion thyroïdienne, facteur de sensibilisation du système sympathique au déséquilibre colloïdal, peut se trouver augmentée brusquement par des facteurs psychiques : colère, émotion, et peut-être de nombreux autres échappant à notre observation. Ces causes doivent avoir une particulière intensité dans la maladie de Basedow, où existe une hyperthyroïdie ou une dysthyroïdie avec hyperactivité de la sécrétion.

6° Les basedowiens ne présentant pas habituellement de sensibilité particulière aux phénomènes de choc, il doit exister chez eux une hyperadrénalinémie proportionnelle à l'hyperthyroïdie. Chez nos malades, pour qu'apparaisse la crise d'asthme, il semble devoir se produire une rupture de l'équilibre entre la fonction thyroïdienne et la fonction surrénale — hypoadrénalinémie transitoire et relative par rapport à l'hyperthyroïdie.

7° Les crises d'asthme chez les sujets atteints de la maladie de Basedow sont à rapprocher, par leur étiologie et leur pathogénie, des crises d'asthme d'origines suggestives et font deviner le mécanisme de ces dernières.

8° La conclusion thérapeutique de cette étude est que :

a. Si des crises d'asthme vrai apparaissent au cours de la maladie de Basedow, presque toujours elles sont liées à l'hyperthyroïdie et vont disparaître rapidement sous l'influence du traitement approprié du goitre;

b. Chez tous les asthmatiques, il y aurait intérêt à rechercher s'il n'existe pas une hyperthyroïdie fruste en vue d'instituer, dans les cas où elle existera, un traitement antithyroïdien ;

c. Lorsqu'une crise d'asthme typique survient chez un basedowien, l'injection prudente d'adrénaline, en tâtant la susceptibilité individuelle du malade, reste le traitement palliatif de choix.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de physico-chimie à l'usage des médecins et des biologistes, publiées sous la direction de A. STROHL, par MM. BLANCHETIÈRE, DOGNON, FABRE, LESCŒUR, SANNIÉ, STROHL, WURMSER. Un volume de 282 pages avec 12 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie, par G. CANUYT, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, et J. JOUBLOT, chef de clinique, hôpital civil de Strasbourg. Un vol. de 232 pages avec 97 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GENÉRALE

LE REIN DES TUBERCULEUX

(Travail du service de M. le Professeur COMBEMALE)

PAR

A. BRETON
Médecin des hôpitaux

P. DECOULX
Interne des hôpitaux

de Lille.

Par définition l'on fait entrer dans le cadre de cette question l'étude de toutes les lésions rénales non folliculaires, attribuables à une origine tuberculeuse. L'on en étudiera les diverses modalités cliniques.

C'est dire que l'on ne discutera ici aucune des formes de la tuberculose rénale, folliculaire, dite chirurgicale, fût-elle absolument latente et se résumant à la découverte fortuite d'un tubercule isolé dans le parenchyme rénal d'un phtisique dont on fait l'autopsie, ou fût-elle assez atypique pour se masquer derrière l'apparence d'un mal de Bright banal (Gallavardin).

Pour obéir aux mêmes raisons de définition, l'on ne passera pas non plus en revue les diverses modifications qui peuvent se produire dans les constituants de l'urine des tuberculeux puisque ce serait étudier non les troubles fonctionnels du rein chez ces tuberculeux mais les variations du métabolisme de certains corps chez les mêmes malades.

Pareille définition est forcément beaucoup trop stricte; elle est rendue nécessaire pour la clarté de l'exposition du sujet à traiter.

Elle ne répond pas de façon parfaite à la réalité des faits puisque, comme il sera possible de le constater au cours des pages suivantes, il est parfois difficile de trouver une démarcation nette entre ce qui est « tuberculose rénale » et « rein du tuberculeux ».

Elle limite le sujet à l'étude des trois points suivants :

Valeur de la bacillurie tuberculeuse,
Les néphrites tuberculeuses,
L'amylose tuberculeuse.

A. LA BACILLURIE

Longtemps discutée et mise en doute, la bacillurie apparaît aujourd'hui comme certaine; elle existe, en effet, indiscutablement chez des sujets souffrants sans signes apparents de bacillose urinaire, de phtisie (Ritter et Sturm) ou de tuberculose osseuse. Elle est la conséquence d'une décharge passagère de bacilles dans le sang.

Cette bacillurie est toujours très discrète; très exceptionnellement, on la décèle à l'examen direct du culot de centrifugation de l'urine examinée, toujours elle est découverte par l'inoculation au cobaye. Les statistiques d'avant la guerre, de Fouleston et Hillier, de Jousset, Rolly, Bernard et Salmon, celle plus récente de Holb, ne renseignent qu'imparfaitement sur sa fréquence. Les pourcentages oscillent selon les auteurs, entre 50 p. 100 et 6 p. 100 de résultats positifs chez les tuberculeux pulmonaires. Nous nous empressons d'ajouter que les chiffres bas semblent plus vraisemblables. Notons que les travaux qui ont trait à cette question médicale datent déjà de quelques années et ne s'appuient pas tous sur des contrôles autopsiques. La notion toute récente de l'ultravirus tuberculeux, et des tuberculoses atypiques du cobaye obligeant le bactériologiste à sacrifier très tardivement l'animal d'expérience, à réinoculer tous les ganglions trouvés au cours de l'autopsie fussent-ils fort petits, à suivre sérologiquement le cobaye par des réactions de floculation à la résorcine, apportera sans nul doute des précisions nouvelles à ce sujet. Déjà, Nelis n'a-t-il pas découvert, en 1928, des éléments filtrables de l'ultravirus tuberculeux dans les urines de sujets atteints de tuberculose rénale; il est donc permis d'admettre que pareille trouvaille se fera bientôt dans les urines de tuberculeux pulmonaires ou de sujets atteints de prégranulémie.

L'urine servant à une recherche de bacille de Koch devrait toujours être recueillie par sondage vésical ou par division des urines. Pareille manière de faire permet d'éliminer à coup sûr la possibilité d'une origine génitale si des bacilles venaient à être découverts. Bien qu'il soit classique de citer le cas exceptionnel de Simon où dans les vésicules séminales d'un phtisique, une sécrétion purulente fut découverte sans que le tissu de la paroi des vésicules présentât la moindre lésion tuberculeuse, nous estimons personnellement que l'origine génitale des bacilles de Koch chez des sujets ne présentant cliniquement pas de tuberculose génitale n'entre pratiquement pas en ligne de compte. L'un de nous a, en effet, montré que dans le sperme des tuberculeux pulmonaires l'on ne découvre habituellement pas des éléments filtrables quoiqu'il existe fréquemment des lésions occultes de leurs testicules.

Quelle est la valeur d'une bacillurie vraie?

Pour résoudre ce délicat problème d'interprétation, il importe de savoir d'abord si la bacillurie coexiste ou non avec une albuminurie. Kiellenthner a affirmé, en effet, que sans albuminurie il ne peut y avoir de bacillurie; qu'un rein parfaitement sain ne doit pas laisser filtrer les microbes. Par contre, Léon Bernard, Ritter et Sturm, Wildbolz, Suter opposent une opinion contraire; il peut exister des bacilluries sans albuminurie, le rein étant fonctionnellement et anatomiquement parfaitement sain. C'est une voie d'élimination microbienne.

Fédéroff, plus éclectique dans sa conception, admet fort bien la possibilité d'une bactériurie sans albuminurie, avec cette remarque que les reins sains peuvent présenter quelquefois des lésions pathologiques minimes, impossibles à constater par les méthodes d'analyses actuelles. Les recherches expérimentales assez récentes de Medlar et Sarano chez le cobaye se sont montrées favorables à la thèse défendue par Kiellenthner.

Pour Léon Bernard, toute présence de bacilles de Koch dans une urine doit être considérée comme signant une bacillurie, même en cas d'albuminurie, si l'on ne découvre aucun produit d'inflammation — érythrocytes, leucocytes, cylindres et cellules ré-

nales desquamées — et si le rein suspect ne présente aucun trouble de la fonction rénale. En cas inverse, il s'agit d'une tuberculose rénale au début.

Cette proposition fort rigoriste d'avant la guerre n'a plus aujourd'hui crédit auprès de tous les urologues. Ces derniers ont tendance à admettre que la déficience rénale n'est pas obligatoire au diagnostic de tuberculose rénale, puisque des reins présentant une élimination normale ou même exagérée par hypernéphrose peuvent être le siège de lésions folliculaires, ainsi que l'a montré une communication récente de Maurice Gérard dans le *Journal d'Urologie*.

C'est, pour nous résumer, dire que :

1° La bacillurie tuberculeuse vraie — isolée et ne traduisant pas une tuberculose — rénale est fort rare, d'autant plus rare que le sujet a une tuberculose moins avancée et apyrétique.

2° Quand elle existe, elle est toujours très discrète, la présence de bacilles de Koch à l'examen direct du culot de centrifugation doit faire songer à de la tuberculose rénale.

3° Elle est beaucoup plus fréquente dans les urines albumineuses.

4° Sa découverte oblige à surveiller de très près le malade, pendant de longs mois, pour guetter le début toujours possible d'une lésion folliculaire.

B. LES NÉPHRITES TUBERCULEUSES

C'est surtout aux environs de 1913-1914 que cette question fut particulièrement discutée. L'on trouve classées dans la thèse de Pierret (Lille, 1910) les théories pathogéniques antérieures à cette date. A ce moment l'étude de Rist et Kindberg, la thèse de Kindberg, le mémoire de Léon Bernard, la Revue générale de Brelet, contribuent grandement à mettre la question au point.

Nous ferons ici à ces divers travaux les plus larges emprunts.

Par définition, les néphrites tuberculeuses embrassent l'ensemble des réactions vasculaires, conjonctives et les diverses variétés de dégénérescences cellulaires susceptibles d'être déclanchées sous l'influence du bacille de Koch. Ces réactions sont comparables à celles occasionnées par tout autre toxique ou par tout autre microbe.

Pathogénie. — Le microbe peut agir, en effet, soit par lui-même, soit par ses toxines. Par ordre chronologique, nous citons :

1° Théorie toxinienne. — Deux pathogénies différentes :

1. Action de la tuberculine ou pour mieux dire action des toxines propres au bacille de Koch. C'est la théorie développée d'abord par Landouzy et Léon Bernard en 1901. Ils distinguent la tuberculinose rénale de la tuberculose rénale. Chauffard cite comme exemple la néphrite apparaissant chez certains lupiques à la suite d'un traitement trop actif par la tuberculine. Daunic et Carrière attribuent ces lésions aux poisons solubles du bacille de Koch.

C'est en 1904 que cette théorie fut remplacée par la théorie microbienne. Elle est peut-être pourtant appelée à jouir de nouveau de la faveur médicale si l'on se fie aux travaux tout récents de MM. Long, Huggins et Vorwald. Ces auteurs, par des recherches menées avec grand soin, ont démontré que les injections de protéines extraites de la tuberculine, poussées dans les artères rénales de certains animaux sensibilisés, donnaient par réaction allergique des néphrites interstitielles.

2. Action des toxines multiples. — Elle est déjà entrevue par Bright lui-même qui considérait la néphrite comme due à une « détérioration de l'organisme » ; elle est affirmée par Albarran et longuement soutenue dans la thèse d'Enriquez. Selon ces auteurs, les toxiques qui agissent sur le parenchyme rénal sont de trois origines :

a. La toxine microbienne du bacille de Koch;

b. Les toxines des microbes associés (dans les tuberculoses ouvertes) ;

c. Celles qui sont secrétées par l'organisme du malade et qui proviennent soit des dégénérescences cellulaires dues au bacille de Koch, soit des réactions de défense humorale.

2° Théorie microbienne ou bacillaire. — Les travaux de Léon Bernard et Salomon montrent que le bacille de Koch peut engendrer en dehors des follicules tuberculeux typiques ou atypiques des lésions banales épithéliales ou interstitielles anatomiquement semblables à celles des néphrites infectieuses. Ces lésions ne peuvent s'expliquer par l'action des toxines sur le parenchyme rénal mais seulement par l'action directe du bacille lui-même. Jousset considère ces lésions comme étant celles de véritables néphrites infectieuses à bacilles de Koch qu'il faut distinguer des néphrites d'ordres divers qui peuvent atteindre le tuberculeux à l'égal de tout autre sujet; soit au cours de sa maladie, soit même antérieurement à elle. Il faut retenir avec Pierret que la fièvre, les troubles hépatocardiaques et les toxi-infections d'origine intestinale sont des causes favorisantes à l'éclosion de ces néphrites.

On considère donc aujourd'hui les néphrites tuberculeuses comme dues au bacille; ce fait est confirmé d'ailleurs par l'examen des coupes anatomo-pathologiques.

Anatomie pathologique. — Anciennement l'on opposait les lésions de la néphrite tuberculeuse à celles de la tuberculose folliculaire. Dans le premier cas, l'on ne trouvait que des lésions diverses épithéliales ou interstitielles en tout comparables aux lésions des autres néphrites non spécifiques; dans le second cas, la cellule géante, des follicules. Puis les anatomo-pathologistes ont noté dans les mêmes reins la co-existence de lésions folliculaires et de lésions de néphrites et même d'amylose; cette constatation est vite devenue classique (Marion).

Il s'en est suivi, dans la discussion de ce problème, que l'on s'est rallié à l'opinion uniciste de Kindberg (1924). Pour cet auteur, il semble impossible d'opposer de façon absolue la néphrite épithéliale tuberculeuse à la tuberculose rénale dite chirurgicale. La tuberculose du rein est une. Quand il y a tuberculose, il y a toujours infiltration nettement caracté-

risée. Sans doute, dans la néphrite ne trouve-t-on pas le nodule tuberculeux typique, mais on découvre toujours des amas lymphoïdes plus ou moins diffus avec tous les intermédiaires entre l'infiltration banale et le nodule typique de granulie.

Les lésions sont de même nature quel que soit le syndrome clinique. Pour tenter d'expliquer pourquoi le sujet évolue vers la néphrite, alors que d'autres font une tuberculose folliculaire, Kindberg considère les deux facteurs suivants :

1° Le bacille. — Les décharges fréquentes de bacilles amènent soit une tuberculose rénale chirurgicale folliculaire, soit une nécrose suraiguë. Les décharges peu importantes et rares créent plutôt la néphrite.

2° Le terrain. — Sur un terrain vierge, indemne de toute tuberculose organique, évolution vers la tuberculose ulcéro-caséeuse. Sur un terrain plus ou moins immunisé évolution vers la néphrite. Cette théorie s'appuie sur un argument clinique indubitable : la fréquence des lésions pulmonaires bruyantes chez les sujets porteurs de néphrite tuberculeuse et leur discrétion chez ceux qui présentent une tuberculose rénale.

Un troisième argument beaucoup plus discutable pourrait être ajouté aux deux précédents. Le bacille créerait la tuberculose chirurgicale, le virus filtrant la néphrite médicale.

Ainsi donc, la pathogénie et l'anatomie pathologique sont d'accord pour rapprocher au point de les confondre les deux syndromes qu'il était classique d'opposer autrefois. Mais nous allons voir que comme toujours la clinique a bien moins varié et à part quelques formes nouvelles (telles que la nécrose suraiguë ou la néphrite lipoïdique) les vieux tableaux cliniques restent d'actualité.

Formes cliniques. — Les néphrites tuberculeuses présentent des variétés cliniques fort différentes les unes des autres mais plusieurs faits les caractérisent toutes :

1° Elles sont secondaires à une autre localisation tuberculeuse le plus souvent pulmonaire.

2° Il existe une grosse disproportion entre la prédominance des signes rénaux et la latence plus ou moins marquée des lésions pulmonaires. Ce fait avait déjà été noté par Landouzy qui constata : « Tous ces malades se présentent comme des néphritiques et non comme des tuberculeux ». C'est le point capital de la question qui doit rester gravé dans la mémoire du clinicien : lorsqu'il se trouvera en présence de ces syndromes rénaux d'apparence banale, il devra penser toujours à une bacillose pulmonaire latente et mettre en œuvre tous les moyens modernes dont nous disposons aujourd'hui pour la dépister.

Nous classerons ces formes cliniques selon leur évolution et leur gravité en adoptant ou peu s'en faut la classification de Léon Bernard.

1. **La nécrose rénale suraiguë.** — Syndrome assez rare mais fort intéressant. Kindberg en rapporte dans sa thèse plusieurs observations ; tout récemment Apert en a cité un cas.

Le syndrome clinique est très restreint puisqu'il s'agit le plus souvent de mort subite.

A l'autopsie du sujet on découvre au niveau du rein une dégénérescence aiguë de toutes les cellules avec œdème intraparachymenteux. On note de plus des zones de nécrose surtout dans la substance corticale et de petites hémorragies intraparachymenteuses.

L'on en donne l'explication pathogénique suivante :

Le tuberculeux à la période terminale est en état d'allergie ; il présente donc une sensibilité particulière au bacille de Koch et à ses toxines. Or il arrive souvent que les bacilles franchissant les barrières que l'organisme leur avait opposées jusque là passent en masse dans la circulation. Cette superinfection massive agit sur l'organisme sensibilisé en déterminant des troubles circulatoires et des dégénérescences cellulaires qui expliquent les lésions d'autopsie. Il s'agit d'un véritable phénomène de Koch au niveau du parenchyme rénal. Ritz et Kindberg ont pu reproduire expérimentalement ce syndrome par injection intracardiaque de bacilles de Koch virulents et ont ainsi prouvé la réalité de la pathogénie invoquée.

2. **Néphrite tuberculeuse aiguë.** — Il faut éliminer de ce cadre les granulies à forme rénale ou les manifestations rénales de la granulie. Il s'agit le plus souvent d'une néphrite aiguë d'aspect banal qui survient dans des circonstances diverses.

a. Dans la phase terminale de la tuberculose pulmonaire. Apert, 1928, a montré que dans ce cas les lésions sont dues au bacille lui-même comme Léon Bernard l'avait déjà montré pour la néphrite chronique.

b. Dans une tuberculose au début. La néphrite prend alors le type « a frigore » avec lequel elle est le plus souvent confondue.

Castaigne et Lavenant ont montré qu'elle s'accompagne souvent de polyurie paradoxale et que son pronostic est sérieux.

c. Dans les cas où la tuberculose est en apparence absente. Nous verrons en parlant des néphrites chroniques, les services que peut rendre pour le diagnostic la réaction à l'antigène pratiquée dans les urines comme le font Debré et Paraf. On peut par ce même procédé différencier aussi les néphrites aiguës tuberculeuses de celles d'étiologie différentes non bacillaires qui peuvent survenir chez les tuberculeux.

d. Au cours d'une tuberculose rénale unilatérale, dans le rein opposé. Cette néphrite aiguë survenant chez les tuberculeux rénaux unilatéraux, dans le rein côté opposé, a été rapportée au Congrès d'urologie par Chevassu qui signale ce diagnostic comme très important. Il y voit une contre-indication à l'opération jusque là possible.

3. **Néphrites tuberculeuses chroniques.** — Les deux principaux types de néphrite chronique hydropigène et urémigène se rencontrent ici avec une fréquence très différente.

a. **La néphrite hydropigène** est de beaucoup la plus rencontrée en clinique. Landouzy et Léon Bernard avaient déjà signalé en 1901 la fréquence de cette néphrite interstitielle qu'on appelle plus volontiers aujourd'hui hydropigène; c'est le syndrome dit de Landouzy et Bernard que Marfan a signalé souvent chez l'enfant.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit de lésions de néphrite diffuse avec prédominance de dégénérescence épithéliale et présence de nombreux amas diapédétiques.

On constate souvent aussi de légères lésions d'amylose dont la valeur est encore discutée. Brault y attachait autrefois une grosse importance : il prétendait que la dégénérescence amyloïde est caractéristique de la néphrite d'origine toxinienne tandis que la néphrite d'origine bacillaire se traduisait par de la dégénérescence vitreuse ou caséeuse.

Cliniquement il s'agit d'un syndrome banal de néphrite hydropigène qui ne mérite pas de mention spéciale. Seul le diagnostic étiologique est difficile puisque ici surtout la lésion causale tuberculeuse est latente. Debré et Paraf (*Journ. d'urol.*, 1925) conseillent la réaction à l'antigène tuberculeux pratiqué dans les urines et obtiennent les résultats suivants : Dans les cas de syndrome de Landouzy-Bernard, réaction positive dans les urines. Réaction négative dans les cas où la néphrite n'est pas sous la dépendance de la tuberculose même si elle s'observe chez des tuberculeux avérés, sous l'influence d'une toxi-infection quelconque.

Signalons enfin l'intérêt que présenterait un examen soigneux du fonctionnement rénal (recherche de l'ammoniaque urinaire en particulier pour chaque rein) pour le diagnostic des soi-disant œdèmes cachectiques si fréquents à la phase terminale de la tuberculose pulmonaire.

b. **La néphrite urémigène.** — Elle est beaucoup plus rare et contestée. Dès 1891 Lancereaux constate que la forme interstitielle domine dans la tuberculose au même titre que dans les maladies chroniques.

Gaucher en fait la cause presque constante de l'albuminurie des tuberculeux. Pour Bennet elle menace tous les tuberculeux qui guérissent. La tuberculose peut en effet agir au même titre que toutes les toxi-infections pour déterminer une déficience des fonctions rénales dues à une véritable usure de l'organisme. Il est intéressant pourtant de remarquer que la néphrite urémigène survient surtout chez des tuberculeux fibreux; qu'au cours de cette forme de tuberculose de la sclérose inflammatoire se retrouve non seulement au niveau des reins, mais encore, ce qui est d'ailleurs moins connu, au niveau du corps thyroïde et des testicules. Il est permis de supposer que le rôle que joue dans cette tendance fibreuse la vieille « diathèse arthritique » ne doit pas être absolument nul. La tuberculose agit ici comme cause favorisante en renforçant la prédisposition de ces arthritiques à faire de la néphrite urémigène.

La symptomatologie de cette forme a été précisée par Devic et Rieux. La fièvre est légère ou nulle, un amaigrissement progressif devient bientôt très marqué, les œdèmes sont rares et tardifs; il n'y a ni polyurie, ni pollakiurie; l'albuminurie est de règle et d'abondance très variable. La tension artérielle est plutôt faible. A une période plus avancée, l'urémie fait son apparition et se manifeste surtout sous les formes dyspnéique et intestinale. La forme nerveuse de l'urémie est très rare dans ce syndrome.

4. **Néphroses lipoïdiques d'origine tuberculeuse.** — La tuberculose est rarement invoquée comme facteur étiologique de cette affection.

Nous connaissons une observation brésilienne de Silva Mello où l'étiologie tuberculeuse aurait permis le succès du traitement par les ultraviolets. Tout récemment Cordier de Lyon en a décrit un cas chez un tuberculeux avancé. Signalons un autre cas de Marcel Labbé, Boulin, Azerad et Justin Bezançon offrant comme le précédent la particularité de ne pas présenter d'infiltration lipoïdique des tubes contournés. Ces derniers auteurs estiment d'ailleurs qu'il ne s'agit pas d'une néphrose chez un tuberculeux, mais d'une tuberculose ayant compliqué l'évolution d'une néphrose. MM. Achard et Codounis ont aussi trouvé par deux fois la tuberculose dans les antécédents. Il nous faut encore citer l'observation de MM. Dumas, Gravier et Gardère de néphrite à type lipoïdique avec uricémie et tophi, où l'inoculation des urines au cobaye a donné un résultat positif.

Cette étiologie, quoique très rarement invoquée à l'origine des néphroses ne peut étonner, puisque des néphrites d'apparence banale peuvent être tuberculeuses, qu'il existe tous les intermédiaires entre la néphrose lipoïdique et les néphrites chroniques, qu'il peut y avoir coexistence chez un même malade d'un syndrome de néphrite et d'un syndrome de néphrose et qu'il est même possible de voir un syndrome de néphrose succéder progressivement à un syndrome de mal de Bright. (Voir Lesné, Marquezy et Wallich. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1930, p. 839.)

5. **Albuminurie simple des tuberculeux.** — Léon Bernard en distingue trois formes :

1. **Albuminurie permanente.** — Il s'agit de malades qui présentent une albuminurie permanente à faibles variations, d'abondance variable (autour de 1 gramme par litre) sans que rien dans l'examen ne puisse déceler aucun signe de déficience rénale. Ni trouble de la perméabilité, ni hypertension, ni œdème. S'agit-il comme le prétend Léon Bernard d'une albuminurie isolée sans néphrite ou s'agit-il d'un type de néphrite chronique forme albumineuse simple de Castaigne? Ce n'est là qu'une question de termes. Signalons seulement que selon Castaigne une albuminurie isolée est plus grave lorsqu'elle est d'origine tuberculeuse.

2. **Albuminurie passagère.** — Bien différente par son aspect et son pronostic. Il s'agit d'une albuminurie très variable disparaissant à certains moments sans cause apparente pour reparaître ensuite.

On peut en distinguer deux types :

1. L'ALBUMINURIE DUE A DES POUSSÉES AIGUËS DE TUBERCULOSE. — La présence de l'albumine coïncide avec une exagération de signes pulmonaires. Jousset a constaté en même temps la présence fréquente de bacilles dans l'urine; ce qui vient les rapprocher des bacilluries albuminuriques de Kiellenthner. On connaît aujourd'hui la fréquence de la bacillémie pendant les poussées évolutives et ce fait explique à la fois la bacillurie et l'albuminurie transitoires.

2. L'ALBUMINURIE PRÉTUBERCULEUSE DE TEISSIER. — Elle s'observe surtout dans le sexe masculin chez les jeunes gens de souche tuberculeuse. Teissier la compare au rétrécissement mitral congénital de la jeune fille. Elle présente surtout le type matutinal. Fait capital « elle n'a point coutume de conduire à l'évolution tuberculeuse du rein ni aux déterminations spéciales de la néphrite des tuberculeux ».

3. **Albuminuries orthostatiques.** — Elles ont surtout été étudiées en 1911 par Chalier, puis par Teissier. Ils en distinguent deux types :

a. ALBUMINURIES ORTHOSTATIQUES PERMANENTES où l'épreuve de l'albuminurie provoquée est positive (réapparition après absorption de grosses quantités d'albumine). Elles sont dues à une débilité rénale héréditaire. Lemoine et Linossier les expliquent par la torsion du pédicule rénal, due le plus souvent à une lordose.

b. ALBUMINURIES ORTHOSTATIQUES TRANSITOIRES. — Celles-ci sont très souvent un signe prémonitoire de tuberculose pulmonaire. Elles rentrent dans le groupe des albuminuries prétuberculeuses. L'épreuve de l'albuminurie provoquée est ici négative, car les toxines ne laissent pas de cicatrices rénales, tandis que dans le cas de débilité rénale il suffit de modifier une lésion latente. Cinq observations de Turpin et Lemoine prouvent que la tuberculose pulmonaire suit de près ce symptôme; dans toutes ces observations l'albuminurie a cessé avec les premiers signes de localisation pulmonaire.

C. L'AMYLOSE RÉNALE TUBERCULEUSE

Chez le tuberculeux l'amylose rénale présente quelques particularités qui ont été mises en évidence surtout par Rist et Léon Kindberg. Nous leur emprunterons leurs conclusions à ce sujet.

1. L'amylose rénale est toujours secondaire aux autres amyloses viscérale, hépatique, splénique, surrénale. Elle reste toujours bien plus discrète dans le rein que dans les autres organes et ne frappe souvent que quelques artérioles ou que quelques anses glomérulaires.

2. A la période où l'amylose se constitue, il n'existe aucun symptôme rénal alarmant. Une albuminurie d'abondance moyenne et la polyurie peuvent seules attirer l'attention.

3. Le syndrome urinaire de la période d'état est très souvent particulier. Dans le sérum, le taux de l'urée et celui des chlorures sont très bas, au-dessous du seuil pour les chlorures. Dans les urines les chlorures et l'urée sont au taux sensiblement normal. La constante d'Ambard est très abaissée. On constate donc non pas une déficience rénale mais au contraire une exagération du pouvoir de concentration directe, une véritable hypersécrétion rénale.

4. L'examen histologique, s'il est précoce, montre en plus de la substance amyloïde une hypertrophie particulière des tubes corticaux qui traduit l'hypersécrétion.

Ce syndrome spécial est facilement explicable puisqu'on sait aujourd'hui que l'amylose loin de constituer un processus de dégénérescence traduit au contraire un mode de défense de l'organisme, et que la substance amyloïde résulte des produits de désintégration et de résorption cellulaire, et qu'elle se dépose simplement dans les organes sans traduire de lésion spéciale de ces organes. Elimination de substance toxique par la sécrétion rénale et dépôt d'autres substances dont se débarrasse l'organisme, vont donc de pair.

Conclusions. — Reprenons les divers syndromes décrits et tirons-en les conclusions pratiques :

1° La bacillurie tuberculeuse existe, mais il faut toujours se méfier en sa présence de la tuberculose rénale latente.

2° Les néphrites tuberculeuses aiguës et chroniques, ou albumineuses simples se présentent comme des syndromes banaux. La lésion causale tuberculeuse siégeant le plus souvent aux poumons présente cependant un intérêt pronostique et thérapeutique considérable.

3° L'amylose rénale présente une longue période de latence où elle ne se traduit que par l'albuminurie et la polyurie. Elle est peut-être curable à cette période. En tout cas elle présente un gros intérêt pronostique.

Une double conduite à tenir en découle :

1° Chez un rénal, pratiquons un examen complet pour rechercher une lésion tuberculeuse latente;

2° Chez un pulmonaire, examinons soigneusement la fonction rénale qui est souvent touchée.

BIBLIOGRAPHIE

LANDOUZY et Léon BERNARD. Néphrites des tuberculeux, *Presse méd.*, 1901.

CAHEN. *Néphrites tuberculeuses*, Paris 1904.

THÉVENOT. Bacilluries tuberculeuses, *Provence méd.*, 1907.

TINEL. Les néphrites tuberculeuses, *Gaz. des hôpit.*, 10 août 1907.

GALLAVARDIN. Forme brightique de la tuberculose rénale, *Lyon méd.*, 1909.

CHALIER. Albuminurie orthostatique et tuberculose, *Soc. méd. des hôpit.*, 1911.

TURPIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 1911.

TEISSIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 1911.

R. PIERRET. Les urines des tuberculeux, *Th. de Lille*, 1912.

WILBOLZ. Signes de la tuberculose rénale au début, *Congrès d'urol.*, Londres, 6 et 12 août 1913.

RIST et KINDBERG. Etude d'anatomie et de physiologie pathologique sur la dégénérescence amyloïde des reins chez les tuberculeux, *Journ. d'urol.*, 1913, p. 560.

KINDBERG et RIST. Le rein des tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 1914.

Léon BERNARD. Tuberculose rénale non folliculaire, *Encyclop. franç. d'urol.*, 1914, p. 679.

Robert DEBRÉ et PARAF. De la nature bacillaire de certaines néphrites aiguës de l'enfance considérées comme primitives. Application de la réaction à l'antigène, *Journ d'urol.*, 1914-1915; — Voir aussi *Soc. de biol.*, 15-22-29 juillet 1911.

KINDBERG. Les néphrites tuberculeuses, *Pratique méd. franç.*, 1914; — Les néphrites tuberculeuses, *Th. de Paris*, 1914.

BRELET. Le rein des tuberculeux, *Gaz. des hôpit.*, 1914, n° 11.

PETIT (Pierre). Néphrites tuberculeuses, *Arch. des mal. des enf.*, 1918.

MULLER-DEHAM. Néphrites tuberculo-toxiques, *Zurich med. Woch.*, 1920.

KINDBERG. Les néphrites tuberculeuses, *Pratique méd. franç.*, 1924.

MEDLAR-SASANO. Le bacille dans les urines des tuberculeux rénaux, *Amer. Journ. of tub.*, 1924, vol. X, n° 4, p. 370.

WILBOLZ. Néphrite tuberculeuse et tuberculose rénale, *Zeit. Urol.*, Leipzig 1924.

DISIER-FREUND. Tuberculine dans les urines, *Amer. Journ. of tub.*, 1925.

Williams STEVENS. Diagnostic de la tuberculose rénale, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 8 janv. 1927, vol. LXXXVIII, n° 2.

APERT. Origine bacillaire de la néphrite suraiguë, *Lyon méd.*, 1928.

APERT. Insuffisance rénale aiguë chez les tuberculeux pulmonaires, *Revue de la tuberculose*, 1928.

FRONSTEIN. Le diagnostic de la tuberculose rénale, *Journ. d'urol.*, 1928, t. XXV, p. 434.

ALWAYER. Néphrite aiguë des tuberculoses rénales, *Congrès d'urol.*, 1928.

SAVY et APERT. Nécrose aiguë du rein chez les tuberculeux, *Lyon méd.*, avril 1929.

DA SILVA MELLO. Tuberculosis at causal factor in lipoid nephrosis Healing, *Brasil med.*, 2 juillet 1929.

M. GÉRARD. *Journ. d'urol.*, 1929.

GRYSEZ et A. BRETON. Emploi de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic de la tuberculose du cobaye, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1929 et sept. 1930.

BERTIN, NAYRAC et A. BRETON. Recherches de l'ultravirus dans le sperme de tuberculeux pulmonaires, *C. R. de la Soc. de biol. de Lille*, nov. 1929.

DUMAS, GRAVIER et GARDÈRE. Néphrite à type lipoïdique avec uricémie; inoculation positive des urines au cobaye, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 19 avril 1930.

Marcel LABBÉ, BOULIN, AZERAD et Justin BESANÇON. Néphrite chez un tuberculeux et néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930, p. 751.

ACHARD et CODOUNIS. Néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mai 1930.

NAYRAC et A. BRETON. Les lésions occultes du testicule chez les tuberculeux pulmonaires chroniques, *C. R. de la Soc. de biol. de Lille*, 6 juillet 1930.

LONG, C. HUGGINS et A. WORWALD. *Amer. Journ. of pathol.*, juin 1930.

Eléments de pharmacodynamie générale, par Edgar ZUNZ, professeur à l'Université de Bruxelles. Grand in-8 de 465 pages avec 83 figures et 48 tableaux. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Cancer endolaryngé. L'hémilaryngectomie, par Marcel OMBRÉDANNE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface du docteur A. HAUTANT. Un volume de 134 pages avec 28 figures en planches hors texte. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

L'ARTICHAUT (Cynara Scolymus).

Les perfectionnements, grands ou petits, de la thérapeutique actuelle ne sont pas toujours le résultat des hautes recherches scientifiques en physiologie ou en chimie; dans plus d'un cas c'est la reprise et l'utilisation rationnelles de pratiques purement empiriques qui en sont l'origine. C'est un fait assez habituel lorsqu'il s'agit de produits d'origine tropicale; il ne faut pas chercher longtemps pour se remémorer l'histoire de médications modernes et des plus efficaces où nous n'avons fait que reprendre, perfectionner et appliquer à meilleur escient les pratiques de guérisseurs indigènes.

Bien que l'on ne prête habituellement à ce qui fait partie du cadre familier qu'une attention distraite, peut-être certains bons esprits font-ils preuve d'une perspicacité plus éveillée en revisant avec moins d'indifférence les coutumes médicales des paysans de chez nous. Peut-être aussi n'est-ce pas le moindre méfait d'une certaine sorte de publicité, de faire naître quelque méfiance ou quelque dédain pour ce que nos pères appelaient les « simples ». Comme si, en réalité, une bonne partie de notre pharmacopée n'y trouvait pas son origine historique et ne continuait pas à l'heure actuelle d'y chercher ses matières premières et comme si ces végétaux avaient besoin d'être découverts et prônés d'une voix qui est parfois d'autant plus bruyante qu'elle est celle de l'incompétence. Et que viennent faire, tout alentour, tant de secourables religieuses et de dignes ecclésiastiques, en pied ou en buste, de face ou de profil?

Pour le commun des malades, l'artichaut est un légume banal — savoureux d'ailleurs. Voici que quelques auteurs tentent, par des travaux récents, de lui donner une place dans la pharmacopée, de la lui restituer, plutôt. — *Multa renascuntur*...

Dès le XVIe et le XVIIe siècles, en effet, on parlait de l'artichaut en médecine et des vertus médicinales de sa racine et de ses feuilles; au XVIIIe siècle divers médecins l'employaient, non seulement comme apéritif et « incisif » mais aussi contre l'hydropisie et la pleurésie, pour « chasser le sable, agir sur les flegmasies propres aux maladies du foie » (Lémery).

Montain, de Lyon (1840) note que les paysans du Berry l'employaient de tout temps contre la fièvre; en Italie et en Allemagne on l'employait, paraît-il, contre le rhumatisme.

Le XIXe siècle, que d'autres soucis sollicitaient ne paraît guère lui avoir fait de place en thérapeutique. Cependant l'Anglais Lane (1889) le préconisait, en infusion dans du gin contre la goutte et l'ascite.

Ce n'est que plus récemment que son étude semble avoir été reprise [Leclerc, Brel, Rosa (Italie)].

Propriétés. — L'artichaut, dit Dorvault, dénommé par les botanistes Cynara Scolymus, est une synanthérée. Si son inflorescence, seule partie alimentaire de la plante, est riche en hydrates de carbone (insuline) et en fer, elle semble dépourvue de toute valeur thérapeutique. C'est dans la racine, la tige et

les feuilles que l'on trouve les principes actifs. C'est en effet la décoction de feuilles, dans de l'eau ou du vin blanc, qu'utilisait de tout temps la médecine paysanne.

La substance active semble être un principe amer, la *cynarine*, qui se rapprocherait au point de vue chimique et pharmacodynamique de l'aloétine (Guitteau). La feuille d'artichaut renfermerait de plus divers produits de nature tannique, des sels organiques de sodium et de potassium, de calcium, de magnésium. L'analyse spectroscopique permettrait enfin d'y reconnaître des traces de fer, de zinc, de manganèse.

Action physiologique. — Elle n'est connue jusqu'ici que dans ses grandes lignes et ne paraît pas avoir fait l'objet d'études approfondies.

L'extrait d'artichaut semble provoquer *la diurèse*. La quantité d'urines est augmentée comme en témoignent l'usage qu'en faisaient les anciens auteurs contre les ascites et les épanchements des séreuses et aussi les effets plus récemment observés par certains auteurs. Mais on ignore encore par quel mécanisme se fait la soustraction aqueuse à l'économie et si l'organisme sain et l'organisme malade réagissent au médicament de façon analogue. On a obtenu en général une polyurie de 2 litres environ chez des sujets oliguriques, donc diurèse d'intensité moyenne; cette diurèse semble se produire dès le début du traitement. On est moins renseigné sur les caractères qualitatifs de cette élimination urinaire.

L'action élective paraît porter *sur la cellule hépatique* et c'est là, sans doute, qu'il faut rechercher l'origine de modifications qualitatives subies au cours du traitement par l'urine anormale du malade. Le *fonctionnement hépatique semble stimulé*, *la sécrétion biliaire est augmentée*. En ce qui concerne la fonction biliaire l'excrétion de la bile est peut-être intéressée par l'action du médicament de même que l'est le mécanisme sécréteur; on a, en effet, signalé d'heureux effets de l'administration de l'artichaut dans des ictères par rétention dus à une lithiase ancienne.

La fonction antitoxique du foie semble également influencée.

C'est sans doute par répercussion sur les fonctions biliaires, qu'au moins en partie, se produisent les effets de régularisation du fonctionnement intestinal observés par les cliniciens.

Indications. — Les indications principales semblent devoir désormais se limiter au domaine de la pathologie *hépatique et biliaire*. Sans doute, les autres indications que reconnaissaient à l'artichaut les anciens auteurs sont-elles légitimement fondées; mais du fait que nous possédons comme diurétiques ou comme fébrifuges des drogues énergiques, fidèles et variées selon les indications, ces emplois accessoires sont probablement destinés à demeurer désormais définitivement à l'arrière-plan.

Nous n'avons rien trouvé, dans la littérature récente, qui se rapporte à l'emploi de l'artichaut comme antirhumatismal, selon la coutume de divers pays. A l'heure actuelle, comme dans le passé, la dénomination de rhumatisme n'est trop souvent qu'une housse pour les insuffisances cliniques; dans ce domaine l'avenir décidera de l'importance du médicament.

Les indications en pathologie hépatobiliaire, semblent devoir être assez variées si l'on tient compte des cas de nature assez différente dans lesquels divers auteurs ont obtenu de bons résultats.

C'est l'*ictère catarrhal* dans sa forme courante qui forme jusqu'ici l'indication principale (Brel). Certaines formes cliniques un peu particulières, moins habituellement ou moins rapidement influencées par le traitement classique, semblent avoir bénéficié de ce traitement. F. Ramond a obtenu de bons résultats dans un ictère catarrhal à début brusque. Mêmes effets (F. Ramond, Brel), dans un ictère catarrhal ayant déjà duré plusieurs semaines. De même après l'insuccès du traitement classique par les lavements froids, le salicylate, le calomel.

L'*ictère par rétention* dû à une lithiase ancienne a également été guéri par l'extrait d'artichaut (Rosa); de même (Brel) un cas de cirrhose hypertrophique avec subictère, cholémie et décoloration des matières.

Leclerc a obtenu d'heureux résultats dans un cas d'*angiocholite avec ictère* cutané et urinaire et décoloration des fèces.

De même, enfin, Brel dans divers cas où l'insuffisance hépatique au début se traduisait par de l'oligurie et de la constipation.

L'*indication principale* semble la *présence de l'ictère*, qu'il s'agisse de cirrhose, de lithiase, d'infection des voies biliaires; l'insuffisance hépatique ne constitue pas, bien au contraire, une contre-indication.

Citons encore, à titre accessoire, l'emploi de l'artichaut contre la lithiase urinaire (Lange, Murray), contre la goutte (Lane). Sans doute sont-ce les propriétés diurétiques de l'artichaut qui se sont montrées dans ces cas.

Il ne semble pas qu'il faille, à l'heure actuelle, envisager aucune contre-indication; le médicament semble peu toxique, Brel l'a employé chez l'enfant (huit ans) et chez le vieillard (soixante-seize ans); dans les deux cas, le médicament s'est montré sans inconvénients.

Mode d'administration. Posologie. — Comme pour tous les médicaments de semblable origine, la préparation d'une décoction aqueuse ou hydroalcoolique est exempte de difficultés. Mais le produit en est un liquide dont l'amertume ne le cède en rien à la gentiane ni au quinquina. Certains malades l'acceptent difficilement et il est préférable d'user de l'*extrait hydroalcoolique* dont la présentation *en pilules* permet de moins demander à la bonne volonté du patient. Chez l'enfant cependant cette présentation peut être difficile à employer; on devra en revenir à la décoction de feuilles que l'on fera prendre froide et vigoureusement sucrée à raison de trois tasses à thé par jour.

L'extrait hydroalcoolique est un produit brun

marron à cassure vitreuse et à odeur de réglisse, soluble dans l'eau en toutes proportions.

La formule habituellement employée par les auteurs est la suivante :

Extrait hydroalcoolique d'artichaut.	quinze centigr.
Poudre de réglisse................	q. s.

pour une pilule.

La dose quotidienne généralement suffisante varie *entre 6 et 9 pilules en 2 ou 3 prises* soit 90 centigrammes à 1g35 en vingt-quatre heures. Pendant la durée du traitement le malade est maintenu au régime lacté.

La médication peut sans inconvénients être continuée plusieurs jours de suite (quinze jours dans un cas de Brel).

Résultats. — Lorsque le médicament se montre efficace, il semble du reste agir en quelques jours; une semaine, moins encore parfois, ont suffi à F. Ramond et à Brel, pour voir disparaître les symptômes anormaux.

Très rapidement, on observe le début d'une diurèse qui semble se maintenir tout le temps du traitement. Parallèlement on voit se régulariser les fonctions intestinales, les selles se recolorent, les pigments et les sels biliaires diminuent dans l'urine puis disparaissent en même temps que l'appétit reparaît et que se relève l'état général.

Sans doute l'artichaut, même dans le traitement de l'ictère, ne sera-t-il jamais une des grandes vedettes de la thérapeutique. L'expérience déjà étendue de certains cliniciens permet cependant d'espérer en faire mieux qu'un médicament de seconde zone et d'efficacité discutable. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1930)

Action des rayons ultraviolets sur les venins. — MM. J. Vellard et Jarbas Penteado.

Séance publique annuelle. — La prochaine séance publique annuelle aura lieu le lundi 15 décembre 1930.

LIVRES NOUVEAUX

Le facteur héréditaire dans la tuberculose (1), par le professeur G. Sanarelli. (Bibliothèque italienne de la tuberculose.)

Les notions nouvelles ne manquent pas en matière de tuberculose et les acquisitions théoriques ne sont pas les moins importantes du fait de leurs répercussions pratiques. Jusqu'à ces dernières années, la doctrine semblait enfin fixée tou-

(1) Rome, Editrice Romana Medica, 1930.

chant l'hérédité tuberculeuse. La connaissance des formes filtrantes du germe tuberculeux vient bousculer cette quiétude et nous force à reviser et à préciser nos connaissances étiologiques et pathogéniques.

C'est à ce travail de critique et de mise au point que le professeur Sanarelli consacre le présent opuscule, bref mais riche de substance. Les observations cliniques, nombreuses, les documents statistiques expérimentaux et ethnographiques concourent à la démonstration.

Y a-t-il une hérédo-disposition à la tuberculose? ou une hérédo-immunité? L'auteur étudie successivement les tuberculoses du singe anthropoïde, du primitif, de l'émigrant, l'influence de la vie en collectivité, l'accoutumance au germe, la défense spontanée des collectivités, l'action contaminante et l'action protectrice du germe filtrant, les surinfections et l'allergie.

Il conclut par une synthèse et un ajustement des notions anciennes et des récentes tel qu'il nous est possible en l'état actuel de nos connaissances.

Cette étude, à laquelle la personnalité de l'auteur donne une particulière valeur, s'appuie sur une bibliographie considérable d'études récentes sur la question.

R. L.

Demain à Thélème (1), par le docteur William NICATI.

Ce nouvel ouvrage du docteur Nicati, qui consacre tous ses travaux à l'étude de Rabelais, depuis plus de vingt ans, doit être lu par tous les intellectuels. L'auteur, qui a publié, ces dernières années : *Les opérations cardinales de l'esprit humain, noble Pantagruel*, et *Rabelais notre maître*, étudie dans ce livre l'histoire des religions, conçue sur un plan psychologique nouveau. La religion étant, avant tout, *une fonction de discipline de l'esprit humain*, elle devient « thélémite », c'est-à-dire que, faisant appel à la bonne volonté, elle se transforme par étapes, en un élan spontané de sacrifices qui peut ramener à l'unité les divergences de doctrines religieuses. *Demain à Thélème* évoque aussi la Société des Nations, en quoi ce livre apparaît vraiment de réelle actualité.

L. G.

(1) Un volume de 228 p. — Prix : 12 fr. — Marseille, éditions « Quo Vadis », 107, rue Paradis. — Paris, dépôt chez Maloine.

Le Cancer à l'époque présente (1), par le docteur Ricardo HORNO ALCORTA.

Dans ce discours de réception, l'éminent professeur de la Faculté de Saragosse étudie ce que nous savons, ce que nous ignorons et ce que nous soupçonnons en matière de cancer; le péril cancéreux; après un rappel de cancérologie générale il examine les moyens dont nous disposons et les résultats qu'ils nous permettent d'atteindre.

Le cancer utérin si important, statistiquement et médicalement est favorisé d'une particulière étude, clinique et thérapeutique.

De toutes parts des voix autorisées s'élèvent qui dénoncent la gravité d'un mal que sa latence ne rend que plus redoutable; nul n'était plus qualifié que l'éminent chirurgien espagnol pour dresser un bilan et montrer la route à suivre.

R. L.

(1) Académie Royale de médecine de Saragosse, oct. 1929.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Plus de soucis pour le transport de vos bagages sur le réseau P.-L.-M. — Le Service d'enregistrement, d'enlèvement et de livraison à domicile que la Compagnie P.-L.-M. a créé à Paris, Lyon, Marseille, Cannes, Nice, Monte-Carlo et Menton est étendu aux stations d'Aix-les-Bains et de Vichy pendant la saison thermale, c'est-à-dire jusqu'en octobre, en attendant qu'il le soit à d'autres grands centres du réseau.

Sur ordre oral, écrit ou téléphonique donné ou envoyé aux gares et bureaux de ville P.-L.-M., aux Agences des wagons-lits dans ces villes, vos bagages, que vous voyagiez en 1re, 2e ou 3e classes, sont enlevés à votre domicile et déposés, à votre arrivée, au lieu même que vous désignez. Si vous les avez transportés vous-même à la gare de départ et que vous vouliez ne pas vous occuper de leur transport à domicile, dites-le à l'agent qui les enregistre et ce sera fait.

Vous pouvez, par ailleurs, donner votre ordre, soit en cours de route au surveillant du train ou à l'agent des wagons-lits, soit au guichet spécial des bagages à la gare où vous descendez du train.

Chamonix est un centre d'excursions en cars P.-L.-M. — Chaque jour, partent de Chamonix, les autocars P.-L.-M. qui font le « tour du Mont Blanc » en deux étapes d'une journée chacune.

La première étape comporte, au delà de Combloux, la traversée des gorges de l'Arly et du col du Petit-Saint-Bernard; déjeuner à Brides-les-Bains en Tarentaise; dîner et coucher à Courmayeur.

Le lendemain, les cars s'acheminent à travers la vallée d'Aoste, vers le col du Grand-Saint-Bernard, où a lieu le déjeuner. Par Martigny et les lacets de la Forclaz, on atteint, dans l'après-midi, le gouffre de la Tête-Noire, puis Vallorcine, Argentière et enfin Chamonix.

De Chamonix, on peut également effectuer les circuits suivants :

En une journée : Sixt et le Fer-à-Cheval; le Grand-Saint-Bernard; le Valais; Annecy; Evian.

En une demi-journée : le col des Montets-le Châtelard; Notre-Dame-de-la-Gorge; les gorges de la Diosaz; Montroc et le glacier du Tour; le lac Vert; le glacier des Bossons.

Ces services fonctionnent de juillet à septembre.

Pour connaître les jours de fonctionnement, s'adresser au Pavillon P.-L.-M. des autocars, avenue de la Gare, à Chamonix.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par arrêté ministériel du 22 septembre 1930, M. Balthazard, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, pour une période de trois ans, à dater du 1er octobre 1930, Doyen de ladite Faculté.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Corajod, Girard, Mansuy, Badinand, Damez, Frich, Bouquin, Philippe, Bérard (Marcel), Brun, Vachon, Bret, Leclerc (Pierre), Dardaillon, Bonnamour, Mermet.

Admis en suppléance d'internes : Mlle Delos, MM. Molin, Roget, Rigot, Bernard, Modrin, Nodet, Boulez, Lafon, Soustelle, Grimonet, Mlle Thiébaut, MM. Edel, Camelin, Faure, Boudènes, Mlle Butavand, MM. Tillier, Thiers.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Peloquin, du Maroc; Causeret, à Alger.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Savarroc, de Lyon, affecté à la place de Lyon; Courboules, de Bordeaux-Talence; Vanlande, à Alger.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Alquier, de Besançon; Ligoulet, Paris; Fournier, 38e d'inf.; Mailhe, 27e tirail.; Bonnet, 19e corps; Ryckebusch, de Vannes; Dufilhol, 105e d'artil.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Duport, 106e d'inf.; Guichêne, 8e génie; Caivet, 134e train; Tourniair, 54e artil., Lyon; Passa, 5e génie; Tristani, 19e corps; Bergondi, de Briançon; Chappoux, 24e inf.; Stotzel, 19e corps.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Passa, au ministère des colonies; Levet, au Pacifique.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Teste, au 4e sénégalais; Gambier, au 21e inf. col.; de Reilhan de Carnas, au 51e indochinois.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins capitaines Jouhaud, en A. O. F.; Vernon, au 2e artill. col.; Agenet, en Guyane; Tisseuil, en Nouvelle-Calédonie; Bravard, en Indochine; Chaigneau, en Tunisie.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Beautes, en A. E. F.; Chabrelie, en A. E. F.; Hostier, en A. E. F.; Berny, en A. E. F.; Bernard, à Madagascar; Creen, à Madagascar; Perramond, en A. O. F.; Castets, en A. O. F.; Remion, en A. E. F.; Orly, à la Guyane; Dias-Cavaroni, à Madagascar; Ceccaldi, en Indochine; Escudier, en A. E. F.

MARINE. — LISTE D'ADMISSION A L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE A BORDEAUX. — Par décision du 26 septembre 1930, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1930 :

Candidats à 4 inscriptions : 1. MM. de Masson d'Autume, Pinson, Caro, Melenec, Caillet, Ezel, Jezequel, Aballea, Epergue, Mear,

11. Le Roy, Maillot, Quiniou, Marilleau, Bellec, Aubert, Le Lourd, Doher, Le Goff, Le Pivert,

21. Valat, Roncin, Coy, Perrin, Hervo, Dubroca, Roux, Langlois, Riou, Pellissier,

31. Barnay, Fougerat, Gillot, Gineste, Le Bras, Verd, Forces, Doumax, Mingasson, Lacrampe,

41. Gouemelon, Aleonard, Feillard, Bourgain, Birier, Jullien-Vieroz, Arzel, Cros, Jourdan, Chirle,

51. Daire, Hecaen, Carrere, Moreau, Lacombe, Camborde, Cazenave, Kervran, Baron, Marcoux,

61. Jouve, Couadau, Lefebvre, Mondon, Mauric, Lasserre, Bertrand, Le Hecho, Geniaux, Le Blouch,

71. Courdurier, Dare, Latouche, Abadie, Bagarry, Ducelier, Moret, Dosser, Castella, Riou,

81. Bouthillier, Couzi, Bonnefoi, Charbonnier, Amphoux, Richard, Silveri, Hervé, Bec, Lauret,

91. Taburet, Clément, Brun, Thenoz, Hodoyer, Monin, Orsini, Plumauzille, Prevot, Soubde.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le mercredi 22 octobre 1931 et se présenter, avant 11 h., au médecin général, directeur de l'Ecole, 145, cours de la Marne.

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer, avant le 12 octobre 1930, au ministère de la Marine (direction centrale du Service de santé), sa démission d'élève accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteur.

Les candidats qui offriraient leur démission avant la date fixée pour l'entrée à l'Ecole seraient remplacés par des candidats dont la liste serait publiée au *Journal officiel*.

Au cas où des élèves ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination la présente insertion leur en tiendra lieu et leur servira pour l'établissement d'une feuille de route pour se rendre à Bordeaux.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — Le Comité de l'Association se réunira à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 8 octobre prochain, à 10 h., et la séance de l'assemblée aura lieu le même jour, à 14 h. 30, à la Faculté de médecine.

Ordre du jour. — 1° Rapports du secrétaire général et du trésorier;

2° Projet d'affiliation à la Confédération des travailleurs intellectuels (M. le professeur Paul Delmas, rapporteur);

3° Réforme des études médicales, question du P. C. N. (M. le professeur Chassevant, rapporteur);

4° Le recrutement et la formation des sages-femmes (M. le professeur Paul Delmas, rapporteur);

5° Les professeurs pères de famille et l'instruction de leurs enfants dans l'enseignement secondaire, supérieur et dans les grandes écoles (M. le professeur agrégé Boudet, rapporteur);

6° Organisation des démarches auprès des parlementaires en vue de faire cesser la situation anormale des professeurs payant patente;

7° Modification à apporter au Comité consultatif;

8° Les agrégés chefs de travaux;

9° Marseille, ville de Faculté;

10° Questions diverses.

ASSOCIATION STOMATOLOGIQUE INTERNATIONALE. — L'Assemblée générale du 20 septembre 1930, à Venise, a procédé à l'élection d'un nouveau bureau :

Président : M. le docteur Szabo (de Budapest).

Vice-présidents : MM. les docteurs Coen-Cagli (de Rome), Van Mosuenck (de Louvain), Herpin (de Paris).

Secrétaire général : M. le docteur Sturm (de Budapest).

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Morelli (de Budapest).

Trésorier : M. le docteur Dauguet (de Paris).

Trésorier adjoint : M. le docteur Molnar (de Budapest).

Archiviste : M. le docteur Dechaume (de Paris).

Le docteur Chompret, président sortant, a été nommé président d'honneur de l'Association.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le mercredi 8 octobre, de 9 h. 1/2 à 11. h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstration sur :

1° Ce que tout chirurgien ou médecin ou radiographe doit savoir de la rénovation de la pathologie de la hanche, par les travaux d'après guerre.

2° Ce que doit être le traitement des luxations et subluxations congénitales aux divers âges.

3° Le meilleur traitement local des tuberculoses « chirurgicales » (adénites, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchiepididymites, etc.).

Moyens d'accès : tramways 14 et 20, descendre à l'arrêt rue Jean Nicot, entre le Pont des Invalides et le Pont de l'Alma.

HÔPITAL BOUCICAUT. — COURS DE TECHNIQUE ÉLÉMENTAIRE MÉDICO-CHIRURGICALE du jeudi 2 octobre au mercredi 29 octobre inclus. — Ce cours exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 h., à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. Courcoux et Trémolières, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut; avec la collaboration de M. Guilbert, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de M. Rouhier, chirurgien des hôpitaux, de MM. Bidermann et Tardieu, assistants à l'hôpital Boucicaut. Après un court exposé théorique les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'exploration clinique des malades.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. (Service de M. le docteur DEVRAIGNE). — Le docteur J.-E. Marcel commencera le 3 octobre 1930, un cours d'électrothérapie pratique plus spécialement appliqué à la gynécologie,

Ce cours comprendra 5 leçons théoriques (de 2 h. chacune) et des travaux pratiques.

Programme du cours. — *a.* Courant continu.

b. Courant faradique, courant sinusoïdal.

c. Courants de haute fréquence.

1° Haute fréquence, basse tension : diathermie, diathermocoagulation avec ou sans fil. Diathermo-hydrothérapie et étincelage diathermique. Curettage diathermique;

2° Haute fréquence, haute tension : effluvation, tubes à vide tubes condensateurs, étincelage des tensions.

d. Rayons ultra-violets, rayons infra-rouges.

e. Indications de l'électrothérapie en gynécologie.

A la fin de chaque leçon, il sera distribué un résumé dactylographié du cours.

Prix du cours : 400 fr.

Les leçons auront lieu, en principe, les mardi et vendredi, de 21 h. à 23 h. Prière de s'inscrire dans le service du docteur Devraigne, maternité de Lariboisière.

ASILES DE LA SEINE. — PRÉPARATION AU CONCOURS DE L'INTERNAT. — Des conférences d'anatomie et de physiologie du système nerveux seront faites à partir du 15 octobre par le docteur Pierre Masquin, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

L'ULCÈRE CALLEUX DE L'ESTOMAC

ET LE SOI-DISANT ULCÉRO-CANCER

Par le Professeur HENRI HARTMANN.

Tout le monde s'entend sur ce qu'on appelle ulcère calleux de l'estomac. C'est une variété d'ulcère qui siège généralement au niveau de la petite courbure, quelquefois au niveau de la région pylorique. Il repose sur une base indurée, fibreuse, véritable callosité qui lui a valu son nom. Il présente du côté de la muqueuse des bords nettement découpés entourant une sorte de puits. Ses dimensions sont, en général, assez petites. Le plus souvent, il est unique. On peut cependant le voir double ou encore être associé à une série d'ulcères superficiels. Lorsqu'il est double, les deux ulcères siègent presque côte à côte le long de la petite courbure, ou sur les deux faces, en avant et en arrière de la petite courbure; nous avons vu aussi un des ulcères sur la petite courbure, l'autre, en regard, sur la grande, disposition exceptionnelle. Lorsqu'il existe une série d'ulcères, généralement l'un d'entr'eux a les caractères de l'ulcère calleux, les autres sont plus souples, plus superficiels et entament simplement la muqueuse.

Par suite de l'extension du processus inflammatoire chronique qui caractérise l'ulcère calleux, le petit épiploon présente souvent à son contact un épaississement scléro-adipeux; des adhérences s'établissent avec les parties voisines, la paroi abdominale quelquefois, le foie plus souvent, le pancréas habituellement, parfois même c'est un de ces organes qui constitue son fond, l'ulcère ayant creusé toute l'épaisseur de la paroi gastrique.

Ces caractères généraux sont communs à tous les ulcères calleux; mais lorsqu'on les étudie avec attention et surtout lorsqu'on en fait l'examen microscopique, on voit qu'ils ne sont pas tous identiques; il y en a où l'on ne trouve que des lésions d'inflammation simple, scléreuse, d'autres où il existe une infiltration épithéliale, d'autres enfin qui présentent des signes indéniables de tuberculose, cette dernière variété étant rare. Sur 128 ulcères calleux dont nous avons fait faire l'examen histologique dans le laboratoire de la clinique, on a trouvé 106 ulcères calleux simples, 21 cancers et 1 tuberculose, soit 16, 4 p. 100 d'ulcères cancéreux, chiffre intermédiaire à ceux constatés par mes collègues Lecène 15 cancers sur 63 ulcères calleux, 23,8 p. 100 et Duval 14 sur 127, 11,02 p. 100.

Anatomie pathologique des ulcères calleux. — **Ulcères calleux vrais.** — L'ulcération généralement petite, est arrondie ou ovalaire, elle repose sur un fond scléreux; la muqueuse, non ulcérée, qui l'entoure, est souvent plissée, comme attirée vers le fond de l'ulcère. Sur une coupe, on voit une cupule creusée dans une masse calleuse qui s'étend au delà des limites de l'ulcération; le fond est scléreux, souvent recouvert d'un exsudat muco-purulent. La muqueuse semble coupée au niveau de son bord; en réalité, quand on l'examine avec attention à la loupe, on voit qu'elle forme un bourrelet qui surplombe l'ulcère, puis descend sur ses bords en s'amincissant et disparaît peu à peu.

L'étude microscopique des ulcères, que nous avons réséqués, a permis à notre chef de laboratoire M. M. Renaud, qui a bien voulu examiner pour nous un très grand nombre de pièces opératoires, de faire les constatations suivantes :

La muqueuse présente des lésions inflammatoires manifestes avec développement considérable des cellules lymphoïdes, infiltration de cellules rondes, toutes lésions inflammatoires banales. Il peut y avoir une dilatation kystique des glandes par accumulation de sécrétion excessive de produits albuminoïdes. Parfois les tubes glandulaires semblent allongés, pelotonnés, le développement de l'appareil glandulaire paraît excessif, aspects qui ont fait croire à des productions adénomateuses. La muqueuse se détruit par un double mécanisme, nécrose et suppuration en surface, envahissement par un tissu de sclérose inflammatoire dans la profondeur.

Ce tissu de sclérose envahit la celluleuse, la musculaire-muqueuse, il entraîne la destruction de la tunique musculaire dont on ne trouve plus trace au fond de l'ulcère. Du noyau calleux partent des tractus scléreux qui dissocient, à sa périphérie, le tissu musculaire en faisceaux irréguliers. Aussi est-il impossible de fixer exactement le lieu de coupure de la musculeuse; celle-ci se confond avec les autres tuniques dans le bloc inflammatoire scléreux sur lequel est creusé l'ulcère.

Le péritoine est lui-même envahi par le processus inflammatoire, d'où les plaques blanc-grisâtre, qui, extérieurement, signalent la lésion, les adhérences avec les organes voisins qui finissent eux-mêmes par être envahis; tous les chirurgiens ont vu, en particulier sur le pancréas, les excavations cupuliformes qu'y creusent quelquefois des ulcères.

La caractéristique de l'ulcère calleux est l'existence d'un processus d'inflammation chronique, scléreux, qui aboutit à la formation de la callosité, véritable bloc scléro-lardacé, caractéristique de la lésion. Blanc, brillant, avec des reflets nacrés, il forme une masse homogène, ferme, qui s'irradie de tous côtés, se soudant à la base de la muqueuse, dissociant latéralement les faisceaux de la tunique musculaire, envahissant le péritoine et même la gangue graisseuse du petit épiploon.

Beaucoup d'auteurs voient là un processus de cicatrisation, le résultat d'une réaction qui limiterait la perte de substance. Il n'en est rien; on est en présence d'une sclérose inflammatoire qui n'a nulle part de limites précises; elle s'étend fort loin dans les tissus voisins, dépassant de beaucoup les limites de l'ulcération. Son extension détermine, au pourtour de l'ulcère, l'existence d'une zone rétractile. De là l'apparence rayonnée que présente la muqueuse au pourtour de l'ulcère, la rétraction de la petite courbure, sa déformation angulaire, la sténose du pylore, la biloculation de l'estomac. Toutes les parties voisines sont plus ou moins attirées vers l'ulcère; ainsi s'explique ce fait, qu'après résection

d'un petit ulcère, le chirurgien se trouve en présence d'une brèche considérable, les parties voisines n'étant plus attirées vers le centre de la lésion, ont repris leur situation normale.

Il s'agit bien là d'un processus inflammatoire et non d'un simple tissu de cicatrice, comme on le dit quelquefois. Sur certaines de nos pièces, on voit de petites adénopathies et même des tissus jeunes, des tissus inflammatoires de type presque aigu. Rosenow, Askanazy y ont signalé la présence de streptocoques, ce que nous avons pu vérifier. Parfois on ne trouve pas de streptocoques à la surface de l'ulcère, mais le tissu scléreux sous-jacent en contient. La présence de ces agents microbiens est intéressante, elle nous explique la marche de la maladie, ses périodes de calme, celles de crises, le microbisme latent se réveillant par moments, déterminant des poussées inflammatoires successives suivant un processus en tous points comparable à ce que l'on voit dans les ostéites.

Ulcères cancéreux. — Dans un certain nombre de cas ces ulcères présentent à l'œil nu un aspect rappelant celui d'un ulcère calleux, avec cette seule particularité que souvent l'ulcère est un peu plus large; au microscope la différence est grande, on y constate une infiltration épithéliale.

S'agit-il d'un ulcère cancérisé secondairement ou d'un cancer très fibreux à marche lente? Les deux opinions ont été soutenues. En France, Mathieu, Hayem, Dieulafoy, Lion ont soutenu la première opinion; en Amérique, Wilson et Mac Carthy l'ont poussée à l'extrême, allant jusqu'à dire que 76 p. 100 des cancers sont des ulcères dégénérés, que 68 p. 100 des ulcères dégénèrent en cancers. Quelques voix discordantes se sont cependant élevées contre cette opinion. A Lyon, Tripier a décrit un ulcère cancéreux qu'il compare à l'ulcus rodens de la peau; plus récemment Oettinger, tout en admettant la possibilité de la cancérisation des ulcères, pense qu'on en a beaucoup exagéré la fréquence et que le plus souvent il s'agit d'une forme spéciale de cancer revêtant à l'œil nu l'aspect d'un ulcère. Dans ces derniers temps, Ewing, en Amérique; Aschoff, Konjetzny, en Allemagne; Mathew Stewart, Spilsbury, Dibbe, en Angleterre, considèrent comme très exagérée l'opinion régnante. Dans certains cas, ayant l'apparence d'un ulcère calleux simple, on voit déjà, à l'œil nu, en regardant avec attention, que le tissu sous-jacent à l'ulcération est plus homogène, plus mat que le tissu scléreux banal; au microscope, on constate une infiltration néoplasique qui s'étale au-dessus d'une couche musculaire infiltrée seulement par places de boyaux épithéliaux. *La conservation d'une couche musculaire presque intacte suffit pour différencier ces cas des ulcères calleux vrais.* Son absence permet-elle de dire qu'il s'agit d'un ulcère cancérisé? Nous ne le croyons pas. Dans les cancers les plus typiques, dans ceux où la question de l'ulcéro-cancer ne peut se poser, on voit souvent le néoplasme occuper toute l'épaisseur de la paroi gastrique. Des cancers sans ulcération peuvent infiltrer la couche musculaire, la dissocier, puis la détruire. L'absence de celle-ci n'implique donc pas nécessairement l'existence d'un ulcère calleux. L'existence d'un tissu de sclérose concomitant autoriserait-elle à dire que l'infiltration néoplasique s'est faite dans un tissu enflammé de longue date? Certainement non; bien des cancers s'accompagnent de productions fibreuses très développées. Il nous suffira de rappeler ce que l'on voit au niveau du sein dans les formes dites squirrheuses du cancer.

Les défenseurs de la théorie de l'ulcéro-cancer donnent encore comme argument en faveur de leur thèse les cas dans lesquels on trouve un fond d'ulcération simplement scléreux, alors que, sur les bords, on constate une infiltration épithéliale; de tels cas seraient, pour eux, des formes indéniables d'ulcéro-cancer.

Analysons ces cas, il y en a de deux sortes :

Dans les uns, on trouve une infiltration cancéreuse de tout le pourtour de l'ulcère. Qu'on réfléchisse un instant. Est-il possible d'admettre qu'un cancer fasse sagement le tour des bords de l'ulcère sans qu'il y ait le moindre envahissement à la périphérie, contrairement à ce qu'on voit dans les autres cancers? N'est-il pas plus simple de supposer que, par suite d'un travail inflammatoire de désintégration, de l'influence possible des sucs digestifs, le centre de la masse épithéliomateuse soit détruit? Deux fois sur des plaques étendues d'infiltration épithéliomateuse, nous avons vu au centre de la plaque une ulcération à fond plat ayant à l'œil nu l'aspect d'un ulcère. Que le processus ulcéreux eût été plus étendu et l'on aurait eu une apparence d'ulcère avec dégénérescence épithéliomateuse de ses bords.

Dans les autres, la dégénérescence cancéreuse est admise simplement parce que, dans le tissu fibreux du bord de l'ulcère, on voit incluses quelques cellules épithéliales. On saisirait, dans ces cas, disent les défenseurs de la théorie de l'ulcéro-cancer, le début microscopique de la dégénérescence cancéreuse. En fait, cette présence de quelques cellules épithéliales incluses dans le tissu fibreux ne suffit pas pour affirmer l'existence d'un cancer au début. Elle peut s'expliquer par la distorsion générale des tissus dans le processus rétractile de l'ulcère calleux. Masson, étudiant la cicatrisation des plaies de guerre, a constaté que dans celles de longue durée qui s'accompagnent de productions scléreuses, en particulier dans celles qui ont été traitées par la méthode de Carrel, on voit, dans la profondeur des cicatrices, des cellules épidermiques et même des globes cornés. Au moment où il publiait le résultat de ses constatations, en 1918, il écrivait : « Il sera intéressant de voir si, sur les cicatrices de plaies de guerre, on verra plus tard se développer fréquemment des épithéliomas ». Plus de quinze ans se sont écoulés et pas un de nous n'a vu ces épithéliomas cicatriciels. Il ne s'agissait donc pas d'un début de cancer. C'est peut-être parce qu'à la Clinique des Mayos on range dans les épithéliomas tous les cas où l'on a vu quelques cellules épithéliales dans la profondeur que le nombre des guérisons définitives après gastrectomie (37,6 p. 100) est notablement plus grand que dans les autres cliniques où il n'est que de 27 à 30 p. 100.

En dehors de tous ces arguments tirés de l'anato-

mie pathologiques, nous pouvons encore donner une série d'autres raisons pour établir que l'opinion couramment acceptée, admise par l'unanimité des chirurgiens au Congrès français de chirurgie de 1720, est une opinion erronée.

LE SIÈGE. — Le cancer se développe le plus souvent au niveau du pylore, l'ulcère calleux au niveau de la petite courbure, point qu'avait déjà signalé Matthew Stewart (67 p. 100 des cancers, 17,5 p. 100 des ulcères au niveau du pylore, 11,5 p. 100 des cancers, 73 p. 100 des ulcères au niveau de la petite courbure).

L'AGE DES MALADES. — Nos opérés d'ulcère calleux simple avaient généralement de trente et un à cinquante ans; ceux opérés d'ulcères cancéreux de quarante et un à soixante ans.

L'HISTOIRE DE LA MALADIE. — A part quelques cas exceptionnels, dans les ulcères calleux simples, elle a été de longue durée, avec des période de calme, des rechutes à longue échéance. Dans les ulcères cancéreux, elle a été généralement courte; notre maître Hayem, dont les observations cliniques sont précises, le note chez plusieurs de ses malades; il l'explique en disant que la période d'ulcère a été latente. Nous ne pouvons nous empêcher de trouver curieux que cette période latente de l'évolution de l'ulcère soit fréquente lors d'ulcère cancéreux et qu'elle manque d'une manière presque constante dans les ulcères calleux non cancéreux que nous avons opérés et qui tous avaient une longue histoire d'ulcus.

LES EFFETS DU TRAITEMENT MÉDICAL. — Alors que dans l'ulcère calleux, le traitement médical procure le plus souvent aux malades des améliorations temporaires, dans l'ulcère cancéreux, il n'a que peu d'action.

L'ABSENCE DE DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE DANS LES ULCÈRES COMPLIQUÉS DE BILOCULATION DE L'ESTOMAC. — Jamais nous n'avons vu de dégénérescence cancéreuse dans l'estomac biloculaire et cependant, lorsqu'on les opère, le début des symptômes remonte, dans un quart des cas, à plus de vingt ans. Ce sont de tous les ulcères, pour lesquels le chirurgien intervient, ceux qui ont eu la plus longue durée. Pourquoi ne voit-on jamais la dégénérescence cancéreuse? Pour une raison très simple, c'est que toutes les biloculations sont en rapport avec un ulcère calleux vrai, le cancer ne se compliquant pas de cette sclérose interstitielle s'étendant à distance et causant la biloculation.

L'ÉTUDE DES SUITES ÉLOIGNÉES DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — Si la dégénérescence cancéreuse des ulcères était fréquente, on devrait voir mourir de cancer un grand nombre des gastro-entérostomisés. Or, qu'on prenne notre statistique, celles de Krönlein, de Greenough et Joslin, d'Hemmeter, de Sherren, d'Exalto, on voit qu'il n'en est rien.

Un fait est encore à mentionner, c'est qu'en Indo-Chine l'ulcère de l'estomac est fréquent; le cancer, au contraire, est rare.

Pour toutes ces raisons, nous croyons pouvoir affirmer que l'opinion couramment admise doit être abandonnée. Sans aller jusqu'à nier l'existence possible de l'ulcéro-cancer, nous pensons qu'il ne s'agit que d'un processus relativement rare par rapport à la fréquence des ulcères cancéreux simulant l'ulcère simple.

ULCÈRES TUBERCULEUX. — Un fait, que nous avons observé, rapproché d'un autre de notre collègue Lecène, nous permet de dire qu'à côté des formes connues de la tuberculose gastrique, il y a lieu de faire une place à l'ulcère calleux tuberculeux. Chez notre opéré, la longue évolution de la maladie, avec des crises séparées par des périodes de calme, l'hypersécrétion gastrique, l'aspect de l'ulcère en selle, à bords nettement découpés, creusé en niche dans un noyau scléreux, nous avait fait penser à un ulcère calleux simple. L'examen histologique a montré que l'ulcère était creusé en plein tissu tuberculeux. De pareils cas sont probablement rares, ils n'en existent pas moins et il est probable que si l'on s'astreint à faire l'examen systématique de tous les ulcères calleux réséqués, on en trouvera d'autres.

*
* *

Étude clinique des ulcères calleux. — En dehors des symptômes directement en rapport avec les déformations qu'entraînent souvent les processus rétractiles qui les accompagnent (sténose pylorique, biloculation de l'estomac), les ulcères calleux se manifestent par des crises douloureuses, d'abord espacées, puis quotidiennes. L'existence de douleurs tardives, survenant quelques heures après le repas, durant un temps plus ou moins long ou cessant immédiatement à la suite d'un vomissement, ce qu'avec M. Soupault nous avons décrit autrefois sous le nom de syndrome pylorique, douleurs qui correspondent à des difficultés dans l'évacuation du contenu de l'estomac n'implique pas nécessairement l'existence d'une sténose pylorique. On peut les noter dans des cas de spasme du pylore. Il est facile de distinguer ces deux ordres de lésions en faisant un tubage de l'estomac le matin à jeun et en constatant qu'il existe ou non une stase alimentaire. En l'absence de celle-ci, dans les ulcères calleux sans rétraction de la région pylorique, on ne trouve pas de débris de carottes dans le liquide retiré, mais il est habituel de ramener une petite quantité de liquide de coloration variable, fortement acide, rougissant toujours le papier de tournesol. Un ulcère de la petite courbure est alors à craindre. L'examen radiologique va souvent permettre d'en affirmer l'existence.

L'anatomie pathologique nous a montré que l'ulcère calleux creusait les tuniques stomacales, qu'il s'accompagnait d'un processus scléreux, s'étendant à distance, l'examen radiologique nous donne souvent l'image de ces diverses lésions. Certes, dans les cas de lésions peu étendues, on ne constate qu'une encoche de la grande courbure en regard de l'ulcère que décèle souvent un point douloureux à la pression de la petite, l'encoche correspondant à une contracture spasmodique des fibres musculaires de l'esto-

mac. Mais bien souvent on voit des lésions caractéristiques, l'existence d'une niche, tantôt sous forme d'ampoule, tantôt sous forme de simple éperon, etc., déformation bien connue depuis les travaux de Haudek. Cette niche peut passer inaperçue lorsque l'ulcère est haut placé, près du cardia; il est alors nécessaire pour la voir de placer le malade dans le décubitus latéral gauche ou même d'incliner légèrement en bas la partie supérieure du tronc, de manière que la région, siège de l'ulcère, ne soit pas au-dessus du niveau du liquide opaque ingéré.

La rétraction de la petite courbure, qui entraîne le pylore à gauche, le rapproche du cardia, montre l'existence du processus rétractile qui accompagne l'ulcère calleux. Lorsqu'elle est très marquée, comme la grande courbure ne participe pas à la rétraction, il en résulte quelquefois un enroulement de l'estomac en forme de coquille de colimaçon. Pierre Duval et H. Béclère ont aussi très justement insisté sur la rigidité de la petite courbure et sur l'angulation en L qui elles aussi établissent l'étendue du processus scléreux. L'aspect de l'estomac est alors, comme le dit Roux (de Lausanne), celui d'une lampe de mineur. Je ne vous parlerai pas des déformations en bissac qui sont bien connues depuis longtemps, mais je vous ajouterai un dernier point, c'est l'arrêt de la migration des contractions le long de la petite courbure au niveau de la masse calleuse.

Dans ces derniers temps, en comprimant les parois de l'estomac de manière à le vider de la gélobarine, à l'exemple de Beng et de Chaoul, M. Dioclès, radiologue de l'Hôtel-Dieu, a pu nous donner des radiographies sur lesquelles on voyait les plis radiés de la muqueuse entourant l'ulcère.

Dans le cancer ulcéreux, comme dans l'ulcère calleux simple, on peut voir des images de niche, mais souvent les dimensions du cratère sont un peu plus larges, la niche est un peu moins régulière. L'âge plus avancé du malade, l'évolution plus courte des symptômes, une inappétence quelquefois plus marquée, une chlorhydrie moins forte permettent souvent d'en soupçonner l'existence,

Les symptômes de l'ulcère calleux tuberculeux ne nous arrêteront pas; chez notre malade l'histoire avait été de longue durée, l'hyperchlorhydrie manifeste, seule une hémoptysie de date ancienne, l'existence d'une épididymite chronique suppurée fistuleuse établissaient qu'on se trouvait en présence d'un tuberculeux; un tuberculeux peut avoir un ulcère calleux; souvent même les ulcères calleux entraînant une dénutrition du malade, se compliquent de tuberculose, rien, par conséquent, ne permettait de soulever la question d'un ulcère tuberculeux. C'est l'examen histologique de la pièce qui nous en a montré la nature.

***

Traitement des ulcères calleux. — Le traitement de l'ulcère calleux de l'estomac est encore très discuté. Alors qu'on croyait à la grande fréquence de l'ulcéro-cancer, on pouvait regarder l'opération dite radicale, l'extirpation, comme seule indiquée. Imbu des idées régnantes je l'ai, dans ces dernières années, couramment pratiquée. L'étude des résultats éloignés de mes opérations m'a permis de faire un certain nombre de constatations.

L'opération de Balfour et la résection en selle des ulcères calleux de la petite courbure, pratiquées seules, donnent de mauvais résultats, il faut y adjoindre la gastro-entérostomie. Pour qu'un malade, opéré d'ulcère, soit à l'abri d'accidents consécutifs, il faut que l'estomac se vide bien. Les très bons résultats que nous avons obtenus à la suite de la résection, combinée à la gastro-entérostomie, sont ceux où après résection falciforme, j'avais, par une suture en surjet, avec l'aiguille passée directement d'avant en arrière, effacé complètement l'antre pylorique. A la radioscopie on ne voyait alors qu'un estomac en forme d'œuf avec une bouche gastro-jéjunale à son point déclive.

Dans les cas d'ulcère cancéreux, les résections de la petite courbure ne m'ont, en général, donné que de mauvais résultats. Il m'a même semblé plusieurs fois qu'elles avaient accéléré la marche de la maladie, tout comme le faisaient autrefois les opérations parcimonieuses qu'on pratiquait dans des cancers squirrheux du sein. Il semble qu'on sème dans une terre fraîchement labourée, des graines de cancer, qui jusqu'alors restaient à peu près immobiles, incluses qu'elles étaient dans un tissu scléreux. De larges gastro-pylorectomies donneront-elles de meilleurs résultats? Je ne puis encore répondre à cette question qu'étudie un de mes assistants, M. Bergeret, qui pratique systématiquement dans les ulcères la gastro-pylorectomie suivant la méthode de Reichel-Polya. Les cas d'ulcères cancéreux ainsi opérés dans ma clinique ne sont pas assez nombreux et n'ont pas été suivis pendant un temps suffisant pour qu'on puisse poser actuellement des conclusions définitives. La fréquence des adhérences postérieures, pancréatiques, fait craindre que l'opération soit souvent incomplète et alors elle n'aura fait que rendre rapide une marche qui jusqu'alors était lente. Aussi reviendrons-nous peut-être à la gastro-entérostomie simple dont les résultats éloignés sont, en général, excellents dans les ulcères de la petite courbure, comme me l'a montré l'examen des résultats éloignés sur mes opérés revus après un temps variant de trois à vingt-deux ans. Comme nous l'avons vu, les malades ayant un long passé d'ulcère ne sont d'une manière générale pas atteints de cancer; l'indication de l'ablation en vue d'enlever des ulcères cancérisés n'existe pas. Seule elle se poserait dans les ulcères cancéreux, et seulement lorsque ceux-ci ne présentent pas d'adhérences postérieures. C'est là une question qui ne peut actuellement être tranchée et si, comme vous l'avez vu, sur bien des points j'ai des opinions arrêtées, il en est d'autres, pour lesquelles je reste hésitant; seul l'avenir permettra de poser des conclusions définitives.

La formation de l'Être. Histoire des idées sur la génération, par Jean Rostan. Un volume in-16, broché. — Prix : 12 fr. — Paris, Hachette.

DU MOMENT OU IL FAUT OPÉRER

LES APPENDICITES AIGUES[1]

Par M. Ch. LEFEBVRE,
Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.

La ligne de conduite du plus grand nombre des chirurgiens, en ce qui concerne le moment de l'intervention dans les appendicites aiguës, est d'opérer d'urgence tous les cas vus dans les deux ou trois premiers jours et, à partir de ce moment, de confier au traitement médical le refroidissement des lésions avec appendicectomie à froid de six à huit semaines après extinction de tous signes inflammatoires. Quelques opérateurs interviennent à tous moments de l'évolution. La présente manière d'envisager les faits me semble d'ailleurs pouvoir servir de terrain d'entente entre ces deux opinions.

Je ne parle pas de ceux qui, malheureusement pour leurs clients et pour eux-mêmes, pensent encore devoir refroidir toutes leurs appendicites et attendre le calme complet pour opérer à froid.

C'est donc une question d'heures, de temps qui sert de critérium thérapeutique. C'est là une profonde erreur. Un seul élément doit nous guider : c'est l'état anatomique des lésions avec l'idée constante du devoir impérieux et inéluctable de l'exérèse de l'organe malade.

Et cependant un argument vient aussitôt aux lèvres : il est loin d'être toujours possible d'enlever un appendice tard après le début de l'affection. Le fait est réel, indiscutable. Voici donc la question « temps » qui revient en discussion.

Le *début* de l'affection... Ce terme demande des éclaircissements. De quel début s'agit-il dans l'esprit de ceux dont je parlais plus haut?... début clinique?... début anatomique?... On peut, je crois, sans erreur, estimer que tout le monde parle de début clinique, car bien prétentieux serait celui qui affirmerait qu'il parle de début anatomique!

Que parfois ces espèces de début concordent, on ne peut le nier. Mais il est loin d'en être fort souvent ainsi. Voici un exemple :

Un jeune homme de vingt-deux ans circule en touriste dans l'ouest de la France, sans aucune trace de malaise général ni de troubles abdominaux. Ses pérégrinations terminées, il prend le train où il fait deux repas au wagon-restaurant, rentre chez lui après douze heures de train, parfaitement dispos et se couche. Quatre heures après (onze heures du soir), il est pris de douleurs vives dans le flanc droit et vomit. Son médecin appelé constate de la défense musculaire, de l'induration profonde de la région appendiculaire, une température de 38°5, un pouls à 80. Appelé à mon tour à quatre heures du matin, le diagnostic établi en un instant, l'opération est effectuée une heure après, soit six heures après le début clinique net de la crise. Le ventre ouvert, je trouve : région appendiculaire bloquée par des adhérences déjà très consistantes, avec des fausses membranes épaisses de 2 à 3 millimètres environ, adhérentes à l'intestin; au milieu de cet amas, un appendice de la grosseur d'un pouce d'adulte, très rouge, irrégulier, incurvé, à méso très œdématié. Appendicectomie. Appendice très friable, à cavité de la dimension d'un crayon remplie de liquide purulent, paroi épaisse de 1 centimètre en moyenne.

Peut-on dire que dans ce cas absolument typique, il y ait concordance entre le début anatomique et le début clinique des lésions qui, certainement remontaient à plusieurs jours. D'ailleurs, n'existe-t-il pas des formes ambulatoires de l'appendicite aiguë (voir Oudard, *Presse méd.*, n° 45, 4 juin 1930). Il est hors de doute, que réflexion faite, un grand nombre d'opérateurs ne confirment cette manière de voir, à savoir que les lésions sont fréquemment plus anciennes que leur début clinique ne permettrait de le penser.

Ce premier point établi, quelles sont les raisons données par les non-opérateurs, pour désarmer leur main devant un cas vieux de plus de deux ou trois jours?

Leur premier argument est la diffusion possible des lésions en cas de réaction limitée à la région iléo-cæco-appendiculaire. Les manœuvres opératoires en vue de la découverte de l'appendice détruisent nécessairement ces adhérences de limitation et mettent en liberté parfois, à l'occasion, des poches à contenu plus ou moins purulent.

A cette première objection, il est aisé de répondre : tout chirurgien sait isoler dans l'intérieur du ventre son champ d'action. Dans les cas de ce genre il est de toute nécessité dès la cavité péritonéale ouverte, d'isoler avec des champs la région opératoire, d'une façon impeccable, de tous côtés, tout particulièrement aux points déclives, aux angles, aux sillons d'adossement des divers éléments, ensuite d'agir très prudemment dans les décollements; enfin, l'aspirateur électrique en main, appareillage inestimable pour le chirurgien, l'aide attentif, déterge à la seconde tout liquide épanché ou collecté.

Le second argument des non-opérateurs après les deuxième-troisième jours a certainement beaucoup de valeur, mais il demande à être étudié et ses éléments catalogués. Il est basé sur la solidité des adhérences plastiques, sur l'impossibilité qu'il y a à les détruire pour isoler les organes, l'appendice y compris, partant d'avoir effectué une intervention pour rien avec l'obligation d'avoir à y revenir plus tard.

Que des adhérences soient denses au point d'interdire l'accès de l'appendice, le fait est réel et tous les chirurgiens se sont certainement trouvés en face de pareilles difficultés, quand ils ont opéré trop tôt une appendicite qu'ils croyaient à tort suffisamment refroidie.

Mais quand à dire que cette condensation d'adhérences puisse s'établir en deux à trois jours, il n'est pas possible de l'admettre. Nombreux seraient certainement les témoignages d'opérateurs qui ont pu

(1) Cet article était déjà déposé en vue de son impression quand a paru le travail de M. F.-M. Cadenat sur « L'appendicite aiguë et le dogme des 48 heures » (*Concours méd.*, 27 juillet 1930). Cet auteur confirme notre manière de voir.

sans grandes difficultés atteindre et isoler des appendices malades depuis une semaine.

Si donc nous voulons envisager la question temps, nous pouvons dire qu'en général, toute appendicite malade depuis huit à dix jours est parfaitement extirpable.

Vu la carence de la donnée « temps » dans les débuts de l'appendicite aiguë, vu la non-concordance du début anatomique et du début clinique des lésions, l'indication opératoire est, dans ces cas, d'intervenir le plus possible dès la constatation de la crise, avec l'idée que le centre des lésions est l'appendice lui-même dont dépendent toutes les altérations de voisinage et les phénomènes infectieux et toxiques, ensuite avec la pensée que malgré l'apparence, le calme de certains cas peut brusquement faire place à une complication plus ou moins cataclysmique, une perforation, une infection péritonéale plus ou moins localisée obligeant le chirurgien à une intervention palliative, quelquefois inefficace, laissant en place l'appendice avec le devoir d'une exérèse ultérieure après un long refroidissement des lésions.

Comment réaliser ce programme? Sur quels éléments baser l'indication opératoire dans l'appendicite aiguë?

Ce sont les constatations cliniques des lésions anatomo-pathologiques qui doivent seules nous guider.

Une appendicite aiguë, en dehors de tous les autres signes locaux ou généraux que je passerai sous silence, se caractérise au point de vue local, par deux phénomènes qu'il faut séparer :

1° Une contracture de défense des muscles de la paroi abdominale, à prédominance en bas et à droite;

2° Une réaction profonde péri-appendiculaire de péritonite plus ou moins localisée, plus ou moins plastique, constituant le « gâteau ».

Le premier phénomène qui a en lui-même une importance capitale au point de vue diagnostic, n'a pas, au point de vue qui nous occupe, d'autre valeur que le fait même; il dit au chirurgien : c'est une appendicite, donc : opères.

Le second est celui sur lequel va graviter toute la question de l'indication opératoire.

Cette masse de réaction plastique se présente avec des caractères différents, mais que l'on peut tout de même suffisamment systématiser. Son volume peut varier depuis la petite masse nodulaire jusqu'à la véritable tumeur dépassant le volume d'un point d'adulte et même davantage. Sa consistance de même peut aller de la rénitence jusqu'à l'induration ligneuse. Eh bien, ce sont là les deux caractères essentiels qui vont servir de critérium opératoire : un gâteau petit, pas très dur, indique que l'opération est possible; une petite masse très dure, très fixée, loin du début d'une crise alors que les phénomènes infectieux locaux et généraux se sont calmés est une contre-indication à l'opération. Une masse dépassant le volume d'un poing d'adulte doit donner à réfléchir et faire surseoir à l'opération radicale à moins qu'il ne s'agisse, bien entendu, d'un phlegmon péri-appendiculaire à débrider, ce qu'indiquent les signes généraux, la fièvre à allure spéciale et qui d'ailleurs n'appartient pas au type des cas que j'envisage présentement.

Cette règle de conduite m'a permis de mener à bonne fin un nombre important d'opérés du huitième au dixième jour, avec aussi l'immense avantage, au point de vue social, d'une guérison en deux ou trois semaines, ce qui n'est pas d'une mince importance, à côté de mois de soins assidus que nécessite un refroidissement.

Pour en finir, ce dogme des « quarante-huit heures », ne peut-il parfois, pour ceux qui l'admettent trop rigoureusement et sans discussion, constituer un gros danger? celui de laisser croire à des non-avertis que toute appendicite aiguë est relativement peu grave et toujours remédiable pendant ces premières quarante-huit heures. Dieu sait cependant le nombre toujours trop important de cas opérés dans les trois ou quatre premières heures d'un début clinique apparent et où l'issue a été fatale malgré l'acte opératoire le mieux conçu et le mieux exécuté!

Voici donc, à mon avis, les faits rétablis à la mesure d'une plus saine appréciation de l'exactitude. Ainsi se trouvent aussi accordés ceux qui systématiquement n'opèrent que dans les deux ou trois premiers jours et ceux qui opèrent à tout moment; entre les deux opinions extrêmes, doit, à mon avis, se placer la conduite raisonnable de ceux qui interviennent le plus qu'ils peuvent en supprimant au plus tôt chaque fois que la chose est matériellement, anatomiquement possible, un organe aussi dangereux qu'un appendice infecté.

LIVRES NOUVEAUX

Radiologie clinique du tube digestif (1), publiée sous la direction de MM. Pierre DUVAL, J.-Ch. ROUX et Henri BÉCLÈRE. — *Œsophage, intestin, foie et glandes annexes*, par J. GATELLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux; F. MOUTIER, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris et P. PORCHER, chef de laboratoire de radiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Le premier tome de cette série (*Estomac et Duodénum*) a paru en janvier 1928 et, malgré un tirage important, ce livre s'est rapidement épuisé.

La présentation et la méthode d'exposition de ce deuxième volume sont identiques à celles du premier. Les mêmes exigences ont été respectées avec une rigueur qui n'a pas été sans retarder, par les difficultés d'application qu'elle a soulevées, l'exécution même de l'ouvrage.

Celui-ci n'est pas un album de radiographies choisies et reliées entre elles par de simples légendes. Toutes ont été triées en fonction de leur utilité de démonstration radio-clinique. Inversement, il ne s'agit point d'un traité d'érudition : tout le texte n'est que le commentaire et la justification d'un diagnostic que la radiographie illustre d'autre part.

Entre chaque radiographie imprimée avec une netteté qui marque un progrès incontestable, et le texte qui la com-

(1) Un volume in-4 de 390 pages contenant 416 radiographies et 407 schémas inédits, reliure toile, fers spéciaux. — Prix : 300 fr.; relié en deux volumes pour expédition à l'étranger, 330 fr. — Paris, Masson et Cie.

mente, les auteurs ont établi un lien de plus : des schémas revêtus de nombreuses indications anatomiques, suivent l'exposé mot pour mot, et les radiographies, ombre pour ombre et trait pour trait. Certaines images comportent même deux schémas explicatifs lorsqu'il faut « situer » dans un ensemble un détail particulier, commenté par ailleurs.

Ainsi présenté dans sa forme extérieure, ce livre est un recueil de diagnostics exposés, discutés, enchaînés dont l'ensemble embrasse toute la pathologie de l'œsophage, de l'intestin, du pancréas, du foie, de la rate, des glandes salivaires. Chacun des diagnostics est établi à la fois par la clinique et la radiologie, confirmé par l'intervention opératoire, avec tout ce que comportent ces diverses disciplines. Il s'agit donc ici, et c'est là l'originalité du livre, d'une synthèse de ces méthodes, de leur mise en œuvre, accompagnée de leur contrôle réciproque, avec leur action combinée.

Le danger de cet ouvrage était peut-être de tomber dans la complexité, tant est variée l'expression radiologique de la pathologie de l'appareil digestif. Les auteurs se sont efforcés de vaincre cette difficulté non seulement en abordant tous les chapitres médico-chirurgicaux, mais en les classant et en les ordonnant selon un plan dont la rigueur pénètre jusqu'aux détails minimes. Le lecteur remontera facilement des besoins imprévus et souvent impérieux de sa pratique au livre, et dans le livre même, au paragraphe qui l'éclairera sur le point précis où il cherche la lumière. Ainsi conçu, ce livre est un instrument de travail.

Cette méthode d'exposition est celle que le professeur Pierre Duval et les docteurs J.-Ch. Roux et Henri Béclère avaient suivie dans le premier volume de la série. La valeur de cette méthode est confirmée par le succès complet qu'il a remporté. En confiant l'exécution de ce deuxième volume à ses élèves, les docteurs J. Gatelier, F. Moutier et P. Porcher, le professeur Pierre Duval savait qu'elle serait fidèlement adoptée par ceux-ci, afin de conserver l'unité de présentation de l'ouvrage.

Les éditeurs ont apporté tous leurs soins à la présentation matérielle du livre et l'impression des quatre cents radiographies qu'il contient peut rivaliser avec celle de toute autre publication française ou étrangère. L. G.

Bactériuries, pyélites et pyélonéphrites (1), par le docteur G. Lepoutre, professeur à la Faculté libre de Lille.

L'étude des *colibacilluries* est à l'ordre du jour. Cet ouvrage dont l'objet se limite aux infections de l'appareil urinaire supérieur apporte une contribution à l'étude des *bactériuries*, *pyélites* et *pyélonéphrites*, contribution d'ordre essentiellement pratique et dont le but est de répandre dans le public médical des faits déjà familiers aux spécialistes.

La connaissance du microbe n'est peut-être pas la plus importante, et on ne compte plus les erreurs de diagnostic et de traitement basées sur la constatation par trop simpliste d'une colibacillurie; au contraire, l'étude étiologique et pathogénique, l'examen anatomique et dynamique de l'appareil urinaire, doivent être poussés aussi loin que possible. L'auteur s'attache à montrer comment des examens choisis doivent aboutir à un diagnostic précis et complet. La façon dont doit être conduit l'examen cytobactériologique des urines, les données fournies par la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, la radiographie, la pyélographie et la pyéloscopie ont une importance spéciale. Un symptôme prédominant ou certaines conditions étiologiques donnent à la maladie une allure particulière.

Sur la base de ce diagnostic, sera mis en œuvre un traitement rationnel dont les ressources sont méthodiquement exposés. On se perd parmi les médications recommandées chaque jour. Les diverses méthodes thérapeutiques sont étudiées à la lumière des idées directrices qui légitiment leur emploi. On insiste spécialement sur les indications et les limites du traitement par le sérum et par les vaccins.

L. G.

Pour guérir les tuberculeux (1), par le docteur Francis Cevey, médecin-directeur du pavillon des tuberculeux de Lausanne et du sanatorium Sylvana. Préface du docteur Kuss.

Le livre du docteur Cevey a le mérite d'initier les médecins français à une méthode thérapeutique de haute valeur qui, par un sort singulier, semble, dans notre pays, absolument ignorée.

C'est donc un grand service qu'a rendu le docteur Cevey de condenser dans ce livre les conclusions de sa pratique de la tuberculinothérapie et les résultats remarquables obtenus par ses méthodes dans les formes les plus diverses de la tuberculose; les faits qu'il a observés apportent la démonstration saisissante, irréfutable, de la puissance thérapeutique de la tuberculine.

Le docteur Cevey, qui se sert largement de la tuberculine depuis de longues années affirme et démontre qu'il faut l'employer à doses suffisantes. Il affirme qu'aux différents stades de la tuberculose, l'effet de la cure sur l'avenir du malade est d'autant plus grand et plus durable que l'entraînement immunisant a été poussé plus loin, d'où sa conclusion qu'un traitement intensif permet seul d'escompter une véritable guérison.

L. G.

La vie et l'œuvre d'Orfila (2), par Amédée Fayol. — Préface de Louis Madelin, de l'Académie française.

C'est un précieux avantage que de pouvoir, en contant la vie d'un homme, dépeindre à la fois toute une époque. Une telle occasion a été offerte à M. Amédée Fayol sur la personnalité du docteur Orfila. Celui-ci, en effet, au cours de sa brillante et quasi miraculeuse carrière, sut joindre à la recherche proprement scientifique un intérêt actif à toutes les choses de son temps. Ainsi se trouve dépeinte, à l'occasion de sa biographie, la société de ces années 1830 que nous nous plaisons si fort à ressusciter aujourd'hui. C'est dire le succès qui attend cet ouvrage, où rien n'a été épargné pour unir le charme du récit à la plus scrupuleuse vérité historique. L. G.

Contribution à l'étude de l'anesthésie régionale en chirurgie gastrique (3), par le docteur Paul Gardette, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel.

Le docteur Paul Gardette, élève du docteur Victor Pauchet, a vu pratiquer, par le maître, durant les années qu'il a passées dans son service un nombre important d'opérations sur l'estomac et l'intestin.

Il a composé cette courte étude d'après ces documents et les anesthésies qu'il a pratiquées ou vu exécuter.

« L'anesthésie locale est une méthode dont le succès est dû à la technique du chirurgien » a dit le docteur Victor Pauchet et son élève auprès de lui a pu se rendre parfaitement compte des fautes qu'il y a lieu d'éviter et les moyens auxquels il fallait recourir pour parer aux différents incidents de la chirurgie gastro-intestinale.

C'est ce que le docteur Paul Gardette a essayé de démontrer dans ce petit travail très intéressant et que tout chirurgien désireux de se tenir au courant des méthodes nouvelles voudra lire. L. G.

---

(1) Un vol. in-8 de 240 pages avec 13 fig. dans le texte et 8 pl. hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(1) Un vol. in-8 de 260 pages avec 42 figures et 38 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un vol. in-16 broché, édition sur vélin supérieur. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

(3) Une brochure in-8 raisin de 40 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française.

Le Code pratique des assurances sociales (1),
par M. Perraud-Charmantier.

Dans la préface qu'il donne à cette œuvre, M, Justin Godart, sénateur du Rhône, ancien ministre du Travail, écrit : « M. André Perraud-Charmantier, avec la méthode et la précision juridiques qu'il met dans ses ouvrages universellement appréciés, a rendu accessible à tous la compréhension et le maniement de la loi sur les assurances sociales. Les livres qui ont déjà été consacrés à cette dernière feraient à eux seuls une bibliothèque. Nul n'a le caractère pratique de celui-ci. Il répond à toutes les questions qu'un salarié et un employeur ont à se poser, et indique, net, la solution.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DÉFINITION

On décrit sous ce nom une affection caractérisée :

Anatomiquement par une endophlébite oblitérante d'une veine d'un membre;

Cliniquement par un œdème blanc, dur et douloureux.

Tout l'intérêt de la phlébite vient de son grand danger : l'*embolie pulmonaire*.

(1) Un volume de 300 pages. — Prix : 10 fr., franco : 11 fr. 50. — Paris, librairie des Lois et décrets commentés, 147, boulevard Saint-Michel (Ve).

Type de description : la phlébite des nouvelles accouchées.

Début. — 1. **Période prodromique.** — *Chez une nouvelle accouchée*, surtout après accouchement laborieux (lenteur du travail) ayant nécessité des manœuvres intra-utérines (forceps, version), les signes qui attirent l'attention sont :

Des signes généraux. — *Le pouls* s'accélère progressivement, précédant la température (pouls grimpant);

La température s'élève légèrement, à 38°, 38°5, après quelques petits frissons.

En même temps quelques pertes odorantes.

Localement peu de chose :

— Douleur légère dans les deux fosses iliaques;

— Au toucher vaginal : utérus douloureux au niveau d'un angle.

Il s'agit à ce stade d'une phlébite utéro-pelvienne qui dès cette période peut être emboligène.

Phlébite commençante. — Ce n'est que quelques jours après qu'on voit apparaître au niveau d'un membre inférieur :

Un léger œdème;

Un fin réseau veineux collatéral;

Une légère élévation de la température locale.

La malade commence déjà à accuser des douleurs.

Période d'état. — 1° *Douleurs.* — Elles peuvent être intenses, lancinantes ou sourdes; se réduisant plus rarement à une sensation d'engourdissement.

Elles débutent au pli de l'aine et irradient vers les orteils, prédominant souvent au mollet; réalisant des types pseudo-névralgiques.

2° *Impotence.* — Absolue : véritable parésie.

A l'examen. — 1. Attitude vicieuse : le membre inférieur

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Urologie pratique, par le docteur P. Bazy, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 (20,5 × 13,5) de 536 pages avec nombreuses figures dans le texte. Prix, broché : 80 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

se met en flexion, abduction, rotation externe, attitude de relâchement musculaire.

2. Déformation globale : le membre est augmenté de volume par rapport au symétrique (déformation en gigot).

3. *La peau* est blanche, luisante, tendue. Elle est le siège d'un *œdème caractéristique* :

C'est un *œdème blanc* infiltrant tout le derme, *dur* ne prenant pas le godet, *douloureux* à la palpation.

En outre, on pourrait sentir un cordon dur, douloureux, sur le trajet de la saphène interne; mais c'est une manœuvre qu'il est sage de rejeter.

Enfin une *adénopathie inguinale* est fréquente.

L'hydarthrose du genou constante, souvent précoce, reste peu abondante. Il existe, en outre, de l'*élévation de la température locale* et des troubles variables de la *sensibilité* : hyperesthésie, hypoesthésie ou anesthésie à topographie tronculaire.

Les signes généraux sont minimes.

Température à 38°, 38°5.

Pouls en rapport, légèrement ralenti.

On se basera sur la date du dernier crochet fébrile pour déterminer la date du lever (vingt et un jours après classiquement).

De plus, pâleur, malaise léger avec quelques troubles gastro-intestinaux.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC

La douleur diminue vers le quinzième jour en même temps que la température se stabilise à la normale.

L'œdème régresse plus lentement laissant des *séquelles*. Ce sont :

1. **Des troubles trophiques.** — Atrophie musculaire, véritable fonte du quadriceps;

Raideurs articulaires;

Rétractions tendineuses;

Œdèmes persistants, réalisant rarement un véritable éléphantiasis;

Ulcérations névritiques;

Varices.

Lésions parfois associées réalisant le *pied bot phlébitique* de Verneuil.

2. **Des troubles sensitifs.** — Douleurs à type névralgique, crampes violentes dans les cuisses.

Mais la complication la plus grave, mettant en jeu le pronostic vital, c'est l'**embolie pulmonaire.**

L'embolie peut s'observer à tous les stades de la phlegmatia alba dolens :

Soit précoce, révélatrice d'une thrombose latente;

Soit à la période d'état;

Soit plus tard, au moment du lever, réalisant alors souvent une embolie foudroyante.

Elle peut être :

— Massive, foudroyante, tuant en quelques minutes;

— Rapidement mortelle :

Après un début brutal par point de côté, suffocation atroce, mort en quelques heures par collapsus cardiaque et asphyxie; parfois en quelques jours par défaillance aiguë du cœur et œdème pulmonaire.

— Moyenne avec :

Hémoptysie de sang rouge;

Signes de condensation pulmonaire;

Asystolie irréductible ou non.

— Enfin, parfois tableau typique d'infarctus de Laennec ou même petites embolies ne se révélant que par de légères hémoptysies.

FORMES CLINIQUES

Nous passerons rapidement sur :

1. **Les formes symptomatiques.** — Suivant l'aspect : phlegmatia lymphangitique (œdème rosé), phlegmatia cœrulea dolens (veinosités).

— Suivant la prédominance d'un symptôme : forme névralgique.

— *Formes atténuées* : d'un diagnostic difficile, soit parce qu'œdème peu marqué, soit parce que survenant sur terrain spécial (variqueux, obèses).

— *Forme à début embolique.*

— *Forme septicémique frissonnante* (très rare).

2. **Les formes topographiques.** — Phlegmatia du membre supérieur (cancer du sein).

— Phlegmatia alba dolens localisées segmentaires.

— Phlegmatia alba dolens bilatérales, simultanées (en fer à cheval) successives.

Pour en arriver aux formes intéressantes :

3. **Les formes étiologiques.** — Ce sont des FORMES OBSTÉTRICALES après accouchement laborieux ou compliqué, après avortement; de toute façon, rôle évident de l'infection atténuée.

Des FORMES CHIRURGICALES, surtout à la suite d'intervention sur le *petit bassin* et en milieu septique.

— Hystérectomie pour fibrome surtout,

— Curettage,

— Hernie étranglée,

— Appendicite aiguë,

— Salpingite,

(ou même en dehors de toute intervention).

Les PHLÉBITES MÉDICALES sont plus rares :

1. Au cours des *infections* : en particulier typhoïde, grippe, rhumatisme articulaire aigu, syphilis secondaire.

2. Au cours des *dyscrasies* : goutte.

3. Au cours des *cachexies* : souvent bilatérales, de pathogénie discutée (cancéreux, tuberculeux).

Caractère commun : peu embolisantes.

DIAGNOSTIC

1° En présence de fièvre chez une nouvelle accouchée on pense :

Au début. — *A de l'endométrite* : quatrième jour, avec frissons, fièvre, lochies fétides. Au toucher, col perméable, utérus volumineux.

A la stercorémie.

A une pyélonéphrite : examen des urines négatif.

A une infection mammaire (dixième jour), crochet fébrile; l'examen du sein lève les doutes.

A la période d'état. — A cause de la douleur :

Rhumatisme gonococcique,

Polynévrite puerpérale.

A cause de l'œdème :

Phlébite variqueuse.

2° Les phlébites médicales peuvent en outre poser le diagnostic :

— *D'œdème compressif* par tumeur pelvienne (toucher rectal, toucher vaginal).

S'ils sont bilatéraux :

— *D'œdème cardiaque* : cyanique, mou, prenant le godet.

D'œdème rénal : blanc, mou, prenant le godet, indolore.

Le diagnostic pourrait en outre se poser :

A l'occasion d'une *embolie révélatrice* (intérêt médico-légal);

Ou tardivement en présence d'un œdème chronique (maladie de Dercum).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
Fraeger

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — La première séance d'oral aura lieu le jeudi 9 octobre, à 16 h. 45, à la salle des concours, rue des Saints-Pères.

ASSURANCES SOCIALES. — Le *Journal officiel* du 28 septembre publie (p. 11175 à 11.178) la liste des syndicats professionnels de médecins, de pharmaciens, de praticiens de l'art dentaire, de sages-femmes et d'herboristes habilités à passer des conventions avec les caisses primaires d'assurances sociales.

LE CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE LÉOPOLD OLLIER. — Après Lyon qui a célébré avec solennité le 28 juin le Centenaire d'Ollier (v. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 55), la ville natale de l'illustre chirurgien, les Vans (Ardèche) vient à son tour de lui rendre hommage.

Sur l'initiative de M. Duclaux Monteil, sénateur et maire des Vans, une cérémonie a eu lieu dimanche dernier devant la statue du professeur Ollier, œuvre du sculpteur Alfred Boucher.

La famille d'Ollier et les représentants de la Faculté de Lyon y assistaient.

M. le professeur Gayet, au nom de la Faculté de médecine de Lyon, apporta le tribut du dévoué souvenir et de la piété reconnaissante à celui qui fut l'une des gloires de la chirurgie française et dont le buste se trouve, à l'ancienne académie royale de Berlin, à côté de celui du savant anglais Lister. M. Durand, au nom des chirurgiens des hôpitaux de Lyon, rappela les travaux du professeur Ollier. M. Duclaux-Monteil dit la vénération et la reconnaissance des Vans pour celui qui fut le plus illustre de ses enfants et qui resta si attaché à sa petite patrie.

Enfin, M. Angelo Chiappe, préfet de l'Ardèche, termina la série des discours. Un banquet a suivi la cérémonie.

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE. [Hôtel Chambon, maison des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)]. — Vendredi 3 octobre, à 15 h. : Ouverture du Congrès. — Allocution du président : docteur Dartigues. — Affaires diverses, le secrétaire général : docteur Claoué. — Ratification des nouveaux membres. — Communications.

Samedi 4 : Communications, discussions. — Vin d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Henri Delagenière (d'Angers), associé national de l'Académie de médecine, ancien président du Congrès de chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HISTOLOGIE. — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire*, sous la direction de M. Champy, professeur. — Cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 17 h., au laboratoire d'histologie (salle Ranvier), de la Faculté de médecine, à partir du lundi 13 octobre jusqu'au 31 octobre.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le nombre des élèves est limité à 20.

Droit d'inscription : 250 fr.

— CHAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital de Vaugirard.) — *Cours de radiologie clinique du*

tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires). (Professeur : M. Pierre Duval.) — Du lundi 6 au mercredi 15 octobre 1930, les leçons auront lieu le matin à 9 h. 1/2, le soir à 17 h. 1/2.

Droit à verser : 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le lundi 6 octobre, à 5 h., à l'amphithéâtre de physique, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, une série de douze leçons consacrées à l'exposé des « Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique ».

Ces leçons seront accompagnées de projections. A la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés individuellement à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique), en douze leçons, par M. le professeur agrégé de la Faculté de médecine F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Maduro et Rémy Néris, assistants du service, commencera le lundi 13 octobre 1930, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Enseignement pratique de sérologie. — M. Rubinstein fera, dans son laboratoire, 54 *bis*, rue Saussure (métro Malesherbes ou Monceau) l'enseignement de sérologie appliquée à la clinique durant l'année scolaire 1930-1931, par série de plusieurs élèves.

Il sera institué des cours de perfectionnement et d'initiation. Les élèves peuvent s'inscrire dès maintenant et choisir les dates.

Chaque série comporte seize leçons pratiques et dure un mois.

Le but de l'enseignement est de former des sérologistes au courant de toutes les méthodes employées pour le sérodiagnostic; surtout de la syphilis, de la tuberculose et de la gonococcie.

CHRONIQUE

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LE RHUMATISME

Liége, 18-21 septembre 1930.

Un Congrès international contre le rhumatisme vient de se tenir à Liége, sous la présidence du docteur Fortescue Fox (de Londres). Le professeur Gunzbourg (d'Anvers), le docteur Van Breemen (d'Amsterdam), le docteur Ory (de Liége), en avaient assuré la parfaite organisation. Plus de 150 médecins y participèrent, venus de tous pays ; Belgique, France, Hollande, Angleterre, Etats-Unis, Italie, Espagne, Allemagne, Suède, Danemark, Hongrie, Tchéco-Slovaquie, Pologne, Russie, etc. Parmi les Français, se trouvaient le professeur Marcel Labbé, les docteurs M.-P. Weil, Dausset, H. Grenet (de Paris), Lautier (de Nice), Giraud (de Marseille). Il est inutile de dire la cordialité de l'accueil que nous avons reçu dans la Belgique hospitalière et amie.

Sans résumer les travaux présentés, nous tâcherons d'indiquer la physionomie générale du Congrès.

On avait proposé une mise au point de la nomenclature du rhumatisme : cette nomenclature n'a pu être établie avec précision; et l'on a bien vu, au cours des discussions, quelles divergences séparent encore les médecins dans la conception même du rhumatisme.

La question à l'ordre du jour, les troubles de la circulation dans le rhumatisme, a donné lieu à plusieurs rapports fort instructifs : mais dans tous, on parle aussi bien des troubles circulatoires dans les rhumatismes aigus et dans les rhumatismes chroniques; parmi les premiers, on trouve souvent réunis le rhumatisme articulaire aigu et les syndromes que nous classons sous le nom de pseudo-rhumatismes infectieux; et parmi les derniers, on voit apparaître les rhumatismes déformants, les arthrites subaiguës, voire même les troubles articulaires de la maladie de Parkinson et les arthropathies tabétiques. Cela suffit à montrer quel intérêt primordial il y aurait à s'entendre sur la définition même du mot rhumatisme.

Les rhumatismes aigus ne sont pas partout compris de la même manière : tandis qu'en France on est depuis longtemps arrivé à la conception d'une infection rhumatismale spécifique, dont la forme la plus caractéristique est le rhumatisme articulaire aigu franc, on admet encore, dans d'autres pays, que les rhumatismes aigus comprennent en bloc toutes les arthrites aiguës non suppurées, et la doctrine de la « focal infection », cause unique de tous ces états, n'a pas complètement vécu. Dans un travail allemand, riche en documents anatomo-pathologiques fort intéressants, on a affirmé comme une nouveauté qu'il existe une maladie rhumatismale spécifique, à virus inconnu, et bien différente des rhumatismes streptococciques, gonococciques, etc.; et il était facile de voir que la plupart des membres étrangers considéraient, en effet, cette distinction comme un fait nouveau : mais il fut rappelé que c'était là une confirmation de la doctrine admise en France depuis Bouillaud, Lasègue et Bouchard.

Un certain nombre de communications ont eu trait à la pathogénie des crises articulaires, aux formes cliniques du rhumatisme, à sa bactériologie qui n'apparaît pas encore comme parfaitement établie, ainsi qu'à son traitement médicamenteux et physiothérapique. On a, d'autre part, essayé d'établir le bilan des œuvres sociales de préservation.

S'il n'a pas été présenté, au cours de ce Congrès, un travail capital, une découverte sensationnelle, il s'est du moins révélé un effort considérable pour mettre au point l'étude du rhumatisme, pour faire cesser les divergences d'interprétation et pour unifier en quelque sorte les méthodes de travail suivies dans les différents pays. On peut espérer que, grâce à la coordination des recherches, un peu de lumière éclairera la question encore obscure des rhumatismes, spécifiques ou non, et des diverses arthropathies aiguës et chroniques.

H. Grenet.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER fin année. Faible indemnité. Import. client. dans ville agréable et tourist. Savoie. — Ecrire M. B. au Journal.

VIIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE [1]

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE LEURS MAJESTÉS LE ROI ET LA REINE DE NORVÈGE

La VIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose s'est tenue à Oslo les 12, 13, 14 et 15 août 1930, sous la présidence du professeur Frolich.

Trois questions faisaient l'objet des rapports. La première avait trait à « la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. » et le rapport général avait été sollicité du professeur Calmette.

Dix co-rapporteurs sont venus ajouter aux conclusions de l'auteur des appréciations très favorables dans l'ensemble, avec quelques réserves de détail ou quelques revendications personnelles. Une soixantaine de communications ont témoigné de l'intérêt que tous les pays accordent à la poursuite de cette étude.

Les deux autres questions traitaient de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et de l'enseignement de la tuberculose aux étudiants et aux médecins.

PREMIÈRE QUESTION.

La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G.

M. le professeur CALMETTE (Paris), rapporteur général, apporte un résumé, aussi objectif que possible, des travaux publiés jusqu'à ce jour.

Il définit d'abord l'immunité antituberculeuse, distincte de tant d'autres formes d'immunité. Dans la tuberculose, « l'immunité n'existe qu'aussi longtemps que l'organisme demeure parasité par une très petite quantité de virus spécifique ». Il étudie les caractères de la résistance ainsi provoquée dans les conditions expérimentales ou cliniques.

Passant en revue les diverses méthodes essayées pour réaliser systématiquement cette résistance, il souligne le fait que « seuls les bacilles vivants se montrent de bons antigènes ». Signalant les essais de vaccination par bacilles vivants et virulents d'origine humaine ou bovine pour la prémunition des bovidés ou des humains, il en indique le danger; il montre que seule une race spécialement obtenue de bacilles privée de virulence réelle pour toutes les espèces animales, et fixée dans ses propriétés biologiques, pouvait fournir l'antigène nécessaire. La culture vaccinale dénommée B. C. G. (bacille Calmette-Guérin) offre les conditions requises.

L'innocuité du B. C. G., inoculé sous la peau ou absorbé *per os*, permet d'envisager son emploi comme vaccin, même pour les enfants nouveau-nés qu'il y a lieu de « prémunir » le plus tôt possible après leur naissance, avant qu'ils aient pris contact avec des bacilles tuberculeux virulents provenant du milieu familial.

Cette « prémunition » au moyen du B. C. G. est réalisable à tous les âges, mais seulement pour les sujets indemnes de toute contamination bacillaire et qui ne réagissent pas à la tuberculine. Les sujets allergiques étant déjà spontanément prémunis ou infectés par des bacilles virulents, ne peuvent en bénéficier en aucune manière; chez eux, l'injection de B. C. G. ne peut que provoquer le phénomène de Koch, aboutissant le plus souvent à la formation d'un abcès froid au voisinage du point d'inoculation.

La vaccination *per os* des nouveau-nés est, au contraire, toujours possible, facile et inoffensive. Elle doit être faite dans les dix jours qui suivent la naissance de l'enfant, parce que, pendant ces dix jours, la muqueuse intestinale n'étant encore constituée que par des cellules protoplasmiques, les éléments bacillaires vivants qui constituent le B. C. G. sont aisément absorbés et dispersés dans les organes lymphatiques du nourrisson. La technique de cette vaccination ne présente aucune difficulté. Elle est très facilement acceptée par les familles. Elle peut être réalisée, non seulement par les médecins, mais aussi par les sages-femmes et par les visiteuses d'hygiène (*public health nurses*).

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. inaugurée sur le nourrisson par M. le docteur R. Weill-Hallé, est entrée progressivement dans la pratique en France, en Belgique, au Canada, en Espagne, en Grèce, en Hollande, en Pologne, en Italie, au Brésil, en Uruguay, en Argentine, au Chili, etc. Elle est expérimentée dans beaucoup d'autres pays, principalement en Allemagne, en Danemark, en Norvège, en Russie, en Suède, en Suisse, en Tchécoslovaquie.

D'après les publications très nombreuses qui ont été faites jusqu'à présent, il est établi que la vaccination préventive n'exerce aucune influence nuisible au développement des enfants, que la morbidité et la mortalité générales sont moindres chez les vaccinés que chez les non vaccinés vivant dans les mêmes conditions, et que la mortalité tuberculeuse est presque nulle chez les vaccinés élevés en milieu familial contaminé, lorsqu'on a pris la précaution indispensable de les protéger, pendant environ un mois après la vaccination, des contacts infectants. Cette protection doit être réalisée, soit par l'éloignement de la source de contagion, soit, si cet éloignement est impossible, par l'éducation hygiénique de ceux qui donnent leurs soins à l'enfant.

Aucune des objections qui ont été faites à l'emploi du B. C. G. dans la pratique n'a pu être valablement maintenue. L'expérience clinique et l'expérimentation ont démontré qu'elles n'étaient pas fondées. Il ne subsiste donc aucune raison d'écarter du bénéfice évident de la méthode les enfants de familles en apparence indemnes de tuberculose, et d'en réserver les avantages aux seuls enfants des familles tuberculeuses.

Quel médecin averti et soucieux de ses devoirs pourrait hésiter à prémunir un enfant contre l'infection tuberculeuse au moyen du B. C. G. qu'il sait inoffensif, plutôt que de laisser cet enfant exposé aux contaminations bacillaires virulentes, fussent-elles bénignes et spontanément prémunisantes mais avec tous les dangers qu'elles comportent?

Si efficaces que soient les mesures d'hygiène pour protéger les individus et les collectivités contre les contagions, elles ne procureront jamais la sécurité que donnent les vaccinations préventives. En conséquence, il faut s'efforcer d'en généraliser l'emploi.

M. le professeur NEUFELD (Berlin). L'administration et le dosage indiqué de la souche du B. C. G. peuvent être considérés comme inoffensifs.

Le B. C. G. ne provoque pas de tuberculose pulmonaire chez l'animal. L'inoculation préalable des animaux par le B. C. G. témoigne d'une immunité certaine, quoique limitée. Cette immunité se manifeste chez les espèces résistantes (ovidés et bovidés) même par la protection contre des doses infectieuses mortelles.

L'auteur, favorable aux tentatives de vaccination des enfants, exige toutefois comme preuve péremptoire la démonstration que les enfants vaccinés et les contrôles ne se différencient que par leur réaction à la maladie et à la mort par tuberculose.

M. le professeur JENSEN (Copenhague) apporte aux débats le résultat de ses propres expériences sur les animaux. Il a étudié notamment la virulence et la fixité des propriété du B. C. G., la nature et le degré de l'immunité obtenue par la vaccination buccale ou parentérale.

Il confirme les conclusions de ses travaux antérieurs, insiste sur ce qu'il est illogique de solliciter d'aucune immunisation qu'elle soit absolue.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Par ailleurs, il souligne le fait que les épreuves auxquelles on soumet l'immunité d'un animal d'expérience sont infiniment plus sévères que l'infection clinique habituelle.

En ce qui concerne l'ingestion de B. C. G., il croit à la réalité de sa pénétration par voie muqueuse, mais indique la difficulté de la mettre en évidence.

Sa préférence va à la méthode parentérale, plus efficace pour obtenir réactions tuberculiniques et immunité.

Il insiste enfin sur la rigueur de préparation et de contrôle du vaccin B. C. G. et la nécessité de ne les confier qu'à des établissements spécialisés. Enfin il conclut en insistant sur le risque minime de la vaccination au regard du risque réel offert par les milieux ou les pays contaminés.

M. le professeur Sayé (Barcelone), dont l'expérience personnelle sur la vaccination par le B. C. G. remonte déjà au mois de novembre 1924, apporte le résumé des recherches faites en Espagne. A Barcelone notamment, sous sa direction et avec un soin rigoureux, que seuls peuvent apprécier ceux qui ont observé sur place sa technique, l'étude comparative de vaccinés par voie buccale ou parentérale et de témoins appartenant à des milieux identiques, le professeur Sayé a suivi 1.065 enfants, dont 61 vaccinés par voie sous-cutanée.

Il a exploré tous ces enfants régulièrement au point de vue des réactions tuberculiniques et les a soumis à l'examen radiographique.

De toutes ses recherches, comme de toutes les expériences faites en Espagne sur le B. C. G., il conclut au bien fondé des affirmations de Calmette sur son innocuité. Les observations anatomiques et hématologiques ont confirmé l'absorption du vaccin par voie digestive et une expérience statistique limitée a été faite avec des groupes de témoins analogues et a démontré le déclin de la mortalité générale et de la mortalité tuberculeuse, parmi les vaccinés. Les observations allergiques et radiographiques nous ont démontré aussi l'action immédiate du vaccin qui rend l'enfant presque indifférent à la forme d'infection la plus fréquente, à savoir l'infection pancibacillaire, et très résistant contre l'infection massive. L'intérêt porté à la question par les autorités sanitaires, par les médecins et par le public, permet de prévoir pour l'avenir une diffusion considérable de la méthode en Espagne.

M. le docteur William H. Park (New-York) indique d'abord le résultat de ses expériences de contrôle sur la souche de B. C. G. fournie par l'Institut Pasteur. Il confirme les conclusions du professeur Calmette, en indiquant toutefois qu'il est possible de restituer en partie sa virulence à la culture de B. C. G. en utilisant des milieux spéciaux. Mais, dans la pratique, le B. C. G. est inoffensif aussi bien par injection que par ingestion.

Il croit à l'innocuité et à l'efficacité de la vaccination au B. C. G. même sous forme d'ingestion, laissant à Schick et Kerestzuri le soin d'exposer l'efficacité de la vaccination par voie parentérale.

M. E. Maragliano (Gênes) trouve dans son rapport l'occasion d'affirmer sa conviction déjà ancienne de la possibilité de vacciner préventivement contre la tuberculose.

L'étude du B. C. G. lui permet d'affirmer sa puissance vaccinante. Toutefois ce n'est pas le seul vaccin utilisable. Pour l'auteur, les bacilles morts peuvent être également utilisés et il y aurait avantage à faire une large expérience de divers vaccins.

M. O. Scheel (Oslo) donne, au nom du docteur Heimbeck et au sien, le résultat des vaccinations pratiquées par injection sous-cutanée de B. C. G. en Norvège depuis 1926, à la suite des premiers essais de B. Weill-Hallé en France depuis 1924. Leurs recherches, y compris celles de Olav Haussen, Schultz-Hardt et Skaar, ont porté sur 2.973 enfants et adultes. Elles se sont étendues surtout après les premiers résultats si remarquables obtenus dans la prémunition des infirmières d'Ulleval.

Ils signalent également la statistique des vaccinations chez les étudiants en médecine : 89 étudiants à cuti-réaction positive ont donné un seul cas de tuberculose; 51 à cuti réaction négative en ont donné 5 ou 6; 44 à cuti-réaction négative, vaccinés au B. C. G., n'ont présenté aucun cas de tuberculose.

Au sujet des inconvénients locaux des vaccinations parentérales, ils insistent, comme Weill-Hallé, sur la supériorité de la voie sous-cutanée par opposition à la voie intradermique.

M. R. Heynsius von Denberg (Amsterdam) apporte une statistique précise des nourrissons que, depuis 1926, et avec un contrôle très précis, il a vaccinés par voie buccale et qui ont été exposés dans leur famille à l'infection tuberculeuse. Les différences de mortalité tuberculeuse observée parmi ces enfants, comparés à des témoins placés dans les conditions identiques, apportent une preuve concluante de l'efficacité du B. C. G.

M. Michalowics (Varsovie) donne les résultats des vaccinations contre la tuberculose par la méthode de Calmette et en conclut que :

1° Le B. C. G, est inoffensif et ne peut pas produire de lésions tuberculeuses dans les conditions de la prémunition, non seulement chez les enfants normaux, mais aussi chez les prématurés et chez les débiles;

2° Les bacilles absorbés par voie buccale peuvent traverser la paroi intacte du tube digestif, contrairement à l'opinion émise par Nobel et ses collaborateurs;

3° Un séjour prolongé du vaccin B. C. G. à l'intérieur de l'organisme infantile, même affaibli par des maladies, n'augmente pas sa virulence ;

4° Le vaccin B. C. G. à lui seul peut provoquer l'allergie tuberculinique;

5° Il est indispensable de préserver l'enfant vacciné pendant quatre semaines après la vaccination jusqu'à l'établissement de l'immunité antituberculeuse.

M. J. Cantacuzène (Bucarest) donne les résultats des vaccinations des nouveau-nés effectuées en Roumanie.

La vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G. est appliquée en Roumanie depuis quatre années. Un mémoire publié en 1929 donnait les résultats de trois années d'expériences portant sur 17.535 observations d'enfants vaccinés (le nombre total des vaccinations dépassant à ce moment le chiffre de 30.000). Les statistiques avaient été établies en tenant compte de la méthode des *life tables*. Cette expérience a démontré l'innocuité parfaite des vaccinations.

Une seconde constatation qui résulte de cette expérience est celle de l'abaissement de la mortalité générale chez les vaccinés vis-à-vis de l'ensemble des causes de mortalité infantile. En effet, chez les vaccinés, cette mortalité est de deux à trois fois (selon les régions) moins forte que chez les témoins non vaccinés ; il y a là une preuve nouvelle de l'innocuité de la méthode.

Depuis la publication du travail, sont venus s'ajouter treize nouveaux centres importants, ce qui porte à trente-sept le nombre des villes où la vaccination est pratiquée aujourd'hui. De plus, dans deux départements (Ilfov et Trei-Scaune) on vaccine les enfants dans toutes les communes rurales. A l'heure actuelle, le chiffre des vaccinés en Roumanie dépasse 45.000.

Or, l'étude de ces documents nouveaux ne modifie en rien les conclusions générales que nous avions déjà formulées. L'innocuité de la vaccination continue à être absolue; aucun accident ne nous a été signalé. La mortalité pour toutes espèces de causes de maladie continue à être chez les vaccinés deux à trois fois plus faible que chez les témoins non vaccinés.

D'autre part, la mortalité par tuberculose confirmée chez les enfants nés et élevés en milieu bacillifère se maintient également à la proportion de 1,3 p. 100 (au lieu de 25 p. 100 chez les témoins non vaccinés).

M. Carl Naeslund (Stockholm). Expériences sur la vaccination B. C. G. dans la province de Norrbotten. La vaccination a débuté au mois de septembre 1927 et au cours de cette année 229 personnes ont été vaccinées. En 1928, dans la province de Norrbotten, 1.347 enfants sur 4.969 nouveau-nés ont été vaccinés (soit 27,1 p. 100); les chiffres correspondants étaient de 1.601 sur 4.740, soit 38,8 p. 100. Au 1er mai 1930, 652 enfants avaient été vaccinés. A cette date, 4.009 nouveau-nés avaient été vaccinés en Norrbotten.

Les conclusions que l'on peut tirer de l'expérience entreprise en Norrbotten sont les suivantes :

La vaccination n'a été nuisible dans aucun cas;

La mortalité parmi les enfants vaccinés est bien moins grande dans la province que parmi les enfants non vaccinés;

Il n'y a aucune preuve évidente qui confirme ou contredise la théorie de l'immunisation spéciale produite par le vaccin B. C. G. contre la tuberculose;

Certaines observations donnent à croire que la mortalité relativement peu élevée parmi les enfants vaccinés en Norrbotten provient en général de l'immunisation artificielle contre la tuberculose;

Les résultats obtenus par la vaccination encouragent à persévérer dans son application.

Discussion.

Un grand nombre d'auteurs ont apporté une contribution personnelle et, dans l'ensemble, très favorable à ces rapports sur la vaccination tuberculeuse. Citons notamment Baudoin (Canada), Wallgren (Suède), Armand-Delille (France), Brinchmann (Norvège), Schick et Kerestzuri (Etats-Unis), Derscheid et Duthoit (Belgique), Valtis (Grèce), Saenz (Uruguay), Ascoli et Israeli (Italie), Legros (France), Kirchner (Allemagne), Zeyland (Pologne).

Parmi les rares dissidents, nous relevons les noms d'un vétérinaire canadien, Watson, de certains médecins allemands critiquant les résultats statistiques (Blumel) ou autrichiens prônant le vaccin Friedemann (Greil).

M. B. Weill-Hallé (Paris) a clos la série des orateurs en apportant aux rapporteurs favorables l'appoint d'une expérience forte déjà de neuf années (1921-1930). Il a précisé, en outre, les indications et les conditions de la vaccination parentérale par voie sous-cutanée et intramusculaire. Enfin, il a relaté, avec projections à l'appui, les méthodes de contrôle des sujets vaccinés, régulièrement suivies dans ses consultations, avec recherche systématique et périodique, depuis 1922, des réactions allergiques et des variations de croissance.

DEUXIÈME QUESTION

État actuel de la thoracoplastie.

Le professeur P. Bull (Oslo) expose l'état actuel de la question de la « thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ».

Dans un court paragraphe il précise la position de la thoracoplastie au regard du pneumothorax artificiel. L'efficacité de cette dernière méthode suppose l'existence d'une cavité pleurale libre ou pratiquement libre. La présence de symphyses pleurales complètes ou étendues transporte l'attention vers la paroi thoracique, deuxième facteur s'opposant à la rétraction du poumon.

L'insuffisance de l'opération de Freund pour obtenir un vrai collapsus thérapeutique justifie la nouvelle méthode.

L'auteur fait une longue étude de la technique opératoire, indique la nécessité de réséquer la première côte, la supériorité de l'opération en deux temps, les modifications éventuelles des opérations ordinaires de thoracoplastie, les opérations complémentaires de thoracoplastie antérieure et d'apicolyse, l'utilisation des greffes adipeuses en cas d'échec ou d'insuffisance de la thoracoplastie; il discute l'avantage de la phrénicectomie préliminaire ou supplémentaire.

Il passe ensuite en revue les risques les plus graves d'une thoracoplastie extrapleurale : flottement médiastinal, syncope cardiaque, shock et infection, évolution rapide de la tuberculose dans l'autre poumon; les complications d'ordre toxique ou infectieux atteignant les organes thoraciques ou abdominaux.

Enfin, après avoir posé les indications et contre-indications de l'acte opératoire, il fournit les statistiques complètes des interventions réalisées par les chirurgiens norvégiens.

Les conclusions fondamentales de l'auteur sont les suivantes :

Les malades atteints de tuberculose pulmonaire unilatérale ou presque unilatérale, chez lesquels le pneumothorax artificiel est impraticable ou inefficace, peuvent être guéris par une thoracoplastie extrapleurale, totale ou partielle, combinée ou non avec un pneumothorax ou une phrénicectomie.

On ne doit entreprendre cette opération qu'après entente avec le médecin traitant, lorsque celui-ci est arrivé à un pronostic définitif au sujet d'un cas qu'il a gardé pendant longtemps en observation.

L'autre poumon doit être exempt de signes cliniques de tuberculose, ou du moins ceux-ci doivent être insignifiants et stationnaires.

On doit recourir à la thoracoplastie quand il n'y a pas eu d'amélioration après trois ou quatre mois de traitement sanatorial et qu'on ne peut pas pratiquer efficacement le pneumothorax artificiel.

Des hémoptysies répétées constituent une indication supplémentaire à l'opération.

Des cavernes de la grosseur d'une noix ou même plus grosses guérissent plus rapidement et plus sûrement après une opération qu'à la suite d'un traitement d'attente.

Les formes fibreuses chroniques de la tuberculose pulmonaire sont celles qui réagissent le mieux à la thoracoplastie. La forme exsudative pure est celle qui présente les plus grands risques opératoires.

De 35 à 45 p. 100 des malades ne pouvant être améliorés par d'autres méthodes peuvent être sauvés grâce à une thoracoplastie et recouvrer entièrement leur capacité de travail.

Environ 20 p. 100 des malades retirent un bénéfice temporaire de l'opération, mais succombent ultérieurement à leur tuberculose.

Environ 16 p. 100 des malades ne retirent aucun bénéfice de l'opération.

Environ 6 p. 100 des malades voient leur état empirer à la suite de l'opération.

Environ 10 p. 100 meurent des suites de l'intervention, c'est-à-dire dans les huit premières semaines.

Tous les médecins de sanatoriums et tous les praticiens devraient connaître les indications et les résultats de la thoracoplastie extrapleurale. Personne n'a plus le droit de priver de cette chance de salut les malades qui pourraient bénéficier de cette opération.

Discussion.

M. F. Sauerbruch (Berlin), l'un des promoteurs de la thoracoplastie, donne les résultats d'une expérience déjà vieille de plus de vingt ans. Sur 2.000 malades opérés dans sa clinique, 1.200 ont subi la thoracoplastie. Le chiffre moyen de guérisons atteint 40 p. 100, et cette proportion atteint 75 à 80 p. 100 dans le cas de localisation strictement unilatérale.

L'auteur semble assez peu favorable à la méthode du plombage des cavités, sauf en cas de cavernes irrégulières du

sommet, à sécrétion modérée, à parois fermes, dans un lobe peu altéré, ou pour tarir des hémorragies cavitaires, enfin pour obtenir une compression finale dans un collapsus incomplet.

Après avoir discuté l'intérêt de la phrénicectomie, et noté la supériorité de l'intervention pour la thoracoplastie dans une clinique chirurgicale, il ajoute diverses précisions concernant la technique opératoire.

M. J. GRAVESEN (Danemark) apporte une contribution à la question, sous forme d'une statistique de 211 malades opérés en quatorze ans.

Sur les 204 actuellement sortis du sanatorium, il a constaté 70 p. 100 de résultats positifs, notamment dans 23,5 p. 100 des cas ; et 29,9 p. 100 de résultats négatifs dont 18 p. 100 de décès.

M. F. DUMAREST (Hauteville) discute l'opinion de Bull au sujet de l'intervention dans les lésions localisées du sommet. Pour lui, la lésion lobaire fibro-ulcéreuse, depuis longtemps immobilisée, est justiciable de la thoracoplastie haute associée à la phrénicectomie.

Il est favorable à la phrénicectomie préalable, parfois suffisante à elle seule, et donne l'avantage à l'anesthésie locale pour la thoracectomie. Enfin, il estime préférable que l'intervention ait lieu dans le milieu sanatorial plutôt qu'à l'hôpital urbain.

M. H. MORRISSON DAVIES (Ruthin) pense que la thoracoplastie verra son domaine s'augmenter. Il pense que la technique doit s'adapter à chaque cas et que la résection costale doit être d'autant plus étendue que la forme de tuberculose pulmonaire est plus fibreuse, les cavités plus étendues et leur paroi plus épaisse.

L'anesthésie locale ou régionale combinée avec un minimum d'anesthésie générale est particulièrement recommandable.

M. OSCAR ORSZAGH (Budapest) donne les résultats des opérations pratiquées depuis 1923 au sanatorium Queen Elisabeth, près de Budapest. Sur 36 cas, 7 décès précoces et 11 tardifs, soit 52,9 p. 100.

En y joignant les opérations accomplies dans divers sanatoriums, il réunit 66 cas dont 29 succombèrent, soit une proportion de 47 p. 100.

Des 45 malades encore vivants, 28 ont été guéris et capables de travailler.

Il conclut qu'il faut être extrêmement prudent en matière d'indication opératoire et ne pas risquer de faire succomber des sujets qu'une thérapeutique plus prudente aurait pu prolonger.

M. NICOLA LEOTTA (Palerme) donne un complet assentiment aux conclusions de Bull en ce qui concerne la technique. Il revendique toutefois un intérêt particulier pour le procédé d'immobilisation de la paroi thoracique qu'il a préconisé, par paralysie temporaire des huit premiers intercostaux à l'aide d'injection d'alcool. Ce procédé pour l'obtention du repos fonctionnel réduit les indications de la thoracoplastie.

TROISIÈME QUESTION

L'enseignement de la tuberculose aux étudiants et aux médecins.

Le professeur HIS (Berlin) revendique pour l'enseignement clinique de la médecine interne le droit et même le devoir d'enseigner la tuberculose. Les méthodes d'examen d'ordre physique, chimique, microscopique et radiologique sont les mêmes que pour toutes les maladies des voies respiratoires ; seule la thérapeutique présente un aspect un peu différent, et certaines interventions échappent nécessairement au praticien, au même titre que le traitement sanatorial (cautérisation intrapleurale, thoracoplastie).

Après un exposé très complet de l'enseignement de la tuberculose aux étudiants et des cours complémentaires institués en Allemagne et dans les divers pays, le rapporteur conclut que l'enseignement de la tuberculose doit être donné dans le cadre de l'enseignement clinique de la médecine interne, de la médecine infantile, de la chirurgie et de la dermatologie.

Ces cliniques doivent par conséquent accueillir un nombre suffisant de tuberculeux à tous les stades et se tenir, s'il y a lieu, en liaison avec les services de tuberculeux d'autres hôpitaux, avec des sanatoriums et des dispensaires.

Les étudiants doivent avoir l'occasion de visiter des sanatoriums et des dispensaires.

Des cours spéciaux et des exercices pratiques sur la tuberculose sont désirables, mais il n'est pas nécessaire qu'ils soient obligatoires.

Les cours de perfectionnement destinés aux médecins sur la pathologie, le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la tuberculose doivent être organisés de telle sorte que chaque praticien ait l'occasion, à certains intervalles, de rafraîchir ses connaissances.

En outre, il est très désirable d'organiser des cours complets sur l'ensemble de la tuberculose ou sur certains problèmes déterminés.

On doit donner au médecin qui désire se perfectionner l'occasion de faire des stages pratiques dans des sanatoriums ou des dispensaires.

Les fonctionnaires médicaux ont besoin d'une formation et d'un perfectionnement approfondis dans le domaine de la tuberculose.

La fréquentation des Congrès nationaux et internationaux doit être encouragée par les autorités.

Discussion.

M. O. ZIEGLER (Hanovre) constate que l'enseignement est insuffisant presque dans tous les pays. Il pense que l'enseignement de la tuberculose doit être plus ou moins obligatoire, autant de la part du professeur de clinique que pour les élèves. Il trouve préférable que l'enseignement soit confié à un profeseur distinct, dans le cadre de la chaire de clinique médicale; cet enseignement sera sanctionné par un examen spécial.

Il insiste également sur la nécessité des cours de perfectionnement destinés aux praticiens, mais d'abord aux médecins qui participent directement à la lutte antituberculeuse.

M. Q. DERSCHEID (Bruxelles) expose l'organisation belge de l'enseignement qui est divisé pour la tuberculose entre la clinique médicale et chirurgicale donnant l'instruction théorique : la chaire d'hygiène générale démontrant l'organisation médico-sociale de la lutte contre la tuberculose, les hôpitaux universitaires chargés de l'enseignement pratique.

En outre, des agrégés spécialisés dirigent des « cours de perfectionnement ».

Le gouvernement belge a, cette année, affecté une somme de cent millions de francs, accordés à l'œuvre nationale belge de défense contre la tuberculose, pour élargir et développer la lutte contre cette maladie. L'amélioration de l'enseignement pratique sera un des chapitres importants de cette réorganisation.

M. WILLARD B. SOPER (Etats-Unis) indique la situation de l'enseignement de la tuberculose aux Etats-Unis, où les meilleures universités offrent assurément aux étudiants tout ce qui leur est nécessaire à cet égard.

Pour l'enseignement complémentaire, l'école Trudeau à Saranac Lake fournit depuis 1916 toutes facilités aux médecins qui, en quinze années, y ont été instruits au nombre total de 334.

M. le docteur Soper insiste sur la valeur éducative multiple du dispensaire pour l'étudiant. Enfin, il espère que

l'adoption du programme minimum du professeur His par l'association stimulerait utilement le zèle des doyens ou directeurs d'école un peu trop indifférents.

M. L. BERNARD (Paris) considère que s'il est légitime d'intégrer autant que possible l'enseignement théorique de la tuberculose dans la clinique médicale, la complexité du sujet, exigeant tant de techniques spéciales diagnostiques ou thérapeutiques, impliquant aussi de multiples incursions dans le domaine social, légitime la spécialisation de cet enseignement en une chaire particulière. Cette chaire comprendra, avec la clinique proprement dite, un dispensaire relié aux diverses institutions antituberculeuses.

Sir R. PHILIP (Edimbourg) donne l'appui de sa longue expérience à la défense de la spécialisation et son opinion est analogue à celle du professeur L. Bernard. Au surplus, deux chaires de tuberculose existent en Grande-Bretagne, celle d'Edimbourg et celle de Cardiff.

M. Eug. MORELLI (Rome) accepte dans leur majeure partie les conclusions du professeur His. Il faut construire très peu d'écoles de phtisiologie, mais parfaitement organisées, où l'enseignement sera confié à des médecins de clinique générale, spécialisés en clinique de tuberculose et de maladies de l'appareil respiratoire. L'auteur expose enfin l'organisation de la clinique qu'il dirige à Rome et qui comporte de multiples départements.

M. PETER F. HOLST (Oslo) partage, dans l'ensemble, l'opinion du professeur His pour l'enseignement aux étudiants. L'enseignement complémentaire, avec stages plus ou moins longs, sera donné dans les grands sanatoriums.

MM. W. ORLOWSKI (Varsovie) et WESTERGREN (Stockholm) donnent leur approbation au programme indiqué par le rapporteur général.

M. R. EISELT (Prague) propose, en outre, de décréter que les spécialistes phtisiologues devront avoir passé deux ans dans un sanatorium ou un service antituberculeux avec dispensaire.

WEILL-HALLÉ.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement des dermatoses staphylococciques par le bactériophage de d'Hérelle en applications locales (1), par le docteur Etienne FISCHER.

Dans son travail inaugural, l'auteur, après un clair exposé des notions acquises sur le phénomène de d'Hérelle envisagé au point de vue de son utilisation pratique, propose avec le docteur P. Wagon l'utilisation d'une suspension de bouillon bactériophage dans une pommade dont l'excipient miscible à l'eau a été préalablement stérilisé.

Le docteur E. Fischer démontre que le bactériophage peut s'y maintenir et indique la technique permettant de l'y déceler.

Par l'emploi de la pommade au bactériophage, on n'a pas à craindre les inconvénients des injections intraveineuses ou sous-cutanées; en particulier, on n'a pas à redouter de troubles antiphylactiques.

Cette méthode, sans danger, donne des résultats remarquables dans les cas de furoncles, d'impétigos, d'eczémas impétigineux, de pyodermites staphylococciques et d'intertrigo, que le docteur E. Fischer a traités dans le service et sous le contrôle du docteur Milian à l'hôpital Saint-Louis.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1930. — Le François, éditeur.

Contribution à l'étude du traitement de la chorée de Sydenham (1), par le docteur B. WASMER.

Dans ce très important travail, fait dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne et contenant de très intéressantes observations, l'auteur passe en revue les différents moyens thérapeutiques préconisés contre cette affection et conclut que, malgré les essais de médications multiples et variées, le meilleur traitement de la chorée de Sydenham est encore l'arsenic, à condition qu'il soit donné à hautes doses; tous les composés arsenicaux utilisés jusqu'à ce jour sont soit toxiques et dangereux (liqueur de Boudin), soit d'une efficacité insuffisante (cacodylates, méthylarsinates), soit peu pratiques à utiliser hors des services hospitaliers (beurre arsenical); tous ces composés, quels qu'ils soient, ont d'ailleurs causé des accidents plus ou moins graves chez un certain nombre de malades.

L'acide allyl ou propénylarsinique, de par sa constitution chimique, se trouve réunir les qualités curatives de l'acide arsénieux et l'innocuité des composés organiques; la durée de la cure amenant la guérison des malades atteints de chorée de Sydenham est réduite à quinze jours dans les cas bénins, un mois environ dans les formes plus graves. Aucun cas d'intolérance médicamenteuse n'a été signalé dans les multiples applications de l'acide allylarsinique ou arsylène et tous les petits malades se sont très bien trouvés de ce traitement qu'ils ont suivi sans aucun incident. Enfin, de par sa présentation en granules ou en ampoules rigoureusement dosés, l'arsylène est facilement maniable, peut être utilisé partout et mis entre toutes les mains, ce qui est un avantage très considérable.

L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (2)

DOCTORAT D'ETAT. — 130. ALPHONSE. — Contribution à l'étude histo-bactériologique de l'ovaire dans l'hérédo-syphilis précoce.

58. ANELLA (D'). — Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses et des tumeurs mélaniques de la région plantaire.

20. AULÉZY. — Contribution à l'étude du rhumatisme déformant polyarticulaire dans ses relations avec le rhumatisme articulaire aigu.

65. BADELON. — Contribution à l'étude des lésions de l'anse sigmoïde au cours des annexites gauches.

26. BAILLE. — Traitement de l'orchi-épididymite blennorragique. Comparaison du traitement médical, chirurgical et vaccinal.

119. BAPT. — Influence de la ponction lombaire sur la tension artérielle.

22. BAQUÉ. — De quelle manière la guerre a-t-elle modifié nos idées sur le traitement des grands traumatismes des membres?

13. BASTOUIL. — Contribution à l'étude des tumeurs métastiques des os au cours des cancers du sein.

42. BEAUDIMENT. — Contribution à l'étude de la cure de Barbotan.

150. BELLOCQ-LACOUSTÈTE. — Contribution à l'étude de luxations congénitales et postobstétricales de l'épaule.

143. BERGER. — Les formes pseudo-néoplasiques de la syphilis des fosses nasales.

31. BERGOUGNOUX. — Des avantages du drainage au Mikulicz dans certaines hystérectomies difficiles.

(1) *Th. de Lyon*, 1929.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier, n° 71, p. 1267; Lille, n° 73, p. 1299; Strasbourg, n° 74, p. 1316.

101. Bernès-Lasserre. — Contribution à l'étude de l'hypotension artérielle permanente à allure idiopathique.

48. Berthon. — Contribution à l'étude comparative de la diathermie à ondes entretenues et à ondes amorties en gynécologie.

3. Billaut. — Les perforations vésicales d'origine appendiculaire.

96. Bitteau. — Contribution à l'étude du traitement des ostéomyélites aiguës de la hanche par la résection de la tête fémorale.

116. Blazy. — Le chancre induré du col utérin.

9. Blottière. — Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie par le somnifène.

151. Bodeau. — Le hoquet.

37. Bodet. — Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des rayons infrarouges.

149. Boiffin-Vivier. — L'urétrite gonococcique chronique d'emblée.

90. Boussat. — Le métabolisme basal dans la tuberculose évolutive.

73. Boutareau. — Les coxopathies hystériques.

105. Bréhant. — L'avenir de la gestation et du produit de conception au cours des pyélonéphrites gravidiques.

103. Broustet. — Les données de la cardiographie de décubitus latéral gauche et de l'électrocardiographie dans l'insuffisance cardiaque.

77. Carel. — Syphilis et traumatisme.

54. Carre. — Recherches sur le diagnostic bactériologique postmortem au point de vue médico-légal de certaines septicémies.

19. Castanet. — Sur l'origine myélitique des paralysies postsérothérapiques.

38. Castelbon. — Baudelaire malade.

88. Chaillou. — Contribution à l'étude des réactions sensori-psychomotrices chez les escrimeurs.

1. Charles. — De la conduite à tenir dans le cas d'écoulement de sang par le mamelon.

36. Charpentier. — Le traitement du cancer du col de l'utérus au Centre de lutte contre le cancer à Bordeaux.

55. Chevalier. — De la vulvo-vaginite des petites filles au point de vue médico-légal.

2. Chrétin. — Contribution à l'étude du traitement des suppurations pulmonaires non tuberculeuses.

83. Cluzet. — L'éternuement.

70. Comby. — Ulcère de la deuxième portion du duodénum.

81. Coulonjou. — Le rôle de l'auto-suggestion dans la genèse et la fixation de certains délires.

89. Courmes. — Recherches sur l'état microbien du péritoine dans les laparotomies.

79. Crémoux. — Contribution à l'étude de l'échinococcose des os longs.

98. Debaille. — Contribution à l'étude des manifestations postarseno-benzoliques imputables au biotropisme de Milian.

111. De Latouche. — Les perforations intestinales au cours des fièvres paratyphoïdes.

147. Demage. — L'asthénie cardiaque.

141. Dervillée. — Contribution à l'étude des injections intraveineuses de citrate de soude dans les anémies.

95. Destruels. — La mort subite dans le status thymicolymphaticus chez l'enfant.

133. Devaux. — Contribution à l'étude expérimentale de l'ergostérine irradiée chez les lapines en état de gestation.

15. Doyarçabal. — Pathogénie, diagnostic et traitement des kystes hydatiques suppurés du poumon.

84. Drogoz. — Contribution à l'étude de la vaccination en gynécologie.

122. Dubosq. — Contribution à l'étude du traitement du mégacôlon sigmoïde.

136. Ductor. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie et de son application dans les affections broncho-pulmonaires chroniques.

107. Ecarlat. — Contribution à l'étude de la résistance des tuberculeux pulmonaires au climat marin.

97. Estradère. — Prophylaxie de la diphtérie dans les collectivités de nourrissons. Emploi de l'anatoxine.

59. Fabry. — Les fractures fermées de la tête du radius.

25. Faure. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite à forme hématurique sans rétention.

47. Favarel. — La rage dans le Sud-Ouest de la France et son traitement à l'Institut Pasteur de Bordeaux.

108. Filhastre. — Appendicite et grossesse. Diagnostic. Indications opératoires. Technique et résultats.

99. Fourcade (Mlle). — Contribution à l'étude des métastases pleuro-pulmonaires dans le cancer du col de l'utérus.

57. Franceschini. — Des colpectomies dans les tumeurs malignes primitives du vagin.

139. Gaudin. — Contribution à l'étude du traitement actuel des troubles produits par la ménopause opératoire.

5. Gaugier. — Le traitement actuel des abcès du sein. Etude critique de la vaccinothérapie associée au traitement chirurgical.

16. Grangé. — Sur la valeur de la ponction lombaire dans les complications endocraniennes des otites.

123. Grenoilleau. — Les suites médico-légales des contusions du rein.

115. Grimard. — L'évolution de la notion du centre cérébral.

138. Guglielmi. — Contribution à l'étude de la radiographie dentaire.

80. Guiard. — La trépanation cranienne chez les néolithiques et chez les primitifs modernes.

28. Guillermin. — Sur la tuberculose viscérale. (Conceptions médico-légales.)

125. Hordern. — Contribution à l'étude des hémorragies rétroplacentaires et de leur traitement.

4. Jonchère. — Les bartonelloses. L'anémie infectieuse des rats splénectomisés.

50. La Balme. — La colpectomie en dehors des tumeurs malignes du vagin.

85. Labat-Labourdette. — La ténotomie du tendon d'Achille dans la réduction de quelques cas de fractures fermées de Dupuytren.

53. Lafferre. — Etude de la floculation du sérum des cancéreux par les méthodes de Vernes.

33. La Folie. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales.

121. Lafond-Grellety. — A propos de quelques observations de l'œdème de Quincke.

91. Lamy. — Grippe et lipovaccin.

129. Lassalle. — Essai de classification des troubles de la personnalité dans les maladies mentales.

132. Lataste. — Le radiobistouri ou bistouri électrique.

43. Le Bihan. — Le vagabondage impulsif.

34. Le Breton. — Contribution à l'étude des veines du membre supérieur.

17. Le Cun. — Etude et résultats de dix cas d'épithéliomas du sinus maxillaire traités par la chirurgie et le radium.

29. Le Gallou. — Les perforations intestinales typhiques tardives.

46. Legrand. — Syphilis, alcoolisme et gros foies.

87. Le Hir. — Contribution à l'étude des périnévrites syphilitiques.

10. Lemasson. — Effacement et dilatation du col de l'utérus au cours de la grossesse.

12. Lemeillet. — L'acrodynie de l'adulte. Ses rapports avec l'acrodynie infantile. Sa nature.

45. Le Merdy. — Les troubles de la conduite professionnelle.

67. LE SCOUËZEC. — Contribution à l'étude de la maladie post-traumatique (maladie de Kümmel-Verneuil).
82. LETAC. — La psychose circulaire tardive.
140. LONGE. — Contribution à l'étude de l'opération de Le Fort dans le traitement des prolapsus génitaux.
44. LORRE. — La recherche de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien.
68. MACLAUD. Contribution à l'étude des propriétés bactéricides de la glycérine. Son emploi en thérapeutique.
39. MAGROU. — Contribution à l'étude des formes histologiques des épithéliomas gastriques.
144. MAHON. — L'utérus parturient rachianesthésié.
40. MALLET. — Traitement du cancer des lèvres au Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest.
56. MANCIET. — Contribution à l'étude des phlegmons périphériques bilatéraux.
93. MARCHADIER. — Contribution à l'étude du traitement des diverticules congénitaux dans la vessie.
100. MARQUE. — Traitement radiothérapique des rhumatismes chroniques et des névralgies rhumatismales.
7. MARTINEAU. — Contribution à l'étude des anastomoses cholécysto-digestives.
24. MARTINET. — Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale par le sulfarsénol.
51. MARY. — Contribution à l'étude des phlegmons du ligament large et de quelques cas de complications crurales.
21. MATHIEU. — Contribution à l'étude de l'action du traumatisme opératoire sur l'évolution de la gestation.
118. MÉRIC. — Contribution à l'étude des veines saphènes.
41. MICHAUD. — Le pouls lent est-il un élément caractéristique des suites de couches physiologiques?
14. MINIER. — Le facteur pathogène en géographie humaine.
39. MORARD. — Quelques aspects radiographiques de rhumatismes chroniques.
69. MOREAU. — Valeur du langage symbolique normal et pathologique.
18. MORVAN. — Les hémiplégies symptomatiques des tumeurs cérébrales.
94. MUNIER. — Les kystes séreux du rein.
8. NAUDILLON. — La dermatite des fourreurs.
114. NAUTIACQ. — Blaise Pascal malade.
146. NÉDELEC. — Les médecins dans la littérature française depuis Molière.
110. NICOLAS. — Contribution à l'étude critique du drainage au Mikulicz dans l'appendicite suppurée et les abcès périappendiculaires.
30. ORTHOLAN. — Des variations de la tension intra-oculaire après l'opération du colmatage.
61. OURRADOUR. — Les fractures de la cavité cotyloïde.
76. PALES. — Etat actuel de la paléo-pathologie. Contribution à l'étude de la pathologie comparative.
86. PAPE. — Les opérations conservatrices sur les trompes comme traitement de la stérilité.
72. PARFAITE. — Les névralgies faciales symptomatiques d'origine alvéolo-dentaire.
117. PASQUET. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique des hémorragies du placenta prævia.
62. PASQUET (Paul-Adolphe). — Le syndrome adiposogénital.
135. PÉRENNEC. — Des fractures isolées fermées des apophyses transverses lombaires.
78. PERRIN. — L'ostéo-synthèse de la diaphyse fémorale. Le genou fléchi.
113. PETGES. — Poïkilodermie et poïkilodermatomyosite.
120. PETIT. — La lutte contre la lèpre au moyen âge. Les lépreux saumurois. La dernière page de leur histoire.
142. PEU-DUVALLON. — Contribution à l'étude du cancer du cæcum compliqué d'invagination.
124. PICHEVIN. — Les indications et les résultats éloignés de l'hémicolectomie droite dans la « stase intestinale chronique ».
64. PIERAGGI. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post partum et de leur traitement.
92. PIGANAUD. — Rôle du sentiment amoureux dans la « démence précoce ».
104. PINSAN. — La voie vaginale dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales.
63. POUDÉROUX. — Remarques sur l'incohérence des propos de quelques aliénés.
112. PRIOLEAU. — Contribution à l'étude de la diphtérie à répétition.
106. PRIQUET. — Contribution à l'étude du vaccin B. C. G.
35. PROUST. — Influence de la ménopause sur le cancer du sein et castration ovarienne thérapeutique par les rayons X.
102. QUÉTIN. — Les métastases cutanées des cancers viscéraux.
145. RAINE. — La phrénicectomie envisagée dans quelques affections pulmonaires et en particulier dans la tuberculose.
127. RATON. — Contribution à l'étude de la chirurgie du trijumeau.
131. REBEYROL. — Le traitement radio-thérapeutique de la maladie de Basedow.
134. RENAUD (Mlle). — Contribution à l'étude de l'urée sanguine chez le lapin normal et le lapin néphrétique.
126. REY. — De Sylvius à Régnier de Graaf. Quelques considérations sur les idées médicales du XVIIIe siècle.
75. RICHET. — Contribution à l'étude des abcès corticaux du rein.
6. ROQUES. — Contribution à l'étude du traitement des diarrhées infantiles par la salicaire.
23. ROUCHONNAT. — Contribution à l'étude du choc médullaire au cours et à la suite des interventions pour tumeurs de la moelle et de ses enveloppes.
66. ROY (Emmanuel-Charles-Marie). — Contribution à l'étude du traitement des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires.
109. ROY (Pierre-Joseph). — Etude comparative des thérapeutiques utilisées dans l'invagination aiguë du nourrisson.
60. ROZÈS. — Contribution à l'étude de la pneumonie par contusion.
11. RUPPLI. — Le métabolisme basal en clinique.
128. SAINT-MARTIN. — Le traitement de la luxation récidivante de l'épaule par l'opération d'Ouard.
52. SAMARA. — Les dangers du curettage utérin.
148. SOUBIGOU. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose par une méthode d'autosérothérapie.
74. SUIGNARD. — Hématome funiculaire spontané.
71. TANOUARN (DE). — L'amputation double simultanée des deux cuisses pour lésions traumatiques.
32. TÉREAU. — Repérage de l'uretère dans les interventions pelviennes chez la femme.
27. TRÉGOUËT. — L'astrologie. Son histoire liée à celle de la médecine.
137. WINNAERT. — Le cancer augmente-t-il de fréquence?

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 206. ARTETA. — Le métabolisme basal dans la tuberculose pulmonaire.
203. GUERRA. — De l'extension continue à points d'appui osseux dans le traitement des fractures des cuisses.
201. ONTANÉDA. — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de l'électrargol au cours du rhumatisme articulaire aigu.
205. SZWARC. — Contribution à l'étude des bactériuries cystalgiques et des cystalgies à urines claires.
202. YUEN. — Contribution à l'étude des sarcomes musculaires primitifs des membres.

LIVRES NOUVEAUX

La diathermie dans les affections du tube digestif (1), par le docteur Marcel LÆMMER.

Les ressources de l'électrothérapie moderne sont trop souvent encore mal connues du praticien; de plus, les indications s'en complètent chaque jour et la technique se perfectionne. La présente plaquette présente donc la très grande qualité d'être à la fois une initiation et une mise au point. Sur quel principe est basée la diathermie et au moyen de quel appareillage l'emploie-t-on? Quels effets, en général, peut-on en attendre? Segment par segment, cette étude se poursuit pour le tube digestif et ses annexes. En dehors de son action directe, la diathermie possède une action indirecte au moyen des réflexes des divers étages médullaires qu'elle influence de façon passagère ou durable.

Dans chacun de ces brefs chapitres, l'exposé est complété par des schémas annotés qui constituent une sorte de formulaire. Formulaire encore mais sur un autre plan, qui termine l'ouvrage, où pour chaque indication clinique se trouvent associées les pratiques courantes de diététique et de thérapeutique au formulaire électrique approprié. En tout 94 pages schéma compris; brièveté qui réunit tous les renseignements nécessaires sous un même coup d'œil. L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et Cie, 1930.

La maladie de Friedreich (1), par le docteur P. MOLLARET.

Le présent travail ne représente, malgré son étendue, que la première tranche d'un ensemble plus important. Sans vouloir accepter en ce qui concerne la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse, les conceptions pleinement unicistes admises autrefois, il demeure incontestable que trop de ressemblances les rapprochent pour qu'on soit autorisé à les séparer entièrement.

Les recherches de l'auteur l'ont amené à envisager une entité nosographique synthétique : l'hérédo-dégénération spinocérébelleuse comprenant, à côté de l'ataxie cérébelleuse diverses formes de paraplégies spasmodiques familiales et la maladie de Friedreich. On trouve cliniquement entre ces divers termes de nombreuses formes de passage; certains types combinent les trois formes, d'autres au cours de leur évolution semblent passer d'une forme à l'autre; il est enfin des familles où l'on voit ces types alterner les uns avec les autres selon les sujets en cause. A ces traits se joignent les analogies anatomiques et le caractère héréditaire et familial, élément primordial.

(1) Paris, Amédée Legrand, 1930.

La Transfusion du sang, par Victor PAUCHET et Auguste BÉCART. 2e édit., revue, corrigée et augmentee. In-8 de 170 pages, avec 91 fig. dans le texte. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

L'auteur n'aborde ici que l'étude de la maladie de Friedreich, étude clinique et anatomique basée sur de nombreuses observations personnelles et que vient étayer une importante bibliographie. On trouvera là un résumé et puissant exposé synthétique de nos connaissances présentes. Seule y manque une conclusion thérapeutique; c'est seulement la limitation de notre savoir présent qu'il en faut accuser. Des monographies semblables sont cependant des jalons d'une incontestable valeur qui permettent de s'orienter dans l'inconnu.

R. L.

CONGRÈS

XVIIe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE (Paris, Institut Pasteur, les 20, 21, 22 et 23 octobre 1930.) — Le XVIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique; il tiendra ses séances les lundi 20, mardi 21, mercredi 22 et jeudi 23 octobre 1930, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur Delépine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, président de la Société pour 1930.

La Société de médecine publique assume tous les frais du Congrès; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent y assister.

Programme. — *Lundi 20 octobre.* — A 9 h. — Ouverture du Congrès. Allocution de M. le Président de la Société. Allocution de M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique.

RAPPORTS : *Comparaison des statistiques de mortalité de l'enfant du premier âge.* — Rapporteur : M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine.

Hygiène et reconstruction dans les régions inondées du midi de la France. — Discussion libre. Inscrits : MM. Rey, président de l'association générale des hygiénistes et techniciens municipaux; M. Cassan, inspecteur principal, directeur des services départementaux d'hygiène de l'Aude; M. A. Verdeau, directeur des services d'hygiène du Tarn-et-Garonne.

A 14 h. — RAPPORT : *Etude des rapports des bureaux d'hygiène avec l'inspection départementale d'hygiène. Ce qu'ils sont, ce qu'ils peuvent être sous l'actuelle législation, ce qu'ils doivent être.* — Rapporteurs : M. Aublant, inspecteur départemental d'hygiène, MM. Broquin-Lacombe et Bonnet, directeurs de bureau d'hygiène.

COMMUNICATIONS : M. le professeur Lafosse : « Un projet de réorganisation rapide et facile de l'hygiène publique en France ».

MM. les docteurs X. Leclainche et Picot : « De l'organisation de la protection maternelle et infantile dans le cadre départemental ».

M. le docteur Ginestous : « Les lois sur les habitations à bon marché et l'hygiène du logement ».

A 16 h. — CONFÉRENCE : M. le professeur Sacquépée : « Notions sur la psittacose ».

A 17 h. — CONFÉRENCE : M. le professeur Delépine : « Les transformations successives des pharmacopées françaises ».

A 18 h. — FILM : Film cinématographique d'éducation et de vulgarisation d'hygiène intitulé : « Contre la variole », présenté par M. le docteur J. Reynal, directeur du Bureau d'hygiène de Tunis.

Mardi 21 octobre. — A 9 h. — COMMUNICATIONS : M. le docteur Gommes : « La Familiculture ».

M. le docteur A. Colin : « Prophylaxie des maladies infectieuses : importance de l'état de la muqueuse du cavum ».

M. le docteur Paul Foucaud : « Dépistage et prophylaxie de la coqueluche par la bactériologie ».

M. le docteur Herber : « La fièvre typhoïde d'origine ostréaire et les mois sans R. ».

M. le docteur Gréhant : « La syphilis, cause importante et souvent méconnue de mortalité infantile ».

M. le professeur Messerli : « Le sport et l'hygiène : le contrôle médical du sport ».

A 11 h. — CONFÉRENCE : M. le professeur Messerli : « Un voyage d'études médico-sociales en Russie et Scandinavie (avec projections lumineuses) ».

A 14 h. — Assemblée générale du Syndicat des médecins hygiénistes français. Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

Mercredi 22 octobre. — A 9 h. — COMMUNICATIONS : M. J. Anger : « Traitement des eaux usées; floculation dans l'aluminium. »

M. Bezault : « Les fosses à digestion de boues dans l'épuration biologique ». Discussion des communications.

A 14 h. — COMMUNICATIONS : M. le professeur agrégé Ch. Gernez : « Applications de l'intradermoréaction à l'étude de l'allergie typhique et de l'immunité antityphique ».

M. le docteur Ginestous : « Le scourisme (secours aux blessés et malades sur la voie publique) ».

M. le docteur Hazemann : « Construction du village-sanatorium. Essai d'urbanisme médico-social ».

A 16 h. — CONFÉRENCE : M. le docteur Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène, professeur suppléant à l'Ecole de médecine : « Explorations souterraines dans le Jura, les Pyrénées et le Sud-Ouest. La circulation des eaux dans les terrains calcaires et ses conséquences au point de vue de l'hygiène publique (avec projections lumineuses) ».

A 17 h. — CONFÉRENCE : M. R. Dujarric de la Rivière : « Lavoisier, hygiéniste ».

Jeudi 23 octobre. — VISITES : Matin. — Visite à la boulangerie mécanique des hôpitaux de Paris. — Rendez-vous à 9 h. 15 : 12, rue de la Collégiale (métro : station Censier-Daubenton).

Après-midi. — Visite de la chocolaterie Menier. (Prière de vouloir bien s'inscrire dès à présent en écrivant à M. Dufaure agent de la Société, 205, rue de Vaugirard, à Paris (XVe.)

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages (pages de 39 lignes; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes;

2° Les manuscrits devront être remis en séance;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris.

5° MM. les auteurs de rapports et communications sont instamment priés de vouloir bien adresser au secrétaire général, M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe), dans les jours qui précèdent le Congrès, un résumé de leurs rapports ou communications (résumé de 5 à 10 lignes, en dix exemplaires destinés à la Presse).

Seuls, MM. les membres de la Société recevront gratuitement le volume des comptes rendus du Congrès. Les autres congressistes qui désireraient recevoir ce volume s'adresseront directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE NANCY. — M. le professeur Jules Bordet, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, a été nommé docteur honoris causa.

GUERRE. — Le médecin général Savornin est nommé directeur du Service de santé de la 14e région à Lyon.

Le médecin colonel Gorse est nommé directeur du Service de santé de la 11e région à Nantes.

— Sont nommés :

Au grade de médecin général inspecteur. — Le médecin général Cadiot, directeur du Service de santé de la région de Paris.

Au grade de médecin général. — Les médecins colonels Geysen, sous-directeur du Service de santé de la région de Paris, et Rubenthaler, directeur du Service de santé de la 7e région.

MARINE. — Les médecins de 1re classe désignés ci-après sont autorisés à prendre part aux concours pour les emplois de prosecteur et professeur indiqués ci-dessous :

A Brest, le 8 octobre 1930 :

Pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest : MM. Barge et Morvan, en service à Brest.

A Toulon, le 14 octobre 1930 :

Pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon : M. Dupas, en service à Toulon.

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux le 27 octobre 1930.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime, à Bordeaux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le prochain Congrès aura lieu à Paris en 1932, sous la présidence de M. le professeur Fernand Bezançon.

VOYAGE BLEU DE NOEL 1930. — La Société médicale du Littoral méditerranéen organise du 26 décembre 1930 au 8 janvier 1931 le VIIe voyage médical international de Noël sur la côte d'Azur avec excursion en Italie et dans les Alpes. L'itinéraire organisé avec le soin habituel fera visiter Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Antibes, Juan-les-Pins, Nice, Cap-Martin, Menton, Bordighera, San-Remo, Ospedaletti, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Les Alpes, Nice.

Il comportera notamment la visite de la nouvelle Faculté de Marseille et la cérémonie officielle organisée par le Gouvernement italien en l'honneur de Pasteur, à Bordighera.

N. B. — Pour les instructions générales du voyage, les renseignements et les adhésions, écrire au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

HÔPITAL LAENNEC. (Service d'oto-rhino-laryngologie.) — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 20 octobre 1930, une série de huit leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h.; en outre, les 20 et 21 octobre, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Laennec.

CHRONIQUE

LA SÉANCE D'OUVERTURE DU XXXIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La séance d'inauguration du Congrès français de chirurgie a eu lieu lundi. Elle a revêtu un caractère de solennité tout particulier grâce à la présence de l'illustre écrivain qui a bien voulu en accepter la présidence.

M. Paul Bourget prit, en effet, place au fauteuil de la présidence, ayant à ses côtés le docteur Auvray, président du Congrès; M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur; M. le doyen Balthazard; M. Ménétrier, président de l'Académie de médecine; les médecins généraux inspecteurs Dopter et Cadiot; le médecin général de la marine Oudard, et M. Grégoire, secrétaire général.

M. Walther, président de l'Association française de chirurgie, était malheureusement absent. M. le professeur Hartmann le remplaçait. Nous avons noté au hasard des entrées M. le professeur Lambret (de Lille), vice-président; la plupart des chirurgiens de Paris et de province, et parmi les étrangers MM. Dominici, Alessandri et Galeazzi (Italie), Lambotte, Mayer, Beckers (Belgique), Léonté, Daniel, Danielopolu (Roumanie), Phocas (Grèce), Ranaldo dos Santos (Portugal), de Fensuyt (Pays-Bas), Archibald Yung (de Glasgow), Lozano (de Saragosse), Rheaume (de Montréal), Simard (de Québec).

M. Paul Bourget se lève et prononce un discours qui comptera parmi les meilleurs que nous ayons entendus. Le maître a pris pour sujet : *La pensée dirige l'acte opératoire.*

Son magnifique discours, d'une haute élévation morale et d'une rare perfection de forme, a été salué par de vifs applaudissements.

La parole est ensuite donnée à M. Auvray.

Après avoir remercié ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'élevant à la présidence du Congrès, M. Auvray exprime à l'illustre maître Bourget ses sentiments de reconnaissance; il lui rappelle que le milieu où il se trouve ne lui est pas étranger, il l'a cultivé, il le connaît, il l'aime; il l'a déjà évoqué maintes fois dans les meilleurs de ses romans. Paul Bourget n'a-t-il pas dit un jour : « J'ai raté ma vocation, j'aurais dû être médecin. »

Il ne s'est pas contenté de le dire, n'a-t-il pas, en 1914, apporté son concours effectif à notre ami Dionis du Séjour en venant l'assister comme anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Il était donc particulièrement désigné pour présider une séance où l'on devait parler de l'organisation de l'anesthésie.

Cet hommage rendu à l'illustre écrivain, M. Auvray adresse quelques paroles de bienvenue aux étrangers qui assistent en grand nombre à la XXXIXe Réunion de l'Association française de chirurgie, et, suivant la tradition, il rappelle les noms des membres de l'Association décédés depuis la dernière Réunion. Ce sont Dejace (de Liége), Beuttner (de Genève), Lewenstern (de Varsovie), Charles Willems (de Liége), Lanelongue (de Bordeaux), Marais (de Caen), Nicaise fils (de Paris), Vacher (d'Orléans), Dransart (de Somain), Sabadini (d'Alger), Souligoux (de Paris), Brin (d'Angers). Tuffier et Lecène, enfin, il y a peu de jours, Henry Delagénière (d'Angers).

M. Auvray insiste plus particulièrement sur l'œuvre de Lecène et sur celle de Tuffier dont en quelques traits saisissants il fait revivre la figure devant nous.

L'orateur aborde ensuite la question dont il a fait choix comme sujet de son discours : *l'organisation de l'anesthésie dans les services de chirurgie.* Il montre les imperfections du système actuel tant en France que dans beaucoup de pays étrangers, où l'anesthésie est confiée trop souvent à de jeunes élèves des services ou à des médecins qui s'improvisent anesthésistes et n'ont de la narcose qu'une connaissance tout à fait sommaire. Ce manque d'expérience a malheureusement des conséquences fâcheuses, il occasionne parfois des accidents, soit au cours, soit à la suite de l'opération, accidents qui pourraient être évités. Or, il y a quelque chose à faire pour améliorer cette situation.

Une enquête très étendue poursuivie en pays étrangers a permis à M. Auvray de constater que dans ces pays et plus particulièrement dans les pays de langue anglaise; en Angleterre, au Canada, aux Etats-Unis, l'anesthésie est confiée à des spécialistes, *infirmières spécialisées* ou *médecins spécialistes.* Il passe en revue le mode de formation, l'organisation, les attributions de ces médecins spécialistes obligés dans certaines universités à de très longues études préparatoires.

Pour conclure, M. Auvray insiste sur la nécessité d'assurer la continuité de l'administration de l'anesthésie par les mêmes aides : il se prononce nettement en faveur de la création d'anesthésistes professionnels, réforme qui constitue à ses yeux un progrès considérable, et donne la préférence au *médecin anesthésiste spécialiste.*

Celui-ci doit être attaché de façon permanente avec ses assistants au même service de chirurgie; il doit être susceptible d'administrer l'anesthésie sous toutes ses formes ; son instruction générale doit lui permettre de procéder avant la narcolepsie à un examen approfondi du patient et de déterminer quelle est dans chaque cas particulier la meilleure narcose à employer ; dans les cas difficiles il saura poser les indications et les contre-indications de l'anesthésie et amener le malade à l'opération dans les meilleures conditions. Il offrira à l'opéré toutes les garanties de sécurité nécessaires, il permettra au chirurgien d'agir dans les conditions de tranquillité d'esprit indispensables pour l'exécution d'une bonne chirurgie. C'est lui qui enseignera pratiquement l'anesthésie aux élèves de nos services hospitaliers ; au lieu d'être livré à lui-même, l'élève profitera de l'expérience et des conseils de maîtres en anesthésie ; lors de ses premières narcoses il sera surveillé et soutenu par la présence à ses côtés du spécialiste. Enfin, par ses connaissances spéciales, l'anesthésiste de carrière pourra contribuer aux progrès de l'anesthésie qui est certes une science susceptible d'amélioration comme toutes les autres.

Sans doute la création des anesthésistes spécialistes soulève de multiples questions ; celles-ci pourront être résolues facilement si l'on veut bien admettre que le système actuel, dans beaucoup d'hôpitaux en France et à l'étranger, laisse fort à désirer, pour n'en pas dire davantage, et si l'on veut bien aborder résolument la réforme qui s'impose. Nous devons avoir le souci, comme on l'a eu dans certains pays à l'étranger, de faire progresser la science de l'anesthésie en même temps que son organisation matérielle.

Le beau, le très beau discours d'Auvray, est accueilli par une véritable ovation.

Ce n'est, en effet, pas seulement un discours de belle tenue, c'est aussi et plus encore l'expression très vive d'une des préoccupations les plus pressantes des chirurgiens actuels.

M. Grégoire, secrétaire général de l'Association, donne enfin lecture de son rapport annuel toujours intéressant et élégant, et qui montre bien la prospérité grandissante de l'Association. Il est vivement applaudi. F. L. S.

LA CALCÉMIE

Par MM. Mathieu-Pierre WEIL
et Ch. O. GUILLAUMIN.

I. **Techniques d'analyses.** — Les méthodes qui permettent d'étudier le métabolisme calcique chez les êtres vivants sont relativement limitées. En dehors de la radiographie, qui fournit, sur la richesse en calcium de tels ou tels organes, des renseignements non négligeables, elles se réduisent aux procédés suivants :

1. Etude du calcium total de l'organisme : elle ne peut s'adresser qu'à des animaux de petite taille.

2. Etude d'organes séparés : elle est appliquable à des pièces humaines ou au dosage du calcium des aliments.

3. Etablissement de bilans calciques, seule preuve d'un gain ou d'une perte en calcium d'un organisme total.

4. Etude physico-chimique du calcium plasmatique, calcium ionisé, calcium ultrafiltrable.

5. Mesure de la calcémie.

Mode de prélèvement. — Il doit être effectué toujours dans la matinée, le sujet étant à jeun; ponction veineuse avec compression réduite ou annulée; sang laissé coaguler à 37 degrés pendant quelques minutes; puis centrifugé pour en séparer le sérum dans l'heure qui suit le prélèvement. Dans certains cas, nous nous sommes adressés au sang hirudiné lorsqu'il s'agissait d'étudier à la fois le plasma et les globules.

Aucun dosage n'a été fait sur le sang total à cause des incertitudes qu'apportent les variations du volume globulaire.

Techniques de dosage (Ch.-O. Guillaumin). — Quand le sang est abondant, le dosage est effectué sur 5 centimètres de sérum ou de plasma, incinérés, ou minéralisés par la méthode nitro-perchlorique; sur le résidu repris par HCl à 4 ou 5 p. 100, on effectue la précipitation, par l'oxalate d'ammoniaque à pH^5; après lavage le précipité est passé au creuset de platine; incinéré, redissous dans HCl ou SO^4H^2 titrés; on termine par un dosage acidimétrique.

Pour les quantités de sérum plus minimes, après défécation du sérum en milieu ayant finalement 4 p. 100 d'acide trichloracétique, on procède à la précipitation oxalique du Ca à pH5; après centrifugation et lavages on titre par le permanganate l'ion oxalique.

Bien entendu, dans ces manipulations, chacun des réactifs utilisés doit être vérifié exempt de toute trace de calcium.

Pour les autres méthodes proposées en grand nombre (néphélométriques, colorimétriques), aucune ne nous a donné des résultats méritant d'être retenus pour la solution du problème particulier de la calcémie. Nous ne pouvons donc être que réservés sur la précision des chiffres obtenus à l'aide de ces méthodes.

Il nous reste à parler de la mesure de la calcémie par « précipitation directe », dite méthode de de Waard, de Kramer et Tisdall, ou de Clark. Elle ne peut convenir aux recherches précises que nécessite parfois la physiologie, parce qu'elle comporte des causes d'erreurs dans les deux sens : *a.* par défaut, parce que dans certains sérums, surtout s'ils sont utilisés très frais, l'oxalate alcalin directement ajouté ne précipite pas tout le calcium présent, même après douze heures de contact; *b.* par excès, parce que l'addition de ce même oxalate alcalin dissocie certaines combinaisons protido-lipidiques qui fournissent des précipités ne disparaissant pas au lavage par l'eau ammoniacale, et réduisent ensuite le permanganate. Dans la majorité des cas la méthode directe apporte des erreurs par excès, atteignant parfois, 10, 15 milligrammes et plus par litre.

II. **La calcémie normale.** — Le calcium est très inégalement réparti entre les divers éléments constitutifs du sang.

1. Plasma. — Chez l'homme adulte, la calcémie varie de 0,095 à 0,105 gramme de calcium par litre de plasma. On voit que ces variations sont limitées, et que le calcium est un des éléments les plus fixes du plasma. Si, dans leur ensemble, le taux du calcium sérique se tient dans les limites comparables dans les différences espèces animales, il n'existe pas moins entre elles des variations parfois relativement marquées.

2. Sérum. — Selon C. P. Stewart et G. H. Perceval, le plasma contient de 10 à 20 p. 100 de plus de calcium que le sérum. Cependant en comparant chez un même sujet le taux en calcium du plasma, obtenu du sang hirudiné, et celui du sérum, séparé hâtivement du caillot sanguin, on obtient les mêmes chiffres pour le calcium total, aux erreurs d'expériences près, soit 2 p. 100. Pratiquement donc Ca plasma = Ca sérum. Bien entendu cette affirmation peut ne pas s'appliquer aux plasmas conservés à l'aide d'anticoagulants salins, tels que les citrates, qui ne sont pas sans apporter des modifications dans les équilibres ioniques entre les globules et le plasma.

3. Globules rouges. — L'existence du calcium globulaire reste l'objet de controverses. En nous entourant des garanties les plus rigoureuses, nous avons décelé constamment la présence du calcium dans les globules à des taux assez variables, puisqu'ils ont oscillé de 16 à 60 milligrammes par litre.

4. Globules blancs. — Ceux-ci sont riches en calcium (494 milligrammes par litre : Hoerhammer). On ne saurait cependant admettre, avec certains auteurs, que la présence du calcium dans les globules ne soit compatible qu'avec l'existence de globules rouges nucléés, comme chez la poule. Le globule rouge de l'homme, et vraisemblablement de tous les mammifères, contient normalement du calcium.

5. Etats physico-chimiques du calcium plasmatique. — Ils sont au nombre de trois :

a. *Une fraction intimement liée aux albumines.* —

Elle se mesure par sa résistance à l'ultrafiltration. Selon les techniques et les membranes utilisées, les résultats en sont un peu différents. A l'aide de membranes au collodion acétique, et de pressions pouvant varier de 150 milligrammes de mercure à près d'une atmosphère, nous admettons, avec Dalaville et Hirth, que 40 à 45 p. 100 du calcium plasmatique est normalement lié à des combinaisons non ultrafiltrables.

Certains auteurs ont cherché à la mesurer par la différence entre le calcium sérique total et le calcium sérique directement précipitable : mais lorsqu'il existe du calcium non directement précipitable son taux ne dépasse pas le plus souvent 10 p. 100 du calcium total, et cette propriété ne semble pas pouvoir être utilisée comme caractéristique d'un sérum, car elle paraît se modifier avec le temps.

b. *Une fraction à l'état de sels ionisés.* — Malgré ses imperfections, la formule la meilleure pour la calculer est encore celle de Rona et Takahashi : normalement on trouve sur le sang veineux de 22 à 28 milligrammes de calcium ionisé par litre de plasma, la moyenne se tenant surtout entre 23 et 25.

c. *Une fraction à l'état de sels en sursaturation*, que maintiennent en solution les colloïdes du plasma, et dont l'existence est démontrée par ce fait que la somme des deux fractions précédentes donne un chiffre inférieur à celui de la calcémie totale.

III. **Variations physiologiques de la calcémie**. — Sang artériel. — Celui-ci, selon Binet et Blanchetière, est plus riche de 5 à 25 milligrammes p. 1.000 que le sang veineux. Cette constatation n'a qu'une importance théorique puisque la grande majorité des examens s'effectue sur le sang veineux.

Asphyxie. — De même que celle-ci apporte des modifications profondes sur la répartition des globules, la teneur en eau, etc., du sang, elle provoque l'élévation de la calcémie. Cet accroissement semble dû à une diminution du pH et une concentration du sang. Il en découle l'utilité de *n'opérer qu'une compression modérée sur le membre utilisé pour le prélèvement sanguin, et de la faire disparaître dès que possible.*

Sexe. — Notion sans valeur. Jamais nous n'avons observé de variations de la calcémie en relation avec le sexe des sujets examinés.

Age. — Certains auteurs pensent que le taux de la calcémie, comme celui de la richesse en calcium des autres tissus, s'élève de la naissance à l'âge adulte. Cependant, il semble bien que les différences publiées ne dépassent pas beaucoup les variations individuelles ou les erreurs inhérentes aux techniques, qui malheureusement ont été très souvent celles « à précipitation directe » dont nous avons signalé les imperfections, et se montrent peu propices à déceler avec certitude de petites différences.

Lit. — Pour Di-Foutsin, la calcémie augmenterait avec le séjour prolongé au lit. La technique n'a pas dû être parfaite, puisqu'il indique pour la calcémie normale un taux moyen de 117 milligrammes par litre, valeur fort élevée.

Hémorragies. — Elles abaissent la calcémie du lapin de 14 p. 100 environ (J. C. Hoyle). Cependant au cours de la saignée, chez le chien, outre l'hyperglycémie mise en évidence par Cl. Bernard, on constate une augmentation progressive de la calcémie, comme du taux du phosphore minéral du sang ; l'augmentation de la coagulabilité, qui apparaît au cours de la saignée, serait en relation directe avec l'accroissement de la calcémie.

Saisons. — Selon certains auteurs, la calcémie du rat varie selon les saisons, sans que l'on puisse expliquer ces différences.

IV. **Alimentation et calcémie**. — Les besoins de l'organisme en calcium sont relativement considérables, et chez l'adulte, comme l'a montré Sherman, fonction de la teneur du régime en protéines : pour un homme de 70 kilos et une ration de 100 grammes de protéines, ils sont de 1 gramme de calcium alimentaire par jour. Or, comme l'a montré cet auteur, et comme nous-même l'avons vérifié souvent, dans le régime alimentaire des citadins la carence calcique est actuellement plus fréquente que celle de n'importe quel autre élément. Il y a là un point de pratique d'un intérêt considérable. *A la pathologie bien connue de la surnutrition il importe d'opposer celle non moins importante de la sous-nutrition, minérale ou autre,* à laquelle les conditions sociales de l'heure présente confèrent les allures d'un réel danger.

Les besoins calciques sont évidemment beaucoup plus considérables chez la *femme enceinte* durant les derniers mois de la grossesse surtout, où les besoins du fœtus atteignent jusqu'à 0g60 par jour, durant la *lactation*, où le lait maternel renfermant 0g35 de calcium pour 1.000 grammes, et parfois jusqu'à 40 p. 100 de plus, et chez l'*enfant* où ils vont de 0g10 à 0g15 chez le nourrisson, à 0g40 et 0g60 chez le grand enfant.

Or, *la mesure de la calcémie ne permet en rien de reconnaître si le régime est équilibré ou non.* C'est que, en cas de privation de sels terreux, l'*organisme en prélève là où ils sont en dépôt*, tout d'abord dans le squelette et les dents, puis plus tard dans le cerveau, les muscles et les autres tissus. Ainsi peut se développer un état grave de décalcification.

Même au cours de l'*inanition* la calcémie n'est pas ou n'est que très tardivement et faiblement diminuée. Inversement, l'influence sur elle du *repos* semble nulle ou des plus minimes. Si, chez l'animal, on a pu provoquer expérimentalement certaines élévations de la teneur du sang en calcium, ces conditions n'ont rien à voir avec l'alimentation usuelle, et il semble que ce soit simplement par extension des règles nécessaires au dosage du sucre, de l'urée, etc. que la majorité des auteurs réclament que la calcémie soit mesurée hors des périodes d'activité digestive.

De même, un *régime hypercalcifiant* ne trouble pas, ou que très peu, la calcémie. Pour l'élever fugitivement il faut administrer des doses considérables de calcium. L'*injection* de sels de calcium n'a elle-même sur la calcémie qu'une influence éphémère.

Deux catégories de *médicaments* ont une influence sur la calcémie :

1° *Les phosphates alcalins* qui en provoquent la diminution du fait sans doute de l'abaissement de la teneur du sang en sodium;

2° *Les citrates alcalins* qui, sans avoir d'influence sur la calcémie totale, déterminent une augmentation parfois considérable de la fraction ionisée et ultrafiltrable.

V. Glandes vasculaires sanguines et calcémie. — Toutes les glandes vasculaires sanguines ont été incriminées comme jouant un rôle dans le métabolisme du calcium. A vrai dire une discrimination s'impose. Si la *thymectomie* semble entraîner effectivement un retard de la croissance et de l'ossification, et l'injection d'extraits thymiques déterminer peut-être une consolidation plus rapide des fractures chez le lapin, si chez les *acromégales* la calcémie a été trouvée plusieurs fois diminuée, le rôle de l'*adrénaline* est infiniment plus discutable; on peut même se demander si, introduite par voie buccale, elle est bien capable d'atteindre le courant sanguin. Quant à l'action hypocalcifiante des *extraits placentaires* introduits par voie parentérale, elle semble bien plutôt liée à leurs protéines, et celle de la *rate* être des plus problématiques.

L'action du CORPS THYROÏDE est encore très mal élucidée : si son rôle semble net dans le développement squelettique, si on a noté la petitesse du squelette des myxœdémateux, et la faible calcification de leurs os, les fortes doses d'extrait thyroïdien ont entraîné entre les mains d'autres auteurs une fragilité osseuse et des fractures spontanées. Dans le syndrome thyroïdien expérimental, les uns ont observé une diminution de l'élimination urinaire du calcium, les autres son augmentation. Pour les uns l'hypocalcémie a été notée chez les animaux thyroïdectomisés, et l'hypercalcémie chez ceux hyperthyroïdés, mais le phénomène contraire a été noté par d'autres auteurs tandis que, dans les mêmes conditions expérimentales, certains n'ont trouvé aucune modification sanguine.

Dans la maladie de Basedow et les syndromes humains d'hyperthyroïdie, on a signalé l'hypercalcémie, l'hypocalcémie, et l'absence de rapports entre la teneur du sang en calcium et les troubles de la fonction thyroïdienne. Pour notre part, *ni dans la maladie de Basedow, ni dans les autres syndromes d'hyperthyroïdie, ni dans quelques cas de myxœdème nous n'avons observé de modification de la teneur du sang en calcium total.*

Par contre, le rôle des PARATHYROÏDES sur la calcémie est solidement établi. Toutes les recherches basées sur la parathyroïdectomie, expérimentale ou humaine, sur les syndromes humains d'hyperparathyroïdie, sur l'administration orale ou parentérale d'hormone parathyroïdienne témoignent du *rôle fondamental des parathyroïdes dans le métabolisme du calcium et la régulation calcémique.*

De quelle manière s'exerce cette action ?

Il est invraisemblable que ce soit en contrôlant l'absorption du calcium, étant donnée la facilité avec laquelle l'administration de sels calciques corrige l'abaissement du calcium sérique dans la tétanie parathyréoprive. D'ailleurs Greenwald et Gross ont montré que, chez l'animal parathyroïdectomisé qui ne reçoit pratiquement pas de calcium par son alimentation, l'administration de parathyroïdes ramène à la normale le calcium et le phosphate du sang, et de même leur excrétion. En outre, Stewart et Percival ont observé que l'hormone parathyroïdienne exerce son plein effet sur le calcium sérique, même après l'ablation de tout le tractus digestif.

Est-ce donc en contrôlant les excreta?

On a prétendu que l'excrétion urinaire (Kishi) ou fécale (Mac Callum et Voegtlin) du calcium était augmentée dans la tétanie; mais Greenwald et Gross la trouvent diminuée après parathyroïdectomie, et l'un de nous, avec P. Sainton et R. Turpin, a trouvé, dans un cas de tétanie, une excrétion urinaire presque annulée, tandis que l'excrétion fécale était considérable. De même, dans les syndromes d'hyperparathyroïdie, on a pu trouver une augmentation de l'excrétion calcique (Greenwald et Gross).

C'est, semble-t-il, *en contrôlant l'équilibre entre le sang et les tissus*, ou l'*équilibre entre les différentes formes avec lesquelles le calcium est combiné*, que les parathyroïdes agissent sur le métabolisme calcique.

Quoi qu'il en soit, la *diminution de la calcémie n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la pathogénie de la tétanie* chez les animaux privés de leurs parathyroïdes. En effet, cet état d'*hypocalcémie n'est pas définitif.* Chandler a montré que, si la parathyroïdectomie entraîne chez les rats une chute de la calcémie, de 95 à 125 milligrammes, à 50 à 80 milligrammes en vingt-quatre heures, au bout de cent jours la calcémie augmente pour revenir, en deux cents à trois cents jours, à sa valeur normale, les animaux restant simplement plus sensibles à l'action de la parahormone. De même, malgré l'abaissement du calcium et l'élévation du phosphore, les phénomènes tétaniques peuvent manquer (Weaner et Reed) : *il y a parfois accoutumance.*

D'autre part, on ne saurait nier le rôle qui revient aux *modifications de l'équilibre acido-basique* du milieu intérieur, accidents qui ont pour conséquence la variation de la portion du calcium diffusible qui est ionisée et qui semble être la seule active comme facteur d'excitation neuro-musculaire. Cependant ni la théorie de l'acidose pure due à Morel, ni celle de l'acidose permanente, ne fournissent une représentation exacte de l'équilibre acido-basique existant dans la tétanie. D'après les constatations expérimentales de Cruikshank, la déviation du pH sanguin *vers l'alcalose* se manifeste dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération; il y a ensuite un retour lent vers la normale, atteinte et même dépassée, jusqu'à créer une légère acidose soixante-douze heures après l'acte opératoire. Dans la période de tétanie latente existe un état prémonitoire alcalosique. Par contre, dès que l'accès de tétanie aiguë est déclanché, une acidose franche s'installe, vraisemblablement due aux contractions musculaires, avec production d'acide lactique. P. Sainton,

R. Turpin, Bourguignon et Ch.-O. Guillaumin ont pu vérifier que, chez une malade parathyroïdectomisée, le pH sanguin, qui était de 7,40 dans la période de latence, passait à 7,55 quand la crise était imminente, tandis que la réserve alcaline s'était abaissée de 64,1 à 56,2 vol. pour 100 et le calcium ionisé (calculé d'après Rona) n'égalait plus que 15mmg5. Parallèlement Bourguignon, ayant mesuré les variations de la chronaxie (quatrième interosseux droit, point moteur), constate qu'elles sont exactement superposables à celles notées au cours de la tétanie par hyperpnée volontaire, type indiscuté de tétanie contemporaine d'un état d'alcalose.

Enfin, on peut trouver en faveur de la théorie alcalosique de la tétanie parathyréoprive des arguments dans le succès de la thérapeutique acidosante obtenue par l'*ingestion de chlorure de calcium ou d'ammonium*. Or, si l'on peut expliquer l'activité du premier par l'élévation fugace de la calcémie totale, on ne saurait l'invoquer pour le second. Il est très probable d'ailleurs que l'*ion chlore* lui-même est actif. En effet, l'un de nous a toujours trouvé une chloropénie légère dans le sérum des tétaniques en période de latence, ce qui a été constaté également par Fano et Zanda, Luckardt et Rosenblon. Un rapprochement avec les succès de la thérapeutique hyperchlorurante dans les occlusions intestinales conduit à chercher pour l'ion Cl un *rôle antitoxique* et à s'écarter de l'hypocalcémie, signe essentiel de l'accident tétanique, pour aborder l'*hypothèse de la toxémie*. D'ailleurs, si l'hypocalcémie totale est un signe pratiquement constant chez les parathyroïdectomisés, l'*hypocalcémie manque dans la tétanie par hyperpnée*, type de l'alcalose avec abaissement du calcium ionisé.

Le rôle capital que jouent les parathyroïdes dans le métabolisme du calcium ne saurait permettre de méconnaître celui qui, en la matière, revient à la FONCTION OVARIENNE. Certes les auteurs s'entendent mal sur l'existence d'un *cycle menstruel* de la calcémie, et si, dans un cas où les règles étaient d'apparition difficile, douloureuses et très peu abondantes, nous avons noté, à deux reprises, une diminution de la teneur du sang en calcium total, suivie d'un état net d'hypercalcémie, dans l'immense majorité des cas il n'existe pas, lors des règles, de variations de la calcémie.

De même, la dysménorrhée est sans action sur elle : les chiffres que nous avons obtenus en pareil cas se sont pour ainsi dire toujours trouvés compris dans les limites physiologiques. Le fait est d'autant plus remarquable que, chez ces femmes, le phosphore minéral est fréquemment abaissé.

La *castration* exerce, sur le taux du calcium sanguin, une influence plus nette : sur les rats châtrés, l'un de nous, avec Jean Dalsace, a noté l'existence, 4 fois sur 5, d'un abaissement manifeste de la calcémie sérique. Mais cette diminution est passagère : chez des malades hystérectomisés depuis sept, huit, dix mois, nous avons noté que, dans la grande majorité des cas, le taux de la calcémie était normal. Là encore, comme chez les dysménorrhéiques, le trouble de la phosphatémie est plus marqué et plus persistant : il subsiste souvent, chez ces sujets, une hypophosphatémie importante. L'hypocalcémie peut se prolonger lorsque la *ménopause* est naturelle ; la ménopause s'accompagne, dans un certain nombre de cas, d'une hypocalcémie manifeste. Enfin, la *grossesse* détermine avec une très grande fréquence un état physiologique d'hypocalcémie ; l'un de nous, avec Vignes, l'a toujours observée, légère certes, mais constante à partir du cinquième mois.

VI. Variations pathologiques de la calcémie. — La liste des maladies au cours desquelles la calcémie a été étudiée serait rapidement fastidieuse ; bornons-nous à envisager quelques points particuliers.

1. TUBERCULOSE. — La plupart des recherches actuelles confirment une conclusion à laquelle nous étions arrivés il y a bien des années déjà : chez tous les tuberculeux, quelle que soit leur forme clinique et leur gravité, la calcémie se maintient dans ses limites normales et aucune règle ne préside à ses variations. Seuls les tuberculeux diarrhéiques sont nettement hypocalcémiques ; mais en pareil cas c'est la diarrhée qui est en cause et non la tuberculose.

2. DÉSÉQUILIBRES NEURO-VÉGÉTATIFS. — F. Kraus et S. G. Zondek ont défendu cette thèse que l'antagonisme $\frac{Ca}{K}$ exprime l'antagonisme $\frac{\text{sympathique}}{\text{parasympathique}}$, l'augmentation du calcium allant de pair avec l'hypertonie du sympathique, celle du potassium avec l'hypertonie du vague. L'action du X serait renforcée par le potassium, diminuée par le calcium ; celle du sympathique renforcée par le calcium, diminuée par le potassium.

E. Kylin pense également que le rapport $\frac{\text{potassium}}{\text{calcium}}$ permettrait de juger de l'état du système végétatif, son élévation indiquant la vagotonie, son abaissement la sympathicotonie, et ceci quelles que soient les valeurs absolues des termes du rapport.

Cette conception a été le point de départ de multiples dosages de la calcémie au cours des nombreux états en rapport plus ou moins évidents avec un trouble du système végétatif, *asthme*, *hypertension essentielle primitive* tout particulièrement. Cependant, ni chez les uns, ni chez les autres, nous n'avons observé de modification constante de la calcémie totale : on n'en observe que de manière tout à fait exceptionnelle, celle-ci pouvant se faire dans l'un ou l'autre sens sans que l'on puisse trouver aucune raison à ces particularités. De même chez un assez grand nombre de sujets atteints d'un *déséquilibre neuro-végétatif* indiscutable, individus nerveux, anxieux, à manifestations cutanées, algiques ou viscérales, alternantes et variées, nous avons également recherché en vain un trouble de la calcémie. Chez un seul de ces malades atteint d'un épuisement physique et moral qu'aucune lésion organique ne justifiait, aérogastrique, aérocolique, migraineux, atteint de douleurs erratiques variées, de gêne respiratoire à type asthmatique,

d'herpès à répétition, nous avons observé une hypercalcémie de 127 milligrammes.

3. Précipitations calciques. — Les précipitations calciques ne s'accompagnent pas de troubles de la calcémie. Chez les malades atteints d'*athérome* aortique avec ou sans hypertension, même dans les formes très avancées, alors que les parois artérielles sont profondément infiltrées de sels calcaires, le calcium sérique reste normal. Bien plus la calcémie peut être diminuée chez ces sujets : chez une femme de soixante-cinq ans, malgré une incrustation artérielle telle que les vaisseaux apparaissaient facilement visibles sur les films radiographiques, le sérum sanguin ne renfermait que 62 milligrammes de calcium, pour 1000 grammes.

De même dans cette curieuse affection qui est caractérisée par des *précipitations calcaires sous-cutanées*, la calcémie reste généralement normale. Elle était telle dans une observation personnelle où, pour la première fois, le calcium fut dosé dans le sang. Dans un autre cas récemment observé, la calcémie et la phosphatémie, malgré l'existence de nombreuses concrétions calciques où prédominait le phosphate de chaux, étaient manifestement abaissées (Ca = 0,088; P. inorganique (exprimé en acide phosphorique) = 0,093). Dans une observation de R.-J. Weissenbach, E.-W. Vignal et Ch.-O. Guillaumin, comme dans notre deuxième observation personnelle, le trouble qui put être décelé fut, malgré l'importance des précipitations, une diminution du calcium sanguin.

4. Manifestations articulaires. — Nous avons recherché l'état du calcium sanguin dans les différentes variétés de manifestations articulaires, qu'elles soient d'origines traumatiques, infectieuses, métaboliques ou dystropho-endocriniennes.

Dans les *arthrites traumatiques* et *infectieuses*, nous n'avons jamais trouvé de perturbations de la calcémie. Tout particulièrement chez un malade atteint d'une forme particulièrement sévère de spondylose rhyzomélique d'origine gonococcique, le sujet étant un blennorragien certain, nous avons trouvé un taux de calcium de 105 milligrammes. Toutes les spondyloses rhyzoméliques, pour le moins, contrairement à une opinion récemment avancée, ne s'accompagnent donc pas d'hypercalcémie.

Chez les *goutteux* chroniques, nous n'avons observé que dans deux cas de l'hypercalcémie; dans tous les autres cas, malgré l'existence de troubles importants de décalcification osseuse et de calcifications tophacées, le taux de calcium sérique était normal.

Mais il n'en est plus toujours ainsi dans le *rhumatisme ovarien*. Au cours des manifestations articulaires si fréquentes lors de la ménopause, on peut observer, en même temps qu'un taux particulièrement bas de la phosphatémie saline et de la réserve alcaline, un abaissement de la calcémie à 85, 80, 75, 68, 65 milligrammes pour 1000 grammes. La coexistence, chez une malade atteinte de manifestations rhumatismales, d'hypocalcémie, d'hypophosphatémie, et de diminution de la réserve alcaline constitue un élément intéressant de diagnostic en faveur de son origine ovarienne.

En résumé, dans la plupart des états pathologiques, la calcémie totale reste normale.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas chez des sujets de troubles du métabolisme calcique, que les processus calciques soient normaux ?

Loin de nous pareille opinion. Nous croyons, bien au contraire, que *le rôle des troubles calciques est fréquemment considérable*. C'est ainsi que, chez un certain nombre de *malades atteints de processus articulaires ou dentaires*, par l'administration de fortes doses de calcium, jointes aux pratiques que nous savons aujourd'hui en faciliter la fixation (vitamines, rayons ultraviolets, substances opothérapiques), nous avons obtenu des résultats frappants.

Mais, et c'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister, *la mesure de la calcémie ne permet pas de juger de l'état de calcification ou de décalcification organique. Le sang n'est pas le reflet constant des troubles dont les tissus sont le siège*. C'est une erreur de penser, comme il est trop communément admis, qu'il en est ainsi. Cette opinion, sur laquelle est basée, il faut le reconnaître, une grande partie de notre hématologie clinique, est d'une excessive simplicité. *Si un prélèvement sanguin représente incontestablement une biopsie, celle-ci n'est que la biopsie d'un tissu particulier, et il est plus que hasardeux de vouloir conclure de son état à celui des autres tissus.*

C'est que *les conditions qui règlent l'état de sol ou de gel d'une substance biologique ne sauraient se réduire à des questions de quantités. Pour intéressante que soit sa mesure dans le sang circulant, elle ne saurait fournir de renseignements sur les processus nutritifs et les mutations profondes dont elle peut être l'objet.*

IIe RÉUNION

DE

LA FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Bruxelles, septembre 1930.

La Fédération de la presse médicale latine vient de tenir sa deuxième réunion à Bruxelles à l'occasion des fêtes du Centenaire de l'Indépendance de la Belgique.

Disons tout de suite que grâce au Comité belge, grâce à Delcourt, à Beckers et à Rosenthal, elle a remporté un magnifique succès.

On n'a pas oublié que la Fédération, qui tint ses premières assises à Paris, en 1927, a pour but de réunir par des liens amicaux plus étroits les associations nationales de presse médicale latine. Les réunions comprennent seulement des directeurs ou des éditeurs de périodiques, elles réunissent donc un nombre d'adhérents fort limité. Leurs travaux portent surtout sur des travaux techniques que nous nous bornerons à mentionner. Mais parfois, il est traité de grosses questions intéressant tous les médecins, nous nous y arrêterons plus longuement.

La séance d'inauguration a eu lieu le dimanche matin

28 septembre, dans le grand auditoire Bordet, de la nouvelle Faculté de médecine de Bruxelles.

Au bureau prirent place, aux côtés du docteur Albert Delcourt, président de l'Association belge : le professeur Maurice Lœper, président de la Fédération; M. Nens, gouverneur de la province de Brabant; le professear Forgue, de Montpellier; le professeur Jean Demoor, de Bruxelles; le professeur Danielopolu, de Bucarest; M. le premier échevin Van de Meulebroeck, représentant M. le bourgmestre Max; le docteur Koettlitz, président de la Fédération médicale belge; le professeur Dominguez, ancien ministre de l'Instruction publique de Cuba; le docteur Pierra et le docteur René Beckers, secrétaires généraux de la Fédération et le docteur Rosenthal, trésorier de la réunion.

Dans l'amphithéâtre, à côté des rapporteurs, nous avons noté la présence de MM. Jean Verhoogen, Léopold Mayer, Bernard, Crousse, Rubay, Brouha, de Nobele, Van Caudenberghe, Tricot-Royer et Watry (Belgique).

Pour la France, MM. Lœper, Le Sourd, Pierra, N. Fiessinger, Talamon, Milian, Rouland, Pierret, Fumouze, Thepenier, Delort, G. Doin, Turpault, Coulon et Pierra fils (de Paris), Chavanne (de Lyon), les professeurs Delmas (de Montpellier), Etienne (de Nancy), David et Favereau (de Lille), Cassoute (de Marseille).

Pour l'Espagne, le professeur Ricardo Horno Alcorta (de Saragosse), le professeur de Moragas (de Barcelone); pour la Roumanie, les professeurs Danielopolu (de Bucarest) et Jacobovici (de Cluj).

Bien d'autres confrères et beaucoup de dames assistaient, en outre, aux séances.

Après le discours de bienvenue du docteur Delcourt qui, en toutes circonstances, montra son à-propos et la finesse de son esprit, M. le professer Lœper prononça une excellente allocution dans laquelle il montra le développement de la Fédération latine et les résultats déjà acquis. Il remercia avec émotion nos amis belges pour leur magnifique réception. Puis, MM. Dominguez, au nom de l'Amérique latine, Horno Alcorta, au nom de la presse médicale espagnole, Danielopolu, au nom de la presse roumaine, apportèrent leur hommage à la Belgique.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR FORGUE

M. le professeur Forgue avait bien voulu accepter de faire encore une fois la conférence inaugurale. On n'a pas oublié avec quel succès, lors de la première réunion de la Presse latine, il parla des origines de la presse médicale.

Cette fois M. Forgue avait pris pour sujet : *Le Journal médical et le journaliste médical contemporains.* Une conférence de M. le professeur Forgue ne s'analyse pas. Comment, sans le trahir, pourrait-on donner une idée de ce discours, admirablement ordonné, écrit avec une correction de forme atteignant la perfection, avec cette conscience et cette clarté qui caractérisent l'œuvre immense du maître de Montpellier. En vérité personne n'était plus qualifié que le doyen des rédacteurs en chef de journaux de médecine français pour donner des conseils à ses jeunes confrères.

En voici quelques uns :

« ... C'est bien le vrai rôle et le grand mérite de la Presse médicale moderne d'être une *Ecole de perfectionnement*, c'est-à-dire d'entretien et de développement cérébral et professionnel..., le devoir et l'intérêt de tout praticien, au sortir de l'Ecole, c'est de garder le contact avec l'enseignement de ses maîtres... »

Partant de ce principe, M. Forgue montre quelle importance il faut attacher à l'article de fond, Mémoire original ou Revue générale.

« C'est sur ce point, forcément, que nous subissons nos plus grandes variations. Nous n'avons pas, à tous les numéros, la chance et l'honneur de publier un de *ces articles de base*, où l'un des maîtres de la pensée médicale contemporaine expose un *fait nouveau de ses recherches* ou condense *les points majeurs de son enseignement*. A plus forte raison, sont exceptionnelles *les occasions* où nos colonnes sont triomphalement occupées par l'annonce *d'une grande révélation scientifique* : en plus de quarante ans de journalisme, nous comptons ces rares événements, ceux qui ont marqué, dans la médecine, un progrès ou un tournant décisif. Mais, pour demeurer dans le train ordinaire de la rédaction, ce qui assure le succès d'un périodique médical et la constance de sa faveur auprès du praticien, c'est le soin régulier avec lequel sont choisis et rédigés ces articles de tête. »

M. Forgue insiste ensuite sur l'importance de l'information médicale, sur les analyses, sur la *critique* impartiale. M. Forgue soulève là une question très importante qui sera reprise au cours de la réunion.

Au sujet des index, M. Forgue donne ce conseil dont tout le monde devra profiter : « *Il faut en finir avec ces index scrupuleux mais inutiles, qui, sans sélections, font la bibliographie intégrale et mettent sur le même plan des travaux très inégaux...* »

Que de conseils précieux donne encore M. Forgue au sujet de la rédaction des comptes rendus de Sociétés et des Congrès; au sujet du développement des articles d'intérêts professionnels.

En conclusion de sa magnifique étude, le maître de Montpellier expose ses vues sur l'avenir. Elles sont saisissantes :

« Le journal évolue, donc, comme toutes choses humaines, comme la mentalité médicale d'après-guerre, comme toutes les relations internationales, selon le rythme précipité des transformations modernes. *Que sera le journal médical de l'avenir?* Que sera le journal médical de demain, car les progrès vont vite? Quelle forme neuve et rapide de diffusion universelle va se substituer à nos procédés actuels d'information et d'intercommunication scientifique?

Il est imprudent de prédire; mais, si l'on s'appuie logiquement sur les possibilités et les réalisations, les risques d'erreur se réduisent. *Le gramophone, le cinéma, la radio-diffusion, la télévision* nous ouvrent des perspectives de communication accélérée dont notre esprit n'aperçoit plus les bornes. Un jour viendra où le praticien, las de sa besogne journalière, cherchant à s'évader vers de plus hautes pensées, écoutera, dans son cabinet, une communication sensationnelle de l'Académie de médecine, une grande conférence de l'Institut Pasteur, une leçon magistrale de la Faculté. Au lieu de recevoir les feuilles périodiques, il s'abonnera à un service de disques qui lui apporteront l'enseignement des maîtres du monde entier : de même que la gazette imprimée a, jadis, supplanté la gazette manuscrite, de même, la machine parlante suppléera le journal imprimé, du moins pour la dissémination intégrale de quelques documents de valeur intellectuelle exceptionnelle.

Voici qu'aux Etats-Unis, le *téléjournal* vient d'être réalisé et que, pour la première fois, trois heures après sa sortie des presses, une page entière du quotidien a été lue à quatre mille kilomètres. Donc, non seulement, par radiophonie, nous pourrons recevoir les nouvelles de tout l'Univers et participer par l'oreille, mais les yeux fermés, aux grandes manifestations de la pensée moderne, mais demain, grâce à la télévision, la solution du problème est proche qui nous permettra d'entendre et de voir à grande distance; nous recevrons à domicile le téléjournal, automatiquement reproduit par un appareil enregistreur qui remplacera le haut-parleur.

Mais, sans attendre ces merveilles de transmission, téléacoustique et téléoptique, dont l'application se heurtera longtemps encore à la délicatesse et aux prix des appareils, n'avons-nous pas, dès maintenant, le film sonore, dont nous n'avons point tiré tout le profit pédagogique et instructif. Avec le ciné parlant, et grâce au synchronisme parfait de

l'image et de la parole, ce sera un spectacle et une leçon que d'assister par la vue et par l'ouïe, aux séances opératoires des grandes cliniques et des techniciens en vedette, aux démonstrations expérimentales des maîtres de la biologie, aux conférences des maîtres de la parole. Et nous allons pouvoir, précieuse collection pour l'avenir, conserver, dans notre cinématique, le répertoire des grands maîtres de la médecine et de la chirurgie française; ainsi, il nous sera donné de les revoir en action, dans leur milieu, dans leur attitude, avec leurs conditions matérielles périmées, de comparer aux nôtres leurs gestes techniques, de réentendre les voix dominatrices qui se sont tues! Quelle joie intellectuelle nous éprouverions si nous pouvions aujourd'hui faire passer, devant nous, un film sonore faisant revivre Dupuytren opérant et enseignant, dans son prestige inégalé!

A cette américanisation du journal, nous ne sommes point encore arrivés. Dieu merci! car, sur cette orgueilleuse tyrannie, d'une civilisation trop mécanique, nous sommes à peu près tous de l'avis de notre confrère, Georges Duhamel, écrivain courageux et critique clairvoyant.

*
* *

D'autre part, nous devons livrer le combat contre le *faux modernisme*, contre l'*esprit de facilité*, contre cet *exclusif utilitarisme* dont nous déplorons le développement dans une partie du jeune milieu médical actuel. Le devoir de la Presse médicale, comme celui des maîtres de nos Facultés, c'est de concilier, avec l'instruction professionnelle, *la culture générale de l'esprit*. De même que la formation de base intellectuelle de l'étudiant, avant son entrée à la Faculté, doit reposer sur une solide connaissance des humanités, de même, au sortir de l'Ecole et durant toute sa carrière, le médecin doit s'entretenir et s'enrichir cérébralement, et, par la connaissance du trésor des littératures, viser constamment une culture supérieure. Il doit tendre à réaliser ce type très français et très humain, que nos pères ont appelé « l'honnête homme », c'est-à-dire l'homme qui, à la distinction naturelle et à la courtoisie des manières, joint une intelligence largement ouverte aux choses de l'esprit. Cette haute culture post-scolaire, le journal, autant que le livre, en est l'instrument.

*
* *

Pour qu'il y ait dans une société humaine, un progrès total, il faut qu'il n'y ait point déchéance de l'âme, ni diminution de la vie morale : nous aurons beau voir se multiplier les prodiges du mécanisme, le niveau intellectuel général aura beau *s'élever, la décadence s'accusera si la dignité professionnelle s'abaisse*, si les consciences s'obscurcissent, si la toute puissance de l'argent est souveraine. C'est le grand rôle, c'est la noblesse de la Presse médicale de maintenir, malgré la dureté des temps, *les hauts principes qui commandent notre vie morale et professionnelle*; de défendre contre les valeurs de quantité, *cette valeur de qualité* que, selon le mot très juste de Ch. Fiessinger représente le médecin, dans la société actuelle; de conserver tout ce que notre état continue à garder de généreux et d'humain. »

(*A suivre.*)

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1930)

Sur le pouvoir cryptotoxique comparé des sels sodiques des acides saturés de la série acyclique. — M. H. VINCENT.

LIVRES NOUVEAUX

Les Pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel [tome I] (1), par le docteur René SEMELAIGNE.

L'aimable et érudit M. Semelaigne, frappé des difficultés qu'il y a parfois, dans une spécialité qui comme la psychiatrie ne s'est individualisée complètement qu'à une époque récente, à remonter aux sources, réunit dans ce premier volume une série d'articles relatifs à la médecine mentale. Elle ne se distingua guère au début de la médecine générale, aussi les noms les plus anciens, qui remontent au XVIe siècle, ne sont-ils pas à proprement parler ceux de psychiatres : Sylvius, Fernel, Ferrand, Lieutaud, Bayle, Tenon. Pour chacun une notice biographique très nourrie, malgré sa brièveté relative, sert d'introduction à un résumé des doctrines de l'auteur étudié, de ses travaux, de ses conceptions personnelles dont certaines ont pu être abandonnées, mais dont un certain nombre ont cependant laissé une empreinte durable; toujours en quelque mesure, les aïeux ont préparé la route des générations suivantes. A mesure que s'abrège l'espace de temps qui sépare de nous les auteurs étudiés, la parenté s'affirme avec nos conceptions actuelles. Autour de la grande figure de Pinel, étudiée dans d'autres publications, se groupent des aliénistes d'envergure, mais parmi eux viennent prendre place des hommes qui, comme Broussais, doivent à d'autres recherches le plus clair de leur gloire. Certains d'entre eux touchent par divers points à l'histoire générale de notre pays, les plus récents sont tout près de nous et l'on voit ainsi, dans une série de biographies attachantes, se nouer toujours plus serré le lien vivant des traditions. Le résumé des travaux de chacun y est fait avec une élégante concision qui permet de saisir l'ensemble et met en valeur les points importants. Cette histoire de la psychiatrie française se complète à chaque étude d'une bibliographie qui rend aisé de s'orienter sans perte de temps dans l'œuvre de chaque auteur.

Livre d'histoire, livre d'enseignement, index bibliographique sont donc réunis sans confusion où spécialistes de tout âge et de toute expérience trouveront amplement à glaner chacun pour le but qu'il poursuit.

L. BABONNEIX.

L'Hydrothérapie médicale, tome VI : *Hydrothérapie* (2), par R. DUBOIS DE SAUJON, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saujon (Charente-Inférieure). « Les Actualités physiothérapiques » publiées sous la direction du docteur Duhem.

L'eau est un agent de thérapeutique physique dont les indications ont été précisées et les techniques perfectionnées durant ces dernières années; aussi était-il d'un gros intérêt pratique de consacrer à l'hydrothérapie un des volumes de la collection des « Actualités physiothérapiques ».

On trouvera dans cet ouvrage, après une rapide étude de l'action physiologique des applications de l'eau sur l'organisme, la description précise de la technique hydrothérapique et de ses adjuvants, tant à domicile qu'à l'établissement : drap mouillé, ablution, bain simple, bain médicamenteux, bain carbo-gazeux, etc.; organisation de l'établissement, appareillage : douche, bain de vapeur, bain thermo-résineux, etc.

Enfin l'étude de l'action thérapeutique de l'hydrothérapie, la conduite du traitement, ses indications dans les maladies et la description des meilleures méthodes à employer dans

(1) Paris, J.-B. Baillière.

(2) Un volume in-8 (20 × 13) de x-130 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

chacune d'elles, tant à domicile qu'à l'établissement, font l'objet de la seconde partie du livre.

En résumé, cet ouvrage permet au lecteur de mieux connaître et d'utiliser judicieusement l'action thérapeutique d'un agent physique qui est facilement à sa portée. L. G.

Ce que nous devons tous savoir du cancer [*O que Todos devem saber de Cancro*] (1).

L'Institut portugais pour l'étude du cancer résume en une brève plaquette les notions utiles à vulgariser parmi les malades et à rappeler parfois au médecin; notions générales touchant le cancer et ce qu'on sait de son étiologie; notions particulières aux diverses localisations. Conduite à tenir. R. L.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium.

(1) Editions de l'Institut Portugais pour l'étude du cancer. Lisbonne 1930.

Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

CONGRÈS

CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL. (BERNE, 31 août-4 septembre 1931.) — Un Congrès neurologique international aura lieu à Berne en 1931, du 31 août au 4 septembre, sous la présidence du professeur B. Sachs (de New-York).

Les travaux du Congrès porteront sur un certain nombre de sujets déterminés; en outre, il pourra être fait des communications originales succinctes.

Le programme provisoire du Congrès est le suivant :

1° « Les méthodes de diagnostic et de traitement (chirurgical et autre) dans les tumeurs cérébrales. »

Séances du matin et de l'après-midi du lundi 31 août.

La préparation du programme est confiée à M. le professeur Nonne (Allemagne).

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : Sir James Purves-Stewart, MM. Cushing, Trotter, Vincent, de Martel, Foerster.

2° « Le tonus musculaire; anatomie, physiologie et pathologie. »

Séances du matin du mardi 1er septembre.

La préparation du programme est confiée à Sir Charles Sherrington (Grande Bretagne).

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) :

MM. von Economo, Ramsay Hunt, Rademaker, Wilson, Thévenard.

3° « Les infections aiguës non suppurées du système nerveux. »

Séance du matin du jeudi 3 septembre.

La préparation du programme est confiée à M. le professeur Guillain (France).

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. Marburg, Buscaino, Greenfield, Marinesco, Pette, André-Thomas, van Bogaert, Wimmer.

4° « Le rôle du traumatisme dans la production des symptômes nerveux. »

Séance du matin du vendredi 4 septembre.

La préparation du programme est confiée à M. le professeur Rossi (Italie).

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. Charles Symonds, del Rio Hortega, Lhermitte, Jelliffe, von Sarbó, Veraguth, Naville.

Le Comité national attire l'attention des neurologistes de France sur l'intérêt qu'il y a, pour la science française, à participer en grand nombre à ce Congrès. Il les prie d'envoyer leur adhésion à Berne en mentionnant sur ce bulletin s'ils font partie d'une Société de neurologie ou de psychiatrie et de laquelle. (Cotisation : 25 fr. suisses; trésoriers : MM. Henzi, de Graffenried et Cie, 30, rue Fédérale, à Berne.)

Le Comité national français : présidents d'honneur, MM. Pierre Marie, Babinski, Achard, Souques; président, M. Georges Guillain, 215 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe); vice-présidents : MM. Henri Claude, Jean Lépine, Henry Meige, G. Roussy, André-Thomas; secrétaire général : M. O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (XVIe); secrétaire adjoint : M. Béhague; trésorier : M. Albert Charpentier; membres du Comité : MM. Abadie, Babonneix, Barré, Baudouin, Carrière, Cestan, Cornil, Etienne, Euzière, Forgue, Fribourg-Blanc, Froment, Halipré, Ingelrans, Laignel-Lavastine, Lemoine, Lhermitte, de Massary, Mirallié, Perrin, Pic, Porot, Raviart, Rimbaud, Henri Roger, Sabrazès, Vires.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE

LA TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

Localisation la plus fréquente de la tuberculose intestinale, elle peut revêtir des aspects divers, mais deux surtout doivent être étudiés :

— La *forme hypertrophique*, localisée, chirurgicale ;

— La *forme ulcéro-caséeuse*, relativement plus fréquente, mais essentiellement médicale.

Ces deux formes s'opposent, tant par leur symptomatologie et leur anatomie pathologique que par le terrain et le traitement.

ÉTIOLOGIE

Se présentent surtout chez l'adulte, de vingt à quarante ans.

Le bacille de Koch emprunte :

— La *voie muqueuse* : parfois (les lésions seraient consécutives à la déglutition de crachats bacillifères);

— La *voie lymphatique*, s'il existe parallèlement une tuberculose annexielle ou péritonéale localisée;

— Mais surtout la *voie sanguine* : importance de la bacillémie qui paraît le plus fréquemment en cause, si l'on en juge par la disposition des lésions qui se superposent à la disposition des vaisseaux.

1° Forme hypertrophique. — Nous étudierons tout d'abord la forme hypertrophique ou *tuberculome cæcal.*

Anatomie. — Il est classique de dire qu'elle survient chez des sujets indemnes cliniquement de toute tuberculose. Il s'agirait d'une *tuberculose primitive localisée au cæcum.*

Mais certains auteurs ont insisté sur la fréquence de lésions associées muettes cliniquement : soit lésions sténosantes du grêle, soit lésions ulcéreuses, soit au minimum quelques granulations péritonéales; elles seraient à la base de récidives possibles.

Quoi qu'il en soit, à l'intervention, le *tuberculome cæcal* présente le volume du poing ou quelquefois d'une mandarine. Le cæcum est allongé, fusiforme, ayant gardé sa forme primitive; il est libre de toute adhérence.

Tout autour, traduisant une réaction de défense banale autour d'un foyer inflammatoire chronique, il y a de la *scléro-lipomatose*, gangue épaisse de 5 à 6 centimètres, remontant sur le côlon, noyant parfois l'appendice, présentant toujours des limites nettes et respectant l'iléon. L'ensemble est de consistance ferme.

Le *péritoine* est indemne. Quelques ganglions dans l'angle iléo-cæcal et même le long de la chaîne mésentérique.

A la coupe, parois épaisses de plusieurs centimètres, de coloration grisâtre, lardacée. La muqueuse est épaissie, polypoïde, mais jamais ulcérée. La *lumière* est rétrécie, la valvule iléo-cæcale rigide, infiltrée.

A l'examen histologique, lésions tuberculeuses typiques de la muqueuse et de la sous-muqueuse; à la périphérie, réaction inflammatoire banale considérable de la musculaire, de la sous-séreuse; c'est celle-ci qui conditionne la scléro-lipomatose.

L'*évolution* des lésions se fait classiquement vers la sténose progressive, sans jamais d'occlusion vraie, par accroissement de la tumeur vers le centre et vers la périphérie.

Symptômes. — DÉBUT. — Cliniquement le début est extrêmement insidieux. Le malade constate des troubles vagues :

— Douleurs dans la fosse iliaque droite, fugaces et peu marquées;

— Troubles digestifs, consistant en alternatives de diarrhée et de constipation ; pesanteur gastrique.

A l'examen rien n'attire l'attention, sauf une légère douleur cæcale.

Le diagnostic est donc pratiquement impossible en ce moment en l'absence de la tumeur, si on ne fait pas un *examen radiologique* systématique.

La radioscopie va montrer, à la suite d'un repas opaque, un *défaut de remplissage* du cæcum par hyperkinésie intestinale, avec *transit accéléré* : la bouillie s'évacue très vite. Le lavement baryté montrerait que le cæcum se remplit mal, ses bosselures ne se distendent pas. En outre on localise une douleur cæcale.

En réalité, on pense le plus souvent à une appendicite chronique, et le diagnostic n'est fait qu'à l'intervention.

Période d'état. — A cette période l'affection se caractérise par un tableau d'*obstruction* colique, auquel se surajoute la présence d'une *tumeur.*

SIGNES FONCTIONNELS. — Tantôt le malade présente des périodes de constipation suivie d'une débâcle diarrhéique.

Tantôt il ébauche un syndrome de Koenig : coliques survenant trois heures après le repas, accompagnées de météorisme abdominal, puis affaissement subit suivi de débâcle. Ces crises durent quelques heures et peuvent se reproduire très fréquemment.

Jamais d'hémorragies intestinales : pas de melæna, pas de bacilles de Koch dans les selles.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Fisiologia e patologia della Pelle. Relatori : C. Foa, A. Valenti, M. Truffi, M. Ascoli, L. Devoto. Parte I. Relation du IIe Congrès médical de S. Pellegrino, juin 1930. — Via Cabtelvetro 17, Milan.

Medicina del lavoro. Disciplina italica, par le professeur Alessandro Peri, édité par la *Revista di terapia moderna e di medicina pratica.* — Milano 132, via Vallazzi 39.

Manuale di vita igienica e previdente. — Milan, Antonio Cordani, édit.

N° 82. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 11 OCTOBRE 1930. — N° 82.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MODIFICATION AU CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Jusqu'ici pour pouvoir concourir à l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, il fallait avoir été reçu au concours d'externe des hôpitaux de Paris et justifier d'une année révolue d'externat. C'est dire que les externes ne pouvaient concourir pour la première fois à l'internat qu'au cours de leur deuxième année d'externat. Exception était faite cependant pour les étudiants qui justifiaient du titre obtenu au concours d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de France possédant une Faculté de médecine.

Cette mesure présentait un grand inconvénient pour les Ecoles de médecine. Car un assez grand nombre d'étudiants de ces Ecoles, pour ne pas concourir trop tard au cours de leur scolarité, quittaient prématurément l'Ecole au début de leur troisième année.

Les Ecoles de plein exercice avaient, sur les réclamations faites, obtenu gain de cause et la mesure prise pour les Facultés leur avait été appliquée, les Ecoles préparatoires étaient laissées de côté.

La question a été reprise et jugée suivant le bon sens, puisque l'article visé a été ainsi libellé cette année.

« *Concours de l'internat en médecine.* — Art. 263, par. 1 et 2. — Les élèves externes reçus au concours et justifiant d'une année révolue d'externat ou du titre obtenu au concours d'ancien interne des hôpitaux d'une ville de France possédant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'interne en médecine. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie aura lieu le 5 décembre 1930, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1930, dernier délai. — Le nombre de places annoncé pourra être modifié au moment de l'ouverture du concours, suivant les besoins du service.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — L'ouverture pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, précédemment fixée au 2 octobre 1930, est reportée au mercredi 15 octobre 1930, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

HOMMAGE A M. EMILE ROUX. — La Société des médecins suédois a décerné la médaille de Pasteur en or, que cette Société délivre tous les dix ans, au docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Cette médaille a été remise au ministre de France, au cours de la fête annuelle de la Société.

JUBILÉ DU PROFESSEUR HARTMANN. — Au moment où M. le professeur Henri Hartmann va quitter sa chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, ses collègues, ses élèves et ses amis ont décidé de lui offrir un témoignage de leur affection, de leur reconnaissance et de leur admiration. Ils ont pensé que la meilleure manière de lui manifester leurs sentiments serait de lui offrir une médaille et un livre jubilaire, celui-ci sera composé d'articles signés des chirurgiens les plus éminents du monde entier.

Les souscriptions sont dès maintenant reçues par M. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain. Une sous-

cription de 100 fr. donnera droit à la médaille, une souscription de 250 fr. au livre jubilaire, une souscription de 300 fr. au livre et à la médaille.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR LERMOYEZ. — Les amis et les élèves du docteur Lermoyez sont convoqués le jeudi 16 octobre, à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, pour assister à la cérémonie intime qui aura lieu pour commémorer sa mémoire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — La Société française d'hygiène vient de voter le vœu suivant :

« Considérant que les usagers des autobus et des tramways de Paris et de la banlieue attendent parfois longtemps, surtout en raison des encombrements, sur des places désertes et balayées par des vents froids, sans aucun abri, leur moyen de locomotion, d'où, surtout en hiver, l'origine, la cause de refroidissements, fluxions de poitrine, pneumonies, pleurésies... qu'il en découle des pertes de temps, de travail, des préparations à la tuberculose, très néfastes à la population parisienne ;

La Société française d'hygiène émet le vœu que soien rétablis ou créés, au moins, ces sortes de cages de verre où peuvent se tenir debout et entassés, mais protégés du froid et de la pluie, les usagers des moyens de locomotion sur le sol, autrement dit des autobus et des tramways de la Compagnie des transports en commun de la région parisienne, T. C. R. P., partout où cela sera possible.

Le secrétaire général : Dr GISLAIN HOUZEL. *Le président* : Dr FOVEAU DE COURMELLES. »

AVIS DE CONCOURS. — Il est ouvert, à la Préfecture de l'Aisne, un concours sur titres pour un emploi de médecin-inspecteur départemental d'hygiène adjoint chargé plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes).

Les avantages attachés à cette fonction qui comportaient des traitements et indemnités diverses s'élevant, pour le début, au chiffre de 30.000 fr. pour aboutir, par échelons successifs, à 42.000 fr. plus une indemnité de déplacements annuelle de 12.000 fr., sont portés dorénavant à 38.000 fr. jusqu'à 46.000 et l'indemnité de déplacements à 15.000 fr.

S'adresser pour plus amples renseignements au Comité National de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

CHRONIQUE

LE XXIIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES

Le *XXIIIe V. E. M.* a eu lieu du 1er au 12 septembre, sous la direction du professeur M. VILLARET, de la Faculté de Paris, du professeur SANTENOISE, de la Faculté de Nancy et du docteur P. BLUM, de la Faculté de Strasbourg, tous trois hydrologues des plus avertis et des plus compétents, qui ont donné à cette longue excursion de 1.600 kilomètres, un caractère hautement scientifique.

L'objectif de cette année était la région de l'Est. Le voyage groupait 130 adhérents, parmi lesquels de nombreux étrangers; favorisé par le beau temps, il s'est déroulé d'heureuse manière à travers les Vosges, l'Alsace et le Jura.

La concentration avait lieu à Nancy. Dans une belle conférence inaugurale, le professeur VILLARET précisait les caractères géographiques, géologiques, hydrologiques et climatiques de la région que nous devions parcourir. Nous visitons ensuite les somptueuses installations de *Nancy-Thermal*, puis la Faculté de médecine de Nancy, dont les hôpitaux et la nouvelle Maternité nous ont semblé particulièrement remarquables.

Le lendemain, nous voyons au passage, les sanatoria de *Saales* et de *Schirmeck* : nous contournons le Donon et nous rentrons en Alsace. Strasbourg nous accueille d'abord : tour à tour, nous admirons la ville, ses coins pittoresques et ses larges perspectives, sa splendide cathédrale et son harmonieux ensemble de monuments du XVIIIe — son immense cité hospitalière, si brillamment aménagée, avec cette symbiose parfaite entre les services de clinique et les laboratoires de recherches.

L'aimable préfet du Bas-Rhin nous reçoit en ses somptueux salons..., puis nous visitons successivement *Niederbronn* et *Morsbronn*, *Soultzmatt* et *Soultzbach*, dont le docteur Blum nous détaille les caractéristiques et nous précise les indications. Chemin faisant, nous trouverons les lieux célèbres de l'Alsace : la forêt de Haguenau, le mont Sainte-Odile, le Hohwald, le Haut-Kœnigsbourg, Ribeauvillé, Riquewihr, le Linge, les Trois Epis... pour aboutir à Colmar, ville artistique entre toutes.

Par Munster et la Schlucht, après avoir visité le beau sana de l'*Altenberg*, nous gagnons *Gérardmer*, au lac paisible, puis *Bussang*, merveilleusement située dans un cadre de montagnes et de forêts. Nous entrons ensuite dans le Jura, où nous attendent d'autres merveilles : le cirque de Consolation, le saut du Doubs, le défilé d'Entreroches, le lac de Saint-Point, les gorges du Flumen, la petite Ecosse enfin, où se cachent des lacs délicieusement poétiques.

Par le col de la Faucille, aux panoramas merveilleux, nous accédons à *Divonne*, la cité de l'hydrothérapie ; puis, nous remontons vers le Nord.

Ce sont bientôt les stations chlorurées sodiques de *Salins* et de *Mouillère-Besançon*. C'est l'antique cité de *Luxeuil*, dont la réputation n'est plus à faire en gynécologie; c'est *Plombières*, profondément sédative du système neuro-végétatif, de l'intestin en particulier. C'est *Bains-les-Bains* dont le professeur SANTENOISE nous expose, en phrases précises, les propriétés antalgiques et les vertus antispasmodiques, efficaces contre l'hypertension; c'est *Bourbonne*, favorable aux arthropathies; ce sont enfin les stations vosgiennes de diurèse, *Contrexéville* et *Vittel* dont les eaux sulfatées calciques abreuvent les urinaires et les goutteux.

Le banquet de clôture avait lieu dans cette magnifique hydropole de Vittel. De nombreux toasts y furent portés par les représentants des différentes nations participant au V. E. M., par l'administrateur de la station, par le professeur VILLARET, l'éminent directeur scientifique, à l'activité, à la compétence, à l'urbanité duquel nous nous plaisons à rendre hommage. Dans le même tribut de reconnaissance, nous unissons les professeurs SANTENOISE et BLUM. les docteurs JUSTIN-BEZANÇON, MERKLEN, EVEN, et l'infatigable secrétaire Mlle MACHURÉ; nous adressons à tous, nos bien cordiales félicitations pour la façon magistrale dont a été conduit ce voyage et pour la délicieuse manière dont les moindres détails en ont été réalisés.

Dr A. DAVID,
Professeur à la Faculté libre de Lille.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

HÔPITAL CIVIL DE BREST demande internes en médecine et en chirurgie. Conditions : être Français et avoir 16 inscriptions au moins.



CHOLESTERINE
CINNAMATE DE BENZYLE
IODE COMBINÉ EUCALYPTOL
GAIACOL GOMÉNOL

AMPOULE DE 1cc ½
INJECTION INDOLORE
RÉSORPTION AISÉE

ANTIPHYMIQUE VADAM

CHIMIOTHÉRAPIE

ANTI-TUBERCULEUSE ET
ANTIINFECTIEUSE PULMONAIRE

BACILLOSES

RÉSULTATS CERTAINS CHEZ LES MALADES CURABLES

GRIPPES CONVALESCENCES

DES MALADIES ANERGISSANTES

LABORATOIRES J. PLÉ Dr EN PHARMACIE
111 BIS, RUE DE TURENNE – PARIS 3e
TÉLÉPHONE ARCHIVES : 83-52

Sérum marin vrai suractivé par :
Phosphore – Arsenic – Strychnine
à doses non intensives et toujours bien tolérées

THALASSOTONINE

θαλασσα

EN AMPOULES STÉRILISÉES PAR TYNDALLISATION
INJECTABLES SANS DOULEUR PENDANT ET APRÈS LA PIQÛRE

TONIQUE

CERTAIN ET ANTI-TOXIQUE

LABORATOIRES J. PLÉ Dr EN PHARMACIE
111 BIS, RUE DE TURENNE – PARIS – 3e
TÉLÉPHONE ARCHIVES 83-52

XXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Liège, 23-27 septembre 1930 (1).

Le XXIe Congrès français de médecine s'est tenu à Liége sous la présidence du professeur de Beco. Le secrétariat général était assuré par le professeur Roskam, la trésorerie par le professeur Schoofs.

Le Comité d'organisation comprenait en outre les docteurs Garot, Waucomont, de Mélinne et Leplat.

Le nombre des membres adhérents s'est élevé à 430, celui des membres associés à 156.

Trois grandes questions avaient été mises à l'ordre du jour : les hyperthyroïdies, le métabolisme du calcium, les indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète. Elles ont fait l'objet de rapports très documentés et ont donné lieu à d'abondantes et courtoises discussions.

I. LES HYPERTHYROIDIES

Etude clinique des hyperthyroïdies. — MM. M. Labbé, Azerad et Gilbert-Dreyfus (de Paris). Les rapporteurs montrent que la notion d'hyperthyroïdie, résultat d'acquisitions récentes, permet de se mieux reconnaître dans le groupe un peu confus de la maladie de Basedow. Après un court aperçu historique, ils procèdent à une analyse des symptômes observés au cours des hyperthyroïdies en général. Ils mettent au premier plan une triade symptomatique constituée par : la tachycardie et les troubles cardiaques, l'amaigrissement, l'élévation du métabolisme de base. De l'étude des différents tests biologiques qui ont successivement été proposés, ils retiennent surtout l'augmentation des échanges respiratoires.

Partant d'une analyse physiologique des troubles observés dans le Basedow classique, ils distinguent deux groupes de faits : a. *un syndrome hyperthyroïdien* (triade sus-mentionnée); b. *un syndrome de dystonie neurovégétative ou sympathicotonie* (exophtalmie, troubles nerveux, vasomoteurs, etc.).

L'interdépendance des deux syndromes est incontestable mais la clinique montre des exemples de leur dissociation.

En définitive les auteurs proposent la classification suivante :

1° Maladie de Basedow, association de sympathicotonie et d'hyperthyroïdisme;

2° Goitres avec hyperthyroïdie dans lesquels rentrent la plupart des adénomes toxiques de Plummer.

3° Hypersympathicotonies pures ou mieux syndrome parabasedowien qui englobe la plupart des cas étiquetés Basedow fruste.

Cette classification est sanctionnée par la thérapeutique : l'iode agit très nettement dans l'hyperthyroïdie, elle n'a qu'une action transitoire dans le Basedow où doivent intervenir la radiothérapie et la chirurgie. Dans les états parabasedowiens des thérapeutiques antithyroïdiennes sont sans effet. Seule la médication sédative donne des améliorations notables.

Physiopathologie de la thyroïde. — M. L. Dautrebande (de Bruxelles). Après avoir fait un exposé complet de la question divisé en douze chapitres : la thyroxine, la composition chimique de la thyroïde normale et pathologique, la régulation de l'activité thyroïdienne, la classification des goitres, les troubles généraux du métabolisme dans l'hyperthyroïdie, les réactions circulatoires et musculaires des hyperthyroïdiens, l'auteur insiste sur les trois conclusions suivantes :

1° Se basant sur le fait que le pourcentage de l'iode intrathyroïdien réglemente en fin de compte l'aspect histologique de la glande, aussi bien dans le goitre par déficience d'iode que dans le goitre adénomateux simple ou hyperthyroïdien et que dans le goitre exophtalmique; se basant d'autre part sur le fait que tous les goitres humains peuvent évoluer, qu'un goitre colloïde simple devient fatalement adénomateux, qu'étant adénomateux ses lésions histologiques sont les mêmes que celles du goitre exophtalmique, qu'un goitre exophtalmique peut reprendre après l'iodothérapie, le même aspect anatomique qu'un goitre endémique soumis à l'iode; se basant enfin sur les relations géographiques qu'il y a entre le goitre simple et le goitre exophtalmique, l'auteur aboutit à la conclusion que l'on peut fort bien concevoir une origine commune à tous les goitres, à savoir la chute de l'iode intrathyroïdien, que celle-ci soit due à une insuffisance des apports ou à une exagération des dépenses;

2° Prenant acte du fait que ni l'anatomopathologie, ni la chimie, ne peuvent suffire à différencier les catégories de goitres, l'auteur propose une classification physiopathologique qui repose sur le métabolisme et sur l'aspect clinique;

3° L'auteur se fait le défenseur convaincu de la division qu'il faut établir entre le goitre exophtalmique et l'adénome toxique du point de vue clinique.

Dans un dernier chapitre l'auteur met en évidence l'état de fatigue du myocarde des hyperthyroïdiens au repos et la faiblesse de sa réponse à l'effort. Il montre aussi que cette faiblesse musculaire est générale chez ces malades dont l'organisme a dans l'ensemble un rendement diminué de moitié.

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdisme. — MM. L. Bérard et R. Peycelon (de Lyon) passent rapidement en revue les diverses formes cliniques des hyperthyroïdies et se rattachent à l'opinion d'une origine commune de tous les goitres, à savoir l'appauvrissement de la thyroïde en iode. Ils considèrent l'iode comme le médicament de choix de tous les goitres hypertrophiques, charnus, massifs. Les doses doivent être faibles, v à xxv gouttes par jour de la solution de Lugol. Le traitement de tous les basedowiens sera d'abord un traitement médical, hygiénique et diététique. Quand le métabolisme basal n'est pas de plus de 25 p. 100 au-dessus de la normale, le traitement médical peut guérir ou améliorer très notablement le Basedow.

Le médicament essentiel est l'iode, associé ou non à la quinicardine et à la médication spécifique s'il y a lieu.

Si au bout de quelques mois le métabolisme basal reste supérieur à 30 p. 100 au-dessus de la normale, l'indication opératoire se pose pour le Basedow. Elle se pose d'emblée pour le goitre toxique nodulaire qui ne guérit à peu près jamais par le traitement médical.

Les agents physiques : électricité, radiothérapie, curiethérapie, ne seront utilisés, après échec du traitement médical, que chez les sujets inopérables à cause de lésions viscérales graves et définitives. Pour tous les autres malades, le traitement chirurgical est préférable, plus rapide et plus sûr. Il ne doit être institué que d'accord avec le médecin traitant. Dans tous les cas, avant l'intervention, le métabolisme basal doit être mesuré et ramené si possible au-dessous de + 50 p. 100 par le traitement iodé et le grand repos. Quand le métabolisme ne pourra être ramené en dessous de cette limite, on procédera d'abord à la ligature des artères thyroïdiennes dont l'effet n'est que momentané ou même à une hémithyroïdectomie si le malade est résistant. Mais pour obtenir des résultats vraiment satisfaisants il faut pratiquer des *thyroïdectomies subtotales* conservant seulement une lame postérieure dans chaque lobe, de façon à ménager récurrents et parathyroïdes.

L'opération sera faite en un ou plusieurs temps et sous anesthésie locale.

Dans les goitres toxiques, l'intervention doit consister éga-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

lement en des thyroïdectomies élargies autour des nodules.

Après l'opération, le traitement Lugol-Quinine sera poursuivi et le malade devra rester des semaines sous surveillance médicale.

Dans ces conditions, la mortalité opératoire immédiate pour toutes les hyperthyroïdies s'est abaissée à moins de 3 à 4 p. 100.

Les guérisons ou très grandes améliorations compatibles avec la vie normale atteignent 60 à 70 p. 100. Les améliorations compatibles avec une vie d'activité un peu restreinte sont encore de 10 à 15 p. 100.

Discussion.

M. Léopold-Lévy (de Paris) se fait le défenseur de toute la « petite pathologie hyperthyroïdienne » en insistant sur le test thérapeutique; il discute la valeur absolue du métabolisme basal, revendique les droits de « l'instabilité thyroïdienne », apporte des faits montrant l'origine hyperthyroïdienne des troubles vasomoteurs, psychiques et de l'exophtalmie, revient sur l'action régulatrice du traitement thyroïdien et signale les méfaits possibles de l'iode.

M. R. Lautier (de Nice) critique la théorie de la carence iodée cause du goitre.

M. J. Hoet (de Louvain) attire l'attention sur la diminution du glycogène cardiaque dans les hyperthyroïdies expérimentales. Il rapporte des expériences qui montrent que l'injection d'hormone anthypophysaire provoque une disparition de la colloïde thyroïdienne avec hyperactivité cellulaire et augmentation de volume de la glande, en même temps que les lobes thymiques subissent une involution spécifique. D'autre part les phénomènes génitaux au cours des hyperthyroïdies, attirent l'attention sur le rôle primitif possible d'une sécrétion anormale du lobe antérieur de l'hypophyse.

MM. M. Labbé et Azerad (de Paris) apportent leurs résultats du traitement chirurgical des hyperthyroïdies. Sur 25 malades confiés à des opérateurs différents la mortalité fut de 5, soit 20 p. 100.

Parmi les survivants, 15 ont pu être suivis; 10 (soit 66,6 p. 100) ont retrouvé une parfaite santé. Les 5 autres n'ont recueilli de l'intervention qu'un bénéfice insuffisant. Mais l'administration d'iode de façon continue a permis de compléter l'amélioration jusqu'à guérison totale.

M. H. Welti (de Paris), dans une statistique portant sur trois années établie dans le service du professeur P. Duval, montre que la thyroïdectomie ne comporte aucun risque appréciable, même lorsqu'il s'agit d'ablations larges, subtotales; la mortalité est nulle. L'auteur insiste sur la nécessité de l'intervention précoce.

M. L. Dautrebande (de Bruxelles), répondant à une question de M. Bérard, considère que la seule opération physiologique doit être la thyroïdectomie subtotale. La thyroïdectomie totale doit être réservée aux cas invétérés où, après une première intervention, le métabolisme basal reste très élevé et l'état du malade alarmant. D'autre part, l'auteur considère que le seul test permettant d'apprécier l'efficacité d'un traitement thyroïdien est le métabolisme basal fréquemment déterminé.

M. C. I. Parhon (de Jassy) est de l'avis des rapporteurs quant à la pathogénie un peu spéciale de l'exophtalmie; mais il fait des réserves sur la conception du syndrome parabasedowien. L'absence d'augmentation du métabolisme basal ne saurait exclure d'une façon absolue l'hyperthyroïdie. Il rappelle les cas de thyroxinorésistance de Falta.

Communications.

Hyperthyroïdies et métabolisme basal. — M. Joltrain (de Paris). Sur 80 cas de Basedow, 70 montraient des signes indiscutables d'hyperthyroïdie avec augmentation du métabolisme basal et réflexe oculo-cardiaque en sympathicotonie. On n'observe pas de parallélisme entre l'intensité du réflexe oculo-cardiaque et l'élévation du métabolisme basal. L'auteur n'admet pas de distinction clinique absolue entre le Basedow et l'adénome toxique. Il donne la préférence au traitement iodé et à la radiothérapie.

Enfin, l'auteur insiste sur la fréquence des hyperthyroïdies dans la diathèse colloïdoclasique.

Hyperthyroïdies mortelles par l'iode. — M. M. Roch (de Genève). Dans les pays où règne l'endémie goitreuse on connaît bien les méfaits de l'iode qui provoque de l'hyperthyroïdie. Il importe de limiter la médication iodée à la maladie de Basedow et de ne pas la prescrire sans discernement à n'importe quel goitreux.

L'équilibre protéique du sang et le corps thyroïde. — MM. Loeper et Lemaire (de Paris).

Degrés et formes de l'hyperthyroïdie. — M. L. Lévy (de Paris) étudie le tempérament thyroïdien et l'hyperthyroïdie paroxystique.

Instabilité thyroïdienne à la lueur du métabolisme basal. — M. L. Lévy (de Paris). Le métabolisme basal fournit un argument de plus en faveur de l'instabilité thyroïdienne; sa valeur, très différente suivant les cas, ne doit pas régler la thérapeutique d'usage qui doit être tirée de l'ensemble des symptômes.

Type amphotonique et type sympathicotonique du syndrome de Basedow. Rôle du facteur local dans la variabilité des symptômes. — M. Daniélopolu (de Bucarest). Le type amphotonique est de beaucoup le plus fréquent. L'amphotonie prédomine sur le groupe excitateur : sympathique pour l'œil, le cœur, les vaisseaux; parasympathique pour les glandes sudoripares, le tube digestif, les bronches. D'où la possibilité des crises d'asthme chez les basedowiens. L'auteur explique les accès de tachycardie hétérotope, l'exophtalmie unilatérale, l'asymétrie vaso-motrice par l'existence d'une lésion locale antérieure.

Problème de la glycorégulation chez les hyperthyroïdiens. — M. J. Charvat (de Prague). L'organisme hyperthyroïdien requiert une quantité notable de sucre. Le foie produit un excès de sucre; le rein élève le seuil d'excrétion du glucose pour parer à la glycosurie secondaire à l'hyperglycémie. Cette pléthore d'hydrates de carbone, malgré une sécrétion d'insuline normale, développe une carence relative en hormone pancréatique.

Recherches sur la circulation périphérique dans l'hyperthyroïdie. — M. B. Prusik (de Prague). On trouve dans l'hyperthyroïdie des signes de fragilité capillaire, prédominant du côté veineux. Ces signes sont cliniquement latents, mais ils traduisent un surmenage circulatoire.

Les syndromes thyroïdiens. Contribution à leur étude clinique et biologique. — MM. Castex et Schteingart (de Buenos-Aires).

Hyperthyroïdie et système pileux. — M. P. Sainton. L'hyperthyroïdie amène des calvities du type peladique, des canities diffuses ou localisées. Ces troubles peuvent être l'unique manifestation du trouble thyroïdien.

L'hérédité et la famille des basedowiens. — M. P. Sainton. On peut se demander si une hérédité goitreuse lointaine ne constitue pas un terrain favorable au développement du Basedow vrai.

L'hyperthyroïdie rhumatismale. — M. R. Lautier (de Nice) tend à démontrer que l'infection rhumatismale est le facteur étiologique le plus fréquent de l'hyperthyroïdie et des diverses variétés de goitres.

Diabète et hyperthyroïdisme. — M. CARRASCO FORMIGUERA (de Barcelone).

Les variations leucocytaires dans l'hyperthyroïdisme, étudiées par la méthode d'Arneth. — M. CARRASCO FORMIGUERA (de Barcelone).

Sédimentation des globules rouges chez les hyperthyroïdiens. — M. V. JONAS (de Prague). On constate chez les hyperthyroïdiens une sédimentation accélérée des hématies.

Métabolisme iodé dans l'hyperthyroïdie. — M. E. CRUZ-COKE et J. CABELLO (Santiago de Chili). L'iodémie est élevée chez les hyperthyroïdiens; elle baisse sous l'influence du traitement iodé. Dans certains cas rebelles, au contraire, malgré le traitement à l'iode, l'iodémie ne cesse d'augmenter.

Essai de traitement de la maladie de Basedow par un extrait de goitre myxœdémateux. — M. JACQUEROD (de Leysin) aurait obtenu des résultats encourageants par cette thérapeutique.

Bases, domaine, indications et techniques actuelles de la rœntgenthérapie et de la curiethérapie dans les diverses formes d'hyperthyroïdie. — M. SLUYS (de Bruxelles). Les résultats de la radiothérapie sont excellents, comparables à ceux de la chirurgie; les accidents sont nuls, les techniques simples et bien réglées.

Efficacité d'un traitement iodé de très courte durée dans la cure d'un syndrome hyperthyroïdien. — M. R. WORMS (de Paris).

Sur le traitement des hyperthyroïdies par les rayons X. — M. B. POLLAND (de Prague) considère les rayons X comme utiles et sans dangers.

Sur la réactivité du cœur aux médicaments tonicardiaques chez les hyperthyroïdiens. — M. S. MENTL (de Prague). Etude expérimentale de la thyroxine sur le cœur de cobaye montrant son influence sur l'action de la digitale et du strophantus.

Traitement d'une hyperthyroïdie par le néosalvarsan et l'iodopeptonate; guérison depuis douze ans. — M. H. SCHWERS (de Liége).

Poussée aiguë d'hyperthyroïdisme apparue chez une basedowienne traitée par l'insuline. — MM. Ph. BARRAL et PONTHUS (de Lyon).

II. LE MÉTABOLISME DU CALCIUM

Physiologie et pathologie générales du calcium. — M. L. BRULL (de Liége). Formant des combinaisons peu solubles avec les acides carbonique et phosphorique, le Ca joue un rôle important dans les tissus de soutien. D'autre part, possédant dans les milieux colloïdaux, à l'opposé de Na et de K, des propriétés essentiellement stabilisantes, le Ca est chargé d'équilibrer l'action de ces deux ions. Il faut se rendre compte de l'action du rapport $\frac{Ca}{Na + K}$ sur l'activité des différents organes. L'auteur résume donc l'action renforçante du Ca sur le tonus du cœur, sur le tonus des fibres lisses des vaisseaux, son action inhibitrice de l'excitabilité et de la conductivité neuro-musculaire, de la perméabilité cellulaire, de la perméabilité rénale, etc. De plus, une série d'agents, sympathique et parasympathique, hormones parathyroïdienne, hypophysaire postérieure, drogues telles que corps digitaliques, ergostérine irradiée, agents physiques tels que les rayons ultraviolets, n'exercent vraisemblablement leur action sur l'organisme que par les modifications qu'ils impriment à la répartition et à l'état du Ca cellulaire. Les besoins en Ca varient beaucoup avec son absorption et son excrétion. Les facteurs principaux d'absorption intestinale sont l'acidité du milieu, les sels biliaires, la vitamine D.

Au Ca non absorbé, vient s'ajouter le Ca réexcrété au niveau du côlon. Enfin une autre part du Ca est excrétée par le rein.

D'après les recherches de l'auteur, le rein n'aurait de prise que sur une petite fraction du Ca plasmatique, fraction qui se distingue par sa diffusibilité et sa non ionisabilité; c'est un déchet.

La dernière partie du rapport concerne les différents états physico-chimiques du Ca plasmatique, leurs équilibres réciproques et leurs fonctions respectives. Les 10 milligrammes de Ca que contiennent environ 100 centimètres cubes de plasma se subdivisent en trois fractions : 1° 6 à 7 milligrammes de sels diffusibles, partiellement ionisés; c'est la fraction ionisée qui est seule physiologiquement active (2 milligrammes environ); 2° 3 à 4 milligrammes de Ca colloïdal, lié aux protéines, suivant un mécanisme encore discuté. Cette fraction est une réserve, un tampon qui libère du Ca ionisable lorsque le Ca ionisé vient à manquer; 3° environ 1 milligramme de Ca diffusible mais non ionisable, englobé dans des ions complexes analogue au complexe citrique. De nombreux mécanismes régulateurs, comme pour le pH, interviennent pour régler l'ionisation du Ca plasmatique : phosphates, carbonates, protéines. Sous l'apparence trompeuse d'une calcémie normale, peuvent se cacher des troubles profonds du métabolisme calcique.

Le métabolisme et les fixateurs du calcium chez l'enfant. — MM. G. MOURIQUAND et LEULIER (de Lyon). Chez le fœtus la chaux et le phosphore se fixent surtout au cours des deux derniers mois. A la naissance, 97 à 98 p. 100 du Ca est localisé dans les os qui contiennent d'autre part les 2/3 du P. Chez l'enfant rachitique, une question se pose. Pourquoi le Ca ne se fixe-t-il pas au niveau des os? D'où provient cette carence? Elle peut être d'*origine alimentaire*, le Ca et le P du lait humain se fixent mieux que ceux du lait de vache. Elle peut être d'*origine digestive*, les pertes de Ca se faisant surtout par l'intestin au cours notamment des diarrhées chroniques. Elle peut aussi être d'*origine nutritive*. Mais toutes ces recherches n'ont guère donné de résultats pratiques. Au contraire, les recherches expérimentales récentes ont précisé la question des fixateurs du Ca.

Ni les sels de chaux, ni les sels de phosphore, ni les extraits endocriniens (en dehors de l'extrait parathyroïdien) ne paraissent avoir une action fixatrice certaine. Par contre, deux grands fixateurs du Ca sont actuellement admis, l'huile de foie de morue et le soleil. L'*huile de foie de morue* possède dans son insaponifiable une vitamine D qui provient de l'action du spectre solaire sur les algues du plankton consommé par la morue. La *lumière solaire* est fixatrice du Ca par son ultraviolet. C'est entre 1.700 et 3.000 unités A qu'existe la zone antirachitique. L'irradiation de certains aliments riches en stérols confère à ceux-ci le pouvoir antirachitique. Le stérol le plus activable est l'ergostérol. Sur le corps humain, l'ultraviolet agit en transformant une provitamine sous-cutanée en vitamine D.

Les auteurs terminent en donnant des indications détaillées sur la pratique de la fixation calcique chez l'enfant.

La calcémie. — MM. Mathieu-Pierre WEIL et Ch.-O. GUILLAUMIN (de Paris) (1) préconisent une technique nouvelle de mesure du Ca sanguin qui donne à l'état normal 95 à 105 millimgrames p. 1.000. Contrairement à une opinion assez répandue, en dehors même de la grossesse, de la lactation, les besoins de l'organisme en Ca sont relativement considérables, mais la mesure de la calcémie ne permet pas de

(1) Cf. Mathieu-Pierre WEIL et Ch.-O. GUILLAUMIN. La calcémie, *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1425.

reconnaître si le régime est équilibré ou non. C'est que, en cas de privation de Ca, l'organisme en prélève dans les dépôts, la fixité de la calcémie étant primordiale. De même, quelle que soit l'importance des fonctions endocriniennes sur le métabolisme calcique, aucune glande, hors l'ovaire et les paratyphoïdes, ne modifie la calcémie. Par ailleurs, les variations pathologiques de la calcémie, du moins chez l'adulte, sont rares, inconstantes et sans grande valeur pour le clinicien; pas plus dans la tuberculose que dans les états neurovégétatifs, les états s'accompagnant de précipitations calciques ou les manifestations articulaires, la calcémie n'est nettement modifiée. Le fait ne signifie pas qu'il n'existe pas chez ces sujets des troubles dont les tissus sont le siège. Cette dernière opinion, sur laquelle est basée une grande partie de notre hématologie clinique, est d'une excessive simplicité. Si un prélèvement sanguin représente une biopsie ce n'est que la biopsie du sang et il est plus que hasardeux de vouloir conclure de son état à celui des autres tissus.

Discussion.

M. L. Brull (de Liége) considère que les méthodes classiques pour le dosage du Ca donnent des résultats excellents et il leur fait confiance; les erreurs restent toujours en dessous de 5 p. 100, ce qui ne peut sûrement nuire à l'usage clinique. D'autre part, l'auteur craint que les cliniciens ne demandent à la détermination de la calcémie totale plus qu'elle ne peut donner. Il souligne l'importance du tube digestif dans le cycle du Ca dans l'organisme et s'insurge contre l'opinion à nouveau émise par MM. Weil et Guillaumin d'un état de sursaturation du Ca dans le sang.

M. Ch.-O. Guillaumin (de Paris) persiste dans les critiques qu'il porte contre les méthodes de dosage du Ca; il renvoie aux résultats de ses expériences qui ont été développés devant la Société de biologie. Il admet, par contre, les remarques de M. Brull sur l'état physicochimique du Ca plasmatique.

M. M.-P. Weil (de Paris) sans amoindrir en rien le secours que la clinique trouve dans le laboratoire, pense qu'il ne faut pas exagérer l'importance de la détermination de la calcémie qui est incapable de renseigner sur la plupart des troubles du métabolisme calcique.

M. L. Plumier (de Liége) tient pourtant à souligner l'intérêt du dosage du Ca sanguin dans la tétanie infantile dans laquelle on trouve toujours des chiffres fortement abaissés.

M. G. Etienne (de Nancy) ne pense pas que la calcémie soit un miroir fidèle de ce qui se passe dans l'intimité des tissus; il invoque ses recherches déjà anciennes sur la décalcification et la récalcification expérimentale. La même chose d'ailleurs se passe pour l'uricémie qui est loin de traduire les précipitations articulaires.

M. F. Bezançon (de Paris) est un peu déçu en matière de calcémie, malgré les efforts des chimistes. Depuis les recherches de Widal sur l'urémie, on s'est trop habitué à chercher dans le sang le reflet de ce qui se passe dans les tissus. L'auteur a vu des cas de décalcification des plus nets dans les ostéo-arthrites sans qu'il y ait hypocalcémie.

Communications.

Recherches sur la calcémie chez les aliénés. — MM. C. I. Parhon et M. Stéganescu-Dragomireanu (de Bucarest). La calcémie se montre habituellement normale dans les divers types démentiels.

La contribution à l'étude de la calciumrachie. — MM. C. I. Parhon et M. Cahane (de Bucarest). La calciumrachie est habituellement parallèle dans ses variations aux variations de la calcémie.

Rapport du Ca, du Na et du Cl entre le sang et les fluides des cavités séreuses et des œdèmes. — MM. A. Vancura et B. Hejda (de Prague). Dans les transsudats il y a moins de Na et de Ca dans le liquide que dans le sang; au contraire, il y a plus de Cl; cette répartition suit à peu près l'équilibre de Donnan. Dans les exsudats, les éléments minéraux sont en même proportion que dans le sang. Dans les œdèmes néphrosiques, le liquide est très pauvre en Na et Ca, très riche en Cl. Dans les œdèmes néphrétiques, la distribution des substances minérales se rapproche de ce qu'elle est dans le plasma.

Choix d'un animal et d'un régime pour l'étude des propriétés antirachitiques des aliments et des médicaments. — M. R. Lecoq (de Saint-Germain-en-Laye). Alors que le cobaye et le rat sont très sensibles au déséquilibre phosphocalcique de leur ration, seul le rat fait dans ces conditions du rachitisme. On peut le provoquer en six à huit jours par l'emploi du régime Randoin-Lecoq.

Recherches sur les modifications de la calcémie observées chez l'homme après la radiothérapie. — MM. Langeron, Paget et Quemere (de Lille). Au cours de la radiothérapie on assiste successivement à une augmentation, puis à une diminution, puis à une nouvelle augmentation, et enfin au retour à l'état normal. Ces variations dépendent des zones irradiées et de la dose utilisée.

Cœur et calcium. — M. F. Henrijean (de Liége). Le Ca empêche la formation des électrocardiogrammes r[illegible] par l'excitation du vague. Le K ramène la sensibilité du vague disparue sous l'action des cardiotoniques; le Ca la fait disparaître à nouveau.

La calcémie dans le cancer. — MM. P. de Bersaques et A. Bérat (de Gand). La calcémie ne traduit ni le cancer, ni le précancer, par des variations appréciables.

La calcémie. Ses variations dans les troubles endocriniens et dans le déséquilibre nerveux organo-végétatif; l'équilibre $\frac{Ca}{K}$. — MM. Castex et Schteingart (de Buenos-Aires).

Calcium, parathyroïdectomie, hormone parathyroïdienne, vitamine D et réflexes vaso-moteurs du sinus carotidien. — MM. P. Regniers et Bouckaert (de Gand). Chez le chien l'injection de sels décalcifiants provoque une diminution des réflexes vaso-moteurs partant du sinus carotidien. L'injection de sels de calcium rétablit ces réflexes. De même l'ablation des parathyroïdes, au moment des convulsions, diminue l'excitabilité du sinus.

Contribution relative au métabolisme du calcium dans les polyarthrites rhumatismales. — MM. J. Paroulek et Scheiner (de Prague).

Circulation de la vitamine antirachitique et calcémie. — MM. E. Cruz-Coke et Croxatto (de Santiago du Chili) ont décelé la vitamine D dans la bile et dans d'autres milieux humoraux.

Remarques sur les méthodes de détermination du calcium du sérum sanguin. — MM. M. Labbé, Nepveux et Sandor (de Paris).

Rapport $\frac{K}{Ca}$ et menstruation. — MM. Ch.-O. Guillaumin et H. Vignes.

III. LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

Introduction physiologique à l'étude des indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète. — M. J. Hoet (de Louvain). Les indications de l'insuline ont en ce moment une base scientifique dans nos connaissances

de son action physiologique. L'hypoglycémie insulinienne provient de l'action combinée de l'insuline sur le foie et sur les muscles. L'insuline augmente le glycogène hépatique et inhibe la glycogénolyse. Les muscles présentent une forte avidité pour le glucose et fixent du glycogène; d'où la disparition progressive du sucre du sang. Le glycogène musculaire, contrairement au glycogène hépatique, ne peut pas compenser la déficience de la glycémie, il ne peut plus que se transformer en acide lactique et produire de l'énergie mécanique. Le maintien de la glycémie est un équilibre complexe. Toute hyperglycémie entraîne une sécrétion d'insuline par la voie pneumogastrique. L'hypoglycémie entraîne une hypersécrétion adrénalinienne qui mobilise du glucose hépatique. Cette réaction sympathique doit être évitée au cours des interventions thérapeutiques parce qu'elle provoquerait une diminution du glycogène hépatique. C'est la raison pour laquelle une dose de glucose doit toujours être administrée en même temps que l'insuline.

Une hydratation adéquate est également indispensable pour obtenir une bonne fixation de glucose.

Le traitement glucose-insuline est indiqué dans le traitement de divers symptômes en vertu de trois effets distincts : 1. son action eutrophique générale; 2. l'augmentation du glycogène hépatique; 3. l'amélioration du métabolisme hydrocarboné de certains organes (cœur et ovaires).

De quelques indications de l'emploi de l'insuline en dehors du diabète tirées de l'action eutrophique de cette hormone. — M. E. Aubertin (de Bordeaux). L'emploi de l'insuline dans les troubles de nutrition du nourrisson peut donner des résultats intéressants. Dans l'athrepsie les succès sont rares cependant. Dans l'hypothrepsie, les stagnations de poids, les retards de croissance, les résultats sont meilleurs. Le traitement toutefois est délicat à conduire, en raison des accidents hypoglycémiques. C'est dans les cures d'engraissement chez l'adulte que l'insuline donne ses plus beaux succès, notamment chez les maigres asthéniques, les ptosiques, les anorexiques d'habitude par sous-alimentation.

Dans les psychoses, la maladie de Basedow, et une foule d'autres amaigrissements pathologiques, elle peut aussi rendre des services. Dans la tuberculose pulmonaire, elle expose à des accidents et ne doit être utilisée que chez les torpides, les apyrétiques, les stabilisés.

L'insuline peut aider à la cicatrisation des plaies atones. Les résultats sont parfois très beaux, mais fort inconstants. Son emploi dans les ulcères du tube digestif n'est pas encore généralisé.

Le rôle trophique exercé par l'insuline semble exclusivement lié à son action sur les sucres. Ainsi, dans les cures d'engraissement, il se produit une reconstitution cellulaire par assimilation d'eau, fixation d'azote et élaboration de graisse; on peut concevoir que chacun de ces trois processus soit fonction de l'activation du métabolisme hydrocarboné car on sait le rôle immense que jouent les métabolites hydrocarbonés dans l'économie.

L'insuline dans le traitement des affections cardiovasculaires. — M. G. Bickel (de Genève). On savait depuis longtemps qu'en additionnant de glucose le liquide de perfusion d'un cœur de grenouille ou de mammifère, on augmentait l'intensité des contractions. Des recherches plus précises ont montré que le glucose était, en réalité, la source énergétique la plus puissante du myocarde et que la consommation de sucre par le cœur est d'autant plus considérable que le sang est plus riche en extrait pancréatique.

On sait aujourd'hui que le métabolisme hydrocarboné des cardiaques en état d'asystolie est fréquemment troublé. Le cœur malade n'a ainsi à sa disposition que des quantités insuffisantes de sucre. L'administration de légères doses d'insuline (15 à 30 unités par jour) combinée à l'ingestion ou à l'injection de glucose réussit à redresser dans une certaine mesure l'utilisation défectueuse des hydrates de carbone, facilitant ainsi l'action des tonicardiaques. L'application de l'insuline aux affections vasculaires telles que hypertension, artériosclérose grave, artérites oblitérantes, angine de poitrine, dérive avant tout de constatations cliniques faites chez les diabétiques porteurs de l'une ou de l'autre de ces affections. Le traitement pratiqué aux doses de 15 à 30 unités par jour doit être prolongé pendant des mois ou même des années, constituant une véritable opothérapie.

Les applications cliniques de l'insuline en dehors du diabète. — M. Le Fèvre de Arric (de Bruxelles). — L'auteur s'attache surtout aux propriétés anti-acidosiques de l'insuline. Il retient l'acidose post-opératoire, les acidoses circulatoires, le choc traumatique, les vomissements cycliques de l'enfance, les vomissements incoercibles de la grossesse. Dans tous ces états, l'insuline, accompagnée d'une large dose de glucose, donne de bons résultats. L'insuline peut être essayée aussi dans les insuffisances fonctionnelles du foie, dans les hépatites.

Les états dysendocriniens ont été l'objet de tentatives thérapeutiques par l'insuline. Des résultats favorables mais inconstants ont été enregistrés dans l'hyperthyroïdie et la maladie de Basedow. Egalement dans certaines formes de diabète insipide, l'insuline augmente la tolérance aux hydrates de carbone et réduit la polyurie.

Certaines dermatoses, des états infectieux divers, ont réagi favorablement à l'insuline, mais il est probable qu'elle n'agit ici que par son action eutrophique. Enfin des résultats encourageants ont été obtenus dans certaines affections nerveuses ou mentales, parkinsonisme, cyclothymie, confusion mentale.

Discussion.

M. M. Feissly (de Lausanne) félicite M. Aubertin pour son beau rapport et développe des points d'ordre technique sur l'emploi de l'insuline : posologie, horaire des injections, régime alimentaire.

M. L. Brull (de Liége) n'a jamais vu d'action hypotensive de l'insuline chez les diabétiques hypertendus. Il a observé une légère chute de tension chez les glycosuriques, polyphages pendant les quinze premiers jours de repos au lit et de régime, mais elle se montrait même sans insuline. En ce qui concerne les hyponutritions, l'auteur confirme les faits signalés par M. Aubertin.

MM. M. Labbé et Azerad (de Paris) ne croient pas à l'action de l'insuline sur les insuffisances hépatiques sérieuses. D'autre part ils défendent une action directe possible de l'hormone sur le métabolisme protéique.

M. E. Aubertin (de Bordeaux) s'élève vivement contre cette manière de voir et apporte des arguments sérieux en faveur de l'action exclusive de l'insuline sur le métabolisme glucidique, l'action sur le métabolisme protéique et gras étant secondaire et indirecte.

Communications.

Emploi de l'insuline dans les états vagotoniques et sensibilisation à l'insuline. — M. Joltrain (de Paris) a essayé l'insuline dans les cas d'urticaire et d'asthme sans résultats appréciables. Il signale un cas de sensibilisation à l'insuline chez un chimiste manipulant le produit.

Pourquoi l'insuline est requise dans le traitement du parkinsonisme et des séquelles de l'encéphalite. — M. J. Froment (de Lyon). L'étude physio-clinique et biochimique de l'état parkinsonien conduit à l'idée qu'il est lié au dérèglement du mécanisme qui, automatiquement chez l'homme, stabilise les attitudes et règle l'adaptation aux divers modes statiques. L'organisme a perdu le secret du maintien économique des attitudes. L'état de surmenage qui en résulte

entraîne toute une série de phénomènes seconds ainsi que de lésions.

La cachexie parkinsonienne n'est, sans doute, que l'aboutissant dudit surmenage. Ainsi s'explique l'action remarquable que peuvent exercer, en pareil cas, insuline et médication alcaline. Complications mises à part, le parkinsonisme relève encore de l'insuline associée à l'hyoscine dès que l'impotence s'aggrave et que l'état général fléchit. C'est qu'ici encore l'action cumulative du surmenage musculaire commence à se faire sentir.

En dehors de tout parkinsonisme, l'insuline paraît susceptible de modifier certaines séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique : légers états confus et anxieux du type pseudo-névropathique, véritables états oniriques n'ayant, les uns comme les autres, aucune tendance à la rétrocession spontanée. Les formes encéphalitiques tenaces, rebelles et récidivantes peuvent encore bénéficier de l'appoint du traitement insulinique, étant donné la précocité avec laquelle on surprend, par la recherche de la rigidité latente, le dérèglement du système stabilisateur.

L'insuline agit surtout au niveau du muscle. Sa fonction principale consiste à assurer le processus de Meyerhof, c'est-à-dire cette réaction complexe dans laquelle l'oxydation du glucose et la synthèse du glycogène sont liées l'une à l'autre. Ses heureux effets dans le traitement des séquelles parkinsoniennes ou psychiques de l'encéphalite peuvent être mis sur le compte du rétablissement du métabolisme musculaire normal, de la disparition de l'acide lactique, de la préservation des matières protéiques, de la récupération des propriétés physiologiques musculaires optima.

L'insuline dans la tuberculose pulmonaire. — M. Jacquerod (de Leysin). L'insuline n'est d'aucun secours; elle peut même provoquer des troubles graves et activer l'évolution de la maladie. Au cours des amaigrissements secondaires au pneumothorax artificiel, l'insuline permet des reprises de poids fort utiles.

A propos de l'insulinothérapie dans les ulcères de jambe. Constatations biologiques et considérations pathogéniques. — MM. J. Gaté et Barral (de Lyon). Le traitement insulinien peut améliorer et guérir certains ulcères de jambe. Les recherches biologiques montrent chez ces malades l'existence d'une insuffisance glycolytique latente. D'autres ulcères sont rebelles.

Données nouvelles sur l'action de l'insuline dans la dénutrition grave du nourrisson. — M. L. Garot (de Liége) a montré dans des recherches récentes que la dénutrition infantile évolue en deux phases physiopathologiques bien distinctes. La seconde seule qui apparaît au cours de l'hypothrepsie du deuxième degré se caractérise par des troubles du métabolisme azoté et glucidique. Réservée à ces cas, avec le contrôle du laboratoire et utilisée à faible dose, l'insuline donne des résultats remarquables.

Résultats et mode d'action du traitement insulinien des ulcères gastro-duodénaux. — MM. A. Cade et Barral (de Lyon). Le traitement insulinien mérite d'être répandu; il donne des résultats très encourageants.

L'épreuve d'hyperglycémie chez les sujets non glycosuriques traités par l'insuline. — MM. Ph. Barral et Morelon (de Lyon). L'insuline agit surtout chez les sujets présentant une insuffisance glycolytique latente.

A propos de l'action de l'insuline dans le traitement de la cholestérinémie. — MM. A. Compagnon et Orticoni (de Paris). Il semble que l'insuline puisse dans certains cas abaisser le taux de la cholestérinémie.

Sur quelques cas d'ulcères de jambe traités comparativement soit par l'insuline, soit par les extraits pancréatiques désinsulinés. — MM. Petges, Aubertin et Laporte (de Bordeaux). Les extraits désinsulinés ne montrent pas les propriétés cicatrisantes de l'insuline; l'effet trophique de l'insuline semble donc bien être fonction de son action sur le métabolisme des sucres.

En dehors des questions rapportées, de nombreuses communications ont été faites sur la tuberculose et le cancer, sur les maladies du foie et de l'appareil circulatoire.

Dr L. Garot
(de Liége).

— Le prochain Congrès aura lieu à Paris, en 1932, sous la présidence de M. Fernand Bezançon.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PÉDIATRIE

Stockholm, 18-21 août 1930 (1).

SÉANCES PLÉNIÈRES

Effets biologiques des irradiations ultraviolettes directes et indirectes.

Rapporteur : M. Alfred Hess (New-York).

Le rachitisme est une des maladies le plus communément rencontrées chez les enfants dans les pays tempérés. On l'observe aussi bien dans la classe riche que dans la classe pauvre. Deux tiers des enfants présentent des signes plus ou moins manifestes de rachitisme.

On ne sait pas encore très exactement si le facteur antirachitique est indispensable à l'adulte ; quoi qu'il en soit, si l'adulte a besoin de facteurs antirachitiques, ce n'est qu'en proportion infime.

Hess envisage successivement la question des irradiations ultraviolettes de l'ergostérol irradié et des aliments irradiés, et leurs indications respectives :

La valeur thérapeutique de ces trois méthodes est incontestable dans le traitement du rachitisme, de la tétanie et de l'ostéomalacie.

Ce sont également des procédés à employer dans la carie dentaire et pour lutter contre la perte de calcium qu'entraîne l'allaitement maternel.

Hess s'élève contre l'usage intempestif que l'on a voulu faire de ces différentes méthodes thérapeutiques.

Il n'a pas été prouvé qu'elles donnent des résultats dans d'autres affections, elles n'ont aucun effet dans le coryza ou dans les affections des voies respiratoires.

L'ergostérine est extraite de la levure. Il n'y a aucun danger à donner aux enfants cette nouvelle vitamine préparée aux Etats-Unis et en Europe par exposition de l'ergostérine aux rayons ultraviolets.

L'ergostérine irradiée doit être considérée comme un mélange de substances et non comme une entité chimique. L'emploi de rayons limités permet d'obtenir une préparation plus pure.

L'huile de foie de morue ne saurait être comparée à l'ergostérine irradiée, car elle contient en plus de la vitamine D, la vitamine A et peut-être un autre facteur nutritif.

Toute standardisation du dosage de l'ergostérine qui reposerait sur l'équivalence entre ces deux substances et sur leur utilité d'action chez le rat et chez l'enfant serait une erreur.

Dans le traitement du rachitisme par l'ergostérine, *on peut employer de fortes doses, sans danger.* Quand on donne l'ergostérine dans un but prophylactique, l'hypercalcémie que peut entraîner l'ergostérine est rare. Elle n'est pas à craindre car elle n'atteint jamais qu'un très minime degré.

Il ne faut pas interpréter les expériences faites sur l'animal

(1) *Association de la Presse médicale française.*

et en particulier sur les lapins, comme indiquant une action toxique susceptible de se rencontrer en thérapeutique.

Les aliments et les liquides irradiés, ainsi que le lait sec, sur lesquels Hess a attiré l'attention il y a quelques années, ont une valeur incontestable dans le traitement du rachitisme et de la tétanie. *Cependant, avant d'en généraliser l'emploi, il y aura lieu de perfectionner les méthodes d'irradiation.*

C'est surtout à l'ergostérine qu'il faut s'adresser pour la prophylaxie et le traitement du rachitisme.

Hess termine son rapport en signalant qu'un apport insuffisant du facteur antirachitique, soit sous forme d'irradiation directe, soit sous forme d'ergostérine ou d'aliments irradiés, est susceptible de déterminer chez l'enfant ou chez l'animal une forme typique de rachitisme avec un taux normal de phosphore inorganique dans le sang.

Il pense qu'il y a là un fait important devant conduire à une revision des conceptions actuelles de la pathogénie de la maladie. Malgré les méthodes modernes de traitement, il semble peu probable que l'on puisse définitivement enrayer le rachitisme, tant que l'on n'aura pas une compréhension exacte des troubles nutritifs qui sont à la base de la maladie.

Discussion.

M. Armand-Delille (Paris) insiste sur le nouveau champ d'action qu'ouvre à la thérapeutique et à la prophylaxie l'action des rayons ultraviolets. Il considère comme très importante l'action des sérums irradiés dans le traitement du rachitisme. Toutefois, il ne faut pas faire abus de ces sérums irradiés et ils ne doivent être prescrits que dans les affections où leur indication a été reconnue manifeste.

Le déplacement du phosphore de combinaisons organiques à combinaisons inorganiques sous l'influence des rayons ultraviolets et de leurs vertus. — M. Gino-Frontali (Milan), devant l'augmentation très rapide de la phosphatinurie chez les rachitiques soumis à l'action des rayons ultraviolets, a soumis du sérum en tube de quartz sous une couche d'huile de vaseline (pour exclure le contact de l'air) aux rayons ultraviolets de la lampe de Bach à vapeur de mercure.

Ces recherches mettent en évidence dans presque tous les sérums rachitiques et normaux examinés une augmentation de phosphore inorganique et dans presque tous les cas une diminution de la concentration des ions H des sérums. Le sang traité avec des coagulants perd la propriété de donner lieu à la libération du phosphore inorganique sous l'influence des rayons ultraviolets.

Cette source de l'augmentation du phosphore inorganique serait représentée seulement par la fraction acido-soluble du phosphore organique selon Guenwald. Les recherches de l'auteur en ce sens lui ont montré que la substance contenue dans le sérum semble être avec toute probabilité un composé d'acide phosphorique et de glucose.

L'ergostérine irradiée (en solution huileuse à 1 p. 100 ou 2 p. 100) a une influence analogue à celle des rayons ultraviolets si elle est ajoutée en quantité minime au sérum *in vitro*, mais les huiles non irradiées et l'ergostérine non irradiée sont presque inactives.

L'auteur est conduit à admettre la scission d'une substance complexe qui doit être un composé de glucose et d'acide phosphorique. Quelle que soit la voie de pénétration des influences actiniques dans l'organisme, ses recherches le portent à voir en l'acide hexomonophosphorique, ou en un composé analogue, l'anneau de conjonction entre les altérations des échanges phosphorés et celle des échanges hydrocarbonés que l'on rencontre dans le rachitisme.

Se basant sur ces recherches, Gino-Frontali étudie une méthode qui utilise une substance analogue pour le dosage des différentes substances irradiées.

Etude des ergostérols irradiés sur les nourrices. — M. G. Gestemberger (Cleveland) étudie successivement les modifications apportées à la quantité et à la qualité du lait produit, la valeur antirachitique de ce lait, et le taux de phosphore et de calcium du sang. Malgré les résultats favorables, il ne pense pas que ce soit là une méthode de choix pour conférer des propriétés antirachitiques au lait.

Action indirecte et directe des rayons ultraviolets. — M. G. Gorter (Leyde). Les expériences de MM. Reerink et Van Wijk ont montré que les rayons entre 3.100 et 2.800 Å sont seuls capables de transformer l'ergostérine en vitamine D, tandis que les rayons plus courts entre 2.500 et 2.700 Å ont une action nuisible. Pour obtenir un maximum de vitamine D, plusieurs précautions sont indispensables, à l'exclusion de toute trace d'oxygène entre autres. Les mêmes auteurs ont constaté qu'on peut doser par une méthode purement physique la quantité de vitamine D contenue dans une préparation d'ergostérine irradiée. Il suffit d'étudier le spectre d'absorption pour les rayons ultraviolets du mélange.

Avec la vitamine ainsi préparée et ainsi dosée, l'auteur a traité plusieurs cas de rachitisme. Il a pu constater qu'une quantité de $0^{mg}01$ à $0^{mg}02$ par jour suffit à guérir le rachitisme. Jamais on ne constate d'hypercalcémie.

Pour l'irradiation directe, il est préférable de ne pas utiliser la lampe à quartz, mais une lampe fabriquée avec un verre ne laissant pas passer les rayons au-dessous de 2.800 A. Avec la lampe ultrasol de Philips, une irradiation de 2 centimètres carrés à une distance de 50 centimètres pendant dix minutes permet de guérir le rachitisme en vingt jours.

L'énergie dont on a besoin pour la transformation de l'ergostérine en vitamine D *in vitro* est de même ordre de grandeur que l'énergie utilisée pour l'irradiation directe.

M. P. Gyorgy (Heidelberg). L'assimilation du rachitisme à une carence spécifique est bien la plus compréhensible des théories possibles du rachitisme, mais elle n'est pas parvenue non plus à résoudre l'énigme du rachitisme. On indique l'action rachitigène des farines, notamment du maïs, du riz, avoine, espèces connues comme favorisant les évacuations intestinales. Dans l'ergostérine irradiée, il faut dissocier l'agent antirachitique et l'agent toxique. Le chauffage d'une préparation d'ergostérine irradiée augmente le deuxième au détriment du premier (Windans). La réduction du pouvoir antirachitique se manifeste aussi bien sur le rachitisme des rats avec réduction de phosphore ou de calcium, agissant non seulement sur l'ossification même, mais aussi par l'invariabilité de l'hypophosphatémie ou de l'hypocalcémie.

Chez les animaux normaux, les préparations d'ergostérine irradiée et chauffée permettent souvent d'élever le calcium du sérum plus que la substance d'extraction activée avant chauffage. L'huile de foie de morue chauffée à 200 degrés voit également réduire sa faculté antirachitigène en grande proportion. Une nouvelle irradiation rend au produit inactivé de nouvelles propriétés. Il est indispensable d'exiger que les préparations commerciales soient non seulement titrées pour leur action antirachitique, mais étudiées dans leur toxicité.

Action de l'ergostérine irradiée dans la prophylaxie du rachitisme. Effets des hautes doses chez l'enfant normal et dans le rachitisme. — M. J. Hess (Chicago) de ses recherches entreprises avec le viostérol, tire les conclusions suivantes :

1° La dose quotidienne de X gouttes de viostérol est la dose minima pour protéger un enfant de zéro à un an du rachitisme ;

2° Douze enfants normaux qui reçurent une partie de la deuxième ou de la quatrième semaine de la vie des doses quotidiennes de viostérol variant entre CCX et DXXV gouttes, jusqu'à l'âge de dix à huit mois, n'ont présenté aucun symptôme toxique ;

3° Un enfant prématuré, de treize mois, atteint de rachi-

tisme grave avec fractures multiples, reçut 50 centimètres cubes de viostérol par jour pendant vingt-neuf jours.

Le taux du calcium dans le sang avant le traitement était de 8,7 et le taux du phosphore de $1^{mg}2$. Le vingt-neuvième jour, le taux du calcium atteignait 11 milligrammes et celui du phosphore 4,9. Six radiographies successives prises pendant vingt-neuf jours montrèrent la réparation progressive des fractures;

4° Un autre prématuré de vingt-sept mois reçut pendant cent treize jours une dose quotidienne de 50 centimètres cubes de viostérol. Pendant les dix-neuf jours qui précédèrent la mise en œuvre de ce traitement, le taux du calcium oscillait entre 9,2 et 8,2 et le taux du phosphore entre 3 et 4. Le cent cinquième jour, le taux du calcium atteignait 13,7 et le taux du phosphore 4,4. Le cent onzième jour, les taux respectifs étaient de 21 et 4,2. Le cent treizième jour apparurent des signes d'intoxication : anorexie, vomissements, somnolence, atonie musculaire et perte des réflexes. Le viostérol fut supprimé,

Six jours après, le taux du calcium retombait à 16 et le taux du phosphore à 4,2; vingt-deux jours plus tard, les chiffres étaient de 11,6 et 5,6.

Deux semaines après le commencement du traitement d'importantes modifications apparurent au niveau des traits de fracture et des épiphyses, mais il n'y eut aucune modification du taux de l'hémoglobine ni du nombre des globules rouges, tant que l'enfant ne fut pas soumis à un traitement quotidien par le carbonate de fer à la dose quotidienne de 3 grammes. L'état de cet enfant est, à l'heure actuelle, satisfaisant.

M. Jundell (Stockholm). Le traitement prophylactique antirachitique par l'ergostérine irradiée des mères enceintes pendant un à quatre mois avant la délivrance, puis des enfants sans aucune interruption pendant les deux premières années de la vie, n'empêche pas l'apparition de cranio-tabes.

Il l'a observé dans deux tiers des enfants, comme chez les enfants non traités et des mères non traitées, et il en conclut à l'apparition fréquente d'un cranio-tabes physiologique.

Sur des souris irradiées quotidiennement une à deux heures avec des lampes de quartz, se développent dans 100 p. 100 des cas, après traitement de six mois, des tuméfactions cancéreuses ou sarcomateuses avant tout sur les régions non pileuses (queues, oreilles), et dans un certain nombre de cas avec métastases.

L'action biologique des radiations solaires ultraviolettes sur l'organisme de l'enfant au bord de la mer du Sud (mer Noire, Krun Eupatoria.) — M. le professeur Undowikoff (Leningrade). La radiation ultraviolette du spectre solaire semble le facteur climatérique capital pour le développement de l'enfant; comme pour les autres excitants, son rôle s'exerce par l'intermédiaire du système végétatif endocrinien. Dans les climats du Sud, il importe de procéder prudemment pour les enfants irritatifs et vagotropes, tandis que l'indication est formelle pour les asthéniques sympathicotropes. Ces derniers, s'ils sont atteints ou menacés de tuberculoses, se trouvent particulièrement bien de ces climats du Sud qui orientent leur constitution dans le sens parasympathique.

L'énergie radiante agit, en outre, dans le sens de l'activation sur les dépôts lipoïdiques dans la peau de l'enfant.

M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée (Paris) ont employé l'irradiation locale quotidienne et progressive des seins chez des nourrices dont la sécrétion mammaire était insuffisante. Dans

11 cas sur 16, ils ont obtenu une augmentation sensible et durable de la quantité totale du lait fourni par la nourrice. Cette méthode, facile à réaliser, paraît efficace, à condition toutefois de poursuivre le traitement de façon regulière et d'employer des doses suffisantes (durée d'irradiation de cinq à trente-cinq minutes): Le lait des nourrices n'est pas modifié dans sa composition chimique, mais subit une modification biologique qualitative, caractérisée par l'apparition du facteur antirachitique en quantité notable.

En outre, l'influence eutrophique de l'irradiation s'exerce sur l'état général de la nourrice, malgré la limitation de la zone cutanée exposée aux rayons.

Le mode d'action des irradiations mammaires reste encore imprécis et il est impossible actuellement de spécifier en quoi cette action locale diffère de l'influence exercée par les irradiations générales, et même d'affirmer qu'il existe une différence essentielle entre les deux processus.

Dans l'ensemble, cette méthode favorisant la sécrétion lactée, peut être utilisée sans nul risque et présente le double avantage d'exercer une action favorable sur la quantité et la qualité du lait fourni à l'enfant, tout en améliorant l'état général de la mère.

Dosage de l'activité thérapeutique des substances activées par les rayons ultraviolets. Titrage de leur richesse en facteur antirachitique. — MM. E. Lesné et Robert Clément (Paris). L'efficacité thérapeutique des substances irradiées est extrêmement inégale suivant la matière première, le mode d'irradiation, les procédés de préparation et de conservation. Il est donc très important pour le médecin de savoir la valeur curative d'un produit irradié, pour l'employer selon les règles d'une posologie précise comme on doit le faire pour toute médication active.

La valeur biologique ne peut s'exprimer ni en poids ni en volume et en fait, elle est indépendante de ces mesures physiques. L'étude spectographique, les réactions colorantes, la précipitation par la digitoniside ne permettent pas de pouvoir déceler le pouvoir antirachitique d'un corps irradié, encore moins de le mesurer.

Seul le dosage biologique et l'étalonnage sur l'animal sont capables de préciser la valeur antirachitique d'une préparation et d'effectuer le tirage en unité antirachitique.

La mesure biologique est sûre, ses résultats sont constants mais les unités proposées sont diverses, suivant les auteurs et les pays. Il serait donc souhaitable qu'une Commission internationale fixe un mode de dosage unique et pratique du pouvoir antirachitique des substances activées par les rayons ultraviolets et préconise l'emploi d'un tirage uniforme afin que l'on connaisse pour chaque produit irradié ce qu'il contient d'unités biologiques de facteur antirachitique et sa durée d'efficacité.

Sur les effets des irradiations ultraviolettes indirectes. — M. Lereboullet (Paris) confirme les bons effets de l'ergostérine irradiée dans le rachitisme et son action sur le taux du calcium et surtout du phosphore sanguin. Mais il insiste sur la nécessité d'une posologie précise, basée sur un titrage biologique. Il rappelle que les doses minimes sont aussi actives que les doses élevées; celles-ci ont parfois l'inconvénient de provoquer des accidents toxiques, brusques ou progressifs, qu'il y a tout intérêt à éviter, car ils peuvent être sévères. On doit donc rejeter l'emploi de doses massives ou trop prolongées et se contenter de doses minimes, associées ou non à d'autres vitamines.

Les effets des irradiations ultraviolettes sur la composition du liquide céphalo-rachidien dans l'enfance. — M. Giovani Pianar (Anito). La connaissance de ces effets a une grande importance en raison du rôle du liquide céphalo-rachidien dans l'organisme.

Chez 11 enfants d'âge variable soumis à une exposition aux rayons ultraviolets allant jusqu'à six et huit heures, les modifications suivantes ont été constatées : la limpidité reste la même; la pression du liquide ne subit qu'une légère diminution, lorsque la durée d'irradiation est courte. Cette baisse de la pression augmente avec des irradiations de longue durée et surtout lorsque ces irradiations sont localisées à la tête.

La teneur en albumine du liquide est, dans tous les cas, plus ou moins augmentée. Le taux du sucre a été augmenté dans 7 cas; le taux des chlorures a toujours été sensiblement abaissé. Le taux du calcium et du phosphore organique sont augmentés. Le pH n'est le plus souvent pas modifié.

Il n'y a jamais de modifications cytologiques appréciables. Les modifications du liquide céphalo-rachidien après irradiation sont liées à celles du sang.

(*A suivre.*) B. Weill-Hallé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1930)

M. le Président fait part de la mort de M. Delagenière (du Mans), associé national depuis 1919.

Notice nécrologique. — M. Ravaut donne lecture d'une excellente notice sur M. le professeur Adolphe d'Espine (de Genève), associé étranger depuis 1910.

Condoléances. — Sur la proposition de M. H. Vincent, l'Académie adresse au Collège royal des médecins de Londres ses très profondes condoléances pour la catastrophe qui vient de mettre en deuil la Grande-Bretagne.

A propos du sérum antidiphtérique. — M. Renault fait une étude comparative sur les résultats de la sérothérapie de la diphtérie dans différents pays. Il montre que si ces résultats sont inégaux, il ne faut pas incriminer le sérum, mais la façon dont il est appliqué. La précocité du traitement a une importance capitale. C'est ce que les médecins doivent faire comprendre aux familles souvent timorées. Ces conclusions sont conformes à celles formulées ici même par notre collaborateur Levent (voir *Gaz. des hôpit.*, 1929, n° 33, p. 621).

Sur la radio-activité des eaux de la région de Salies-de-Béarn. — MM. Delaby et Charonnat.

Hygiène de l'enfance. — Dans la dernière séance du mois de juillet, M. Lesage avait donné lecture de son rapport sur la situation des Enfants-Assistés dans les départements. Il formulait en terminant les vœux suivants :

1° Que dans chaque département (en dehors de la Seine), la crèche dépositaire soit transformée en pouponnière de triage et d'entraînement où l'enfant sera gardé tant que le placement ne sera pas autorisé par le médecin ;

2° Que dans toute pouponnière dépositaire l'allaitement mixte puisse être donné à tout enfant dont l'état de santé l'exige;

3° Que soient créés des centres d'élevages spéciaux où seront réunis tous les enfants assistés sortant de la pouponnière dépositaire;

4° Que le dépôt et la pouponnière dépositaire soient soumis à la loi Roussel et que le médecin soit de droit du cadre des médecins inspecteurs de l'Assistance publique.

Ces vœux ont été à nouveau soumis à l'Académie dans sa séance d'aujourd'hui.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Pinard, Bar et Léon Bernard, l'Académie a décidé leur renvoi à la Commission pour une nouvelle étude.

Visite de médecins argentins. — Un groupe de médecins argentins a visité l'Académie; il sera reçu officiellement mardi prochain.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Traitement médical des affections stomacales, par LÉON-MEUNIER. Un vol. de 212 p. avec 15 fig. (Collect. méd. et chir. prat.) Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Béliard, qui accepte; Robin, Izard, Frey, Milian, Sebileau, Gornouec, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 9 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la colique néphrétique. — Symptômes et diagnostic du cancer de la langue. »

MM. Bensaude, 20; Roy (André), 19; Abrand, 16; Grépinet, 12; Mlle Pichon, 29; MM. Brouet, 19,5; Schwartz, 21,5; Terver, 14; Zha, 22; de Font-Réaulx, 29.

Séance du 10 octobre. — Questions données : « Causes et symptômes de la maladie d'Addison. — Signes et diagnostic du cancer du pylore. »

MM. Kipfer, 11; Kaplan, 19; Vauclin, 13; Draillard, 10; Lemant, 23; Aubrun, 26; Limoges, 17; Dutray, 11; Prost, 27; Camus, 13.

— Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Decourt, Gutmann, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Hamburger, Michon, Soupault, Bloch, Ameline et Ravina.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Erratum.* — Dans la liste de l'internat récemment publiée (*Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 79) le nom de M. Gilbert Simon a été omis dans la liste des suppléants où il devrait occuper le n° 5 *ex æquo* avec MM. Bernard, Modrin, Nodet, Boulez, Lafon et Soustelle.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le 17 avril 1931 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE (EX-ASILE DE VINCENNES). — Concours d'internat. — Les inscriptions sont reçues à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), jusqu'au 31 octobre 1930.

Les épreuves auront lieu le jeudi 6 novembre 1930.

Les candidats déclarés aptes à l'emploi d'interne seront nommés aux places vacantes suivant l'ordre de leur classement.

Les internes de l'Asile national des convalescents sont logés et nourris dans l'établissement et reçoivent une indemnité annuelle fixée actuellement à 3.000 fr. pour la première année, à 3.300 fr. la deuxième année, à 3.600 pour la troisième.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef de l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés de Régard (Côtes-du-Nord), est vacant par suite du départ de M. le docteur Le Cuziat.

L'APPELLATION D'HOSPICES ET HÔPITAUX. — M. Fernand Chapsal, sénateur de la Charente-Inférieure, ancien président de la Commission des réparations, vient de faire adopter par le Congrès de l'Union hospitalière, qui réunissait les délégués de 248 commissions administratives, un vœu tendant à substituer à l'appellation d'hospices et hôpitaux celle de maison communale, départementale ou nationale de santé publique.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission à six emplois d'aides internes titulaires et la désignation de six aides internes provisoires, collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, aura lieu le 14 novembre 1930. Le registre d'inscription des can-

didats est ouvert dès maintenant à la préfecture de police (service du personnel). Il sera clos le 29 octobre, à midi.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur E.-L. Baude (de Douai).

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Dinguizli (de Tunis), membre correspondant de l'Académie de médecine.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le docteur Xavier Leclainche, chef de service à l'Office national d'hygiène sociale, est chargé de mission au cabinet du ministre de la Santé publique.

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Oberlé, directeur du Service de santé de la 15e région, est nommé membre du Comité consultatif de santé en remplacement de M. le médecin général inspecteur Marotte, placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le Congrès de 1931 sera présidé par M. le professeur Lambret (de Lille), le vice-président sera M. Pierre Duval.

Questions mises à l'ordre du jour :

1. *Ulcères peptiques postopératoires (pathogénie et traitement).* — Rapporteurs : MM. Gosset et Leriche.

2. *Traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.* — Rapporteurs : MM. Sénèque et Roux.

3. *Péritonites à pneumocoques.* — Rapporteurs : MM. Bréchot et Nové-Josserand.

— Le prochain Congrès aura lieu le 5 octobre 1931.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Les membres de la Société ont tenu la réunion annuelle à la Faculté de médecine de Paris, le 9 octobre.

Les cinq délégués français au Comité de la Société internationale ont été élus.

Ce sont MM. les professeurs Proust et Mathieu (Paris), Bérard (Lyon), J. Guyot (Bordeaux), Abadie (Oran).

Le prochain Congrès aura lieu à Madrid en 1932.

(Voir la suite des « Informations », p. 1466.)

CHRONIQUE

LE CONGRÈS DE STOMATOLOGIE DE VENISE
15-21 septembre 1930.

Depuis quelques années, les Congrès nationaux de stomatologie, et tout particulièrement ceux qui se sont tenus à Paris, ont réuni un nombre de plus en plus élevé de confrères étrangers : ce fait montrait bien le besoin croissant du rétablissement des relations internationales dans cette spécialité. Aussi fut-il décidé qu'en septembre 1931 se tiendrait à Budapest le premier Congrès international de stomatologie. Comme cette année, en septembre, devait avoir lieu à Venise, une réunion italienne, il fut également décidé que cette réunion, préparatoire de celle de Budapest, aurait un caractère international. Elle eut un plein succès : le nombre des adhérents présents à Venise fut en effet de 377 qui se décomptent ainsi : France, 47; Italie, 191; Allemagne, 24; Autriche, 3; Belgique, 13; Etats-Unis, 1; Hollande, 2; Hongrie, 54; Pologne, 28; Portugal, 9; Roumanie, 2; Suisse, 3.

Cent vingt-trois communications furent présentées, portant sur toutes les branches de la spécialité, aussi bien sur celles se rapportant à l'anatomie et à la physiologie, que sur les problèmes médicaux et chirurgicaux et les questions de technique que soulèvent la prothèse et l'orthodontie.

Ce Congrès, au cours duquel se tint une réunion de l'Association stomatologique internationale, marqua une tendance à présenter la stomatologie sous son aspect véritable et médical et à la différencier du désuet art dentaire. C'est ainsi que des congressistes sont venus montrer quels résultats on pouvait obtenir en envisageant, du point de vue médical, des lésions qui jusqu'à présent ne retenaient l'attention que lorsqu'elles étaient dûment constatées. De Ruyter Mayer, par exemple, est arrivé, progressivement, au cours d'observations portant sur sept années, à la suppression totale des complications de la carie dentaire, et à la réduction, dans des proportions impressionnantes, des extractions et même des obturations.

Ces précisions sont nécessaires, car il est une erreur communément répandue et qu'il convient de réfuter : cette erreur présente la stomatologie comme visant simplement à s'approprier l'art dentaire.

Or, ce dernier a pour base une erreur de principe dont les conséquences sont désastreuses. Il considère la technique comme un but; mais cette technique si perfectionnée soit-elle ne repose sur aucune donnée sérieuse. Elle s'applique à la réparation des lésions acquises, sans s'inquiéter de leur nature, se contentant de leur constatation. C'est évidemment un procédé strictement empirique, qui se borne à l'utilisation des infortunes humaines.

Ce qu'il convient de faire, et ce que désirent les stomatologistes, c'est reprendre à la base tout ce qui intéresse cette spécialité, examiner tout à la lumière des données médicales, et arriver ainsi à en créer une nouvelle qui se distinguera de l'art dentaire, comme la médecine actuelle diffère des pratiques médiévales. Cette nouvelle spécialité, connaissant l'étiologie des lésions, pourra établir une technique raisonnée pour les traiter, et surtout pourra envisager des méthodes médicales pour les arrêter dans leur évolution et même pour les prévenir.

Le Congrès de Venise a ainsi ouvert une voie féconde, et nous ne doutons pas que celui de Budapest, l'an prochain, ne s'y engage résolument et ne mette définitivement en relief le véritable visage de la stomatologie, spécialité médicale.

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 15 octobre. — Jury : MM. Delbet, président; Loeper, Chevassu et Harvier. — M. PELLÉ. Le rétrécissement de l'uretère pelvien chez la femme. — M. THOIZON. Une nouvelle réaction de la syphilis.

Samedi 18 octobre. — Jury : MM. Bezançon, président; Cunéo, Fex et Gastinel. — M. VROMET. Le traitement chirurgical des rétrécissements du rectum.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Sous la direction de P. GASTINEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

I. DERMATOLOGIE

Pathologie générale.

L'équilibre acido-basique en dermatologie. (SPILLMANN, DROUET et VÉRAIN. *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1929.) — La conclusion de cet important mémoire est que l'acidose et l'alcalose peuvent indifféremment se rencontrer dans chacune des dermatoses étudiées. Il n'y a donc pas de constante humorale pour chaque cas.

On peut dire que la peau réagit de même façon quel que soit le sens du trouble humoral.

Une confirmation est fournie par les résultats thérapeutiques excellents obtenus par les auteurs en s'efforçant de lutter contre le déséquilibre trouvé.

Les modifications de l'équilibre acido-basique réalisent un facteur très important dans la constitution du terrain favorable aux dermatoses.

Les auteurs terminent leur mémoire en étudiant les médications antagonistes à employer, soit dans l'acidose, soit dans l'alcalose.

Les phénomènes de choc dans l'urticaire. (P. VALLERY-RADOT et ROUQUÈS. *Ann. de dermat. et de syphil.*, oct. 1929.) — L'auteur étudie les phénomènes anaphylactiques dans les différents types d'urticaire : alimentaire, médicamenteuse, parasitaire, émotive, par l'effort, par le froid, etc.

Il envisage les autres manifestations colloïdoclasiques associées : migraine, asthme, coryza, etc.; les facteurs adjuvants par trouble du système vago-sympathique ou par trouble endocrinien; enfin, il passe en revue les différents traitements de désensibilisation par la peptonothérapie ou par les injections désensibilisantes.

Clinique.

Poïkilodermie et poïkilodermatomyosite. (André PETGES. *Th. de Bordeaux*, 1930; Cadoret, édit.) — La poïkilodermie est un syndrome dermatologique caractérisé par l'apparition et l'extension de troubles de coloration de la peau, érythème télangiectasique, érythème pigmenté, atrophie tendant à former des réseaux évoluant vers une sclérose épidermo-dermique avec état prurigineux. Elle peut être localisée au visage et au cou, ou généralisée.

A ce syndrome peut se combiner un nouveau syndrome *myosclérosant*, sans troubles de l'excitabilité musculaire à l'exploration électrique, montrant qu'il ne s'agit pas de phénomènes d'origine nerveuse mais bien d'ordre musculaire. C'est la *poïkilodermatomyosite* type G. Petges.

Elle a une évolution chronique indéfinie, elle s'observe surtout chez l'adulte, mais parfois chez l'enfant. Son étiologie est absolument inconnue.

L'auteur décrit avec grand soin les lésions histo-pathologiques qui sont essentiellement représentées par un œdème cellulaire de la couche basale, par l'atrophie du derme avec infiltrat de fibroblastes et de lymphocytes; par la dilatation vasculaire et enfin par des lésions de myosite avec atrophie et sclérose interstitielle. Malheureusement il n'existe pas de traitement efficace de la poïkilodermie et de la poïkilodermatomyosite.

Cette thèse remarquable apporte des documents extrêmement précieux à l'étude d'une des questions les plus intéressantes de la dermatologie.

Poïkilodermatomyosite dans la jeunesse et dans l'enfance. (G. PETGES et A. PETGES. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1930, n° 5, p. 441-452.) — Les auteurs rapportent deux observations de poïkilodermatomyosite avec atteinte sévère du système musculaire, sans troubles permettant de penser à une origine nerveuse. Ces cas évoluèrent chez des jeunes (sept ans et dix-huit ans), l'un terminé par la mort, l'autre ayant une marche sévère. La gravité de ce syndrome est plus grande avant vingt ans que chez l'adulte. Les faits rapportés ne diffèrent pas, au point de vue cutané, de la poïkilodermie, soit généralisée dans le type Jacobi, soit localisée dans le type Civatte. Poïkilodermie et poïkilodermatomyosite ne forment donc qu'un seul syndrome.

Phosphorides cutanées. (NICOLAS, GATÉ et ROUSSEL. *Ann. de dermat. et de syphil.*, sept. 1929, n° 9.) — Les lésions sont provoquées par le sesquisulfure de phosphore employé dans la fabrication des allumettes.

Le début se fait sur les régions découvertes : mains, avant-bras, conjonctives. La généralisation se produit très rapidement en vingt-quatre à quarante-huit heures. Le malade présente alors un érythème intense de tout le tégument, avec œdème de la face, malléoles, verge. De petites vésicules apparaissent sur le fond érythémateux. Par place, cette dermite prend l'aspect hémato-cyanique, pustuleux ou eczématoïde. Par endroits, il se forme de petits soulèvements épidermiques par exsudation sous-cornéenne d'emblée purulente. Sur certains points il y a nécrose superficielle.

L'existence des pustules est accidentelle.

Les muqueuses sont congestionnées.

La desquamation se fait rapidement.

L'affection devient une érythrodermie exfoliante généralisée.

Le malade répand une odeur phosphorée très marquée.

On n'observe jamais dans ces cas de troubles d'intoxication phosphorée graves.

Les auteurs ont pu réaliser expérimentalement les lésions et ont établi dans le mécanisme de l'affection le rôle de l'air, de l'eau ou de la sueur. C'est dans ces conditions que le produit subit une transformation qui le rend irritant. La prophylaxie de ces accidents consiste essentiellement à éviter les poussières de sesquisulfure de phosphore.

A cet égard, les installations d'usines doivent réaliser tous les dispositifs nécessaires.

La thérapeutique doit d'abord éviter les corps gras et recourir aux oxydants doux additionnés d'alcalins non caustiques.

Sur les dermatoses chroniques streptococciques. (SABOURAUD. *Presse méd.*, 8 janv. 1930.) — L'auteur montre



dans ce mémoire le rôle des infections chroniques streptococciques dans un très grand nombre d'états cutanés considérés jadis comme des eczémas ou des réactions diathésiques. En dehors de l'impétigo aigu banal le streptocoque détermine la perlèche, l'intertrigo rétro-auriculaire, l'impétigo chronique du cuir chevelu ou prurigo *scabida* d'Alibert, etc.

Au cours de ces manifestations chroniques peuvent survenir des épisodes aigus avec exsudation séreuse et impétigo en nappe.

Les modalités de l'infection streptococcique de l'épiderme sont très nombreuses : impétigo chronique du visage, du cuir chevelu et du cou chez la jeune fille avec inoculation accessoire à tous les plis des coudes et des jarrets; grande dermite rouge exsudative à streptocoques pouvant envahir le corps entier et se terminer par exfoliation totale; dermite chronique avec lichénification.

Il y a, dit l'auteur, des idiosyncrasies au microbe comme il y a des idiosyncrasies à tant de causes extérieures, vulnérantes, physico-chimiques. La thérapeutique des impétigos en nappe consiste à pratiquer des lotions répétées à l'eau d'Alibour et à mettre la nuit des pommades au goudron de houille au 1/10. Pour les reliquats d'impétigo on aura recours aux frictions quotidiennes et énergiques d'alcool iodé au 1/100.

A propos de la mort rapide des nourrissons au cours de l'eczéma. [Documents histo-pathologiques recueillis dans un cas récent.] (GATÉ, DECHAUME, CROIZAT et MICHEL. *Lyon méd.*, 17 nov. 1929, p. 604.) — Les auteurs ont été frappés, comme la plupart des autres observateurs, par l'analogie du tableau clinique avec les manifestations du choc anaphylactique. Ce cas apporte donc un argument en faveur de la théorie humorale pour rendre compte de la mort subite chez les petits eczémateux.

Creeping Disease. (Th. PHOTINOS. *Revue franç. de dermat. et de vénér.*, nov. 1929, p. 512.) — L'auteur publie une Revue générale très complète de cette affection attribuable à la migration sous la peau de différentes larves.

Une bibliographie détaillée accompagne l'article.

Xanthomes familiaux. (G. HUFSCHMITT et V. NESSMANN. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1930, n° 5, p. 462.) — Il s'agit d'un xanthome généralisé frappant quatre enfants sur cinq dans une famille.

Dans ces cas la cholestérine sanguine a toujours dépassé la normale. Il serait intéressant de savoir pourquoi le tissu réticulo-endothélial fixe électivement la cholestérine.

Les xanthomes familiaux se caractérisent encore par l'hypoglycémie. Le métabolisme général des graisses est également troublé, le sérum est lactescent et riche en matières grasses dont l'évolution incomplète aboutit à la cholestérine.

Le lichen plan buccal. (P. FERNET. *Paris méd.*, 18 janv. 1930.) — On ne saurait trop insister sur les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu le lichen plan de la bouche. Aussi convient-il de retenir l'intéressant travail où l'auteur décrit avec grand soin les trois variétés, en nappe, en plaque et en réseaux, et rappelle l'existence d'une forme ulcéreuse très rare.

Nous ne pouvons analyser ici les difficultés du diagnostic avec certaines leucokératoses. Parmi les traitements efficaces il faut mentionner la cryothérapie locale, la radiothérapie cervicale et les rayons ultraviolets.

Lettres du Brésil. (J. DARIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1929.) — Au retour d'une mission au Brésil, le docteur Darier rapporte ses impressions dermatologiques sur toute une série de dermatoses tropicales.

1° *Le pian.* — Endémique au Brésil, il est assez irrégulièrement distribué dans le pays. Il se présente avant tout comme une infection infantile. Elle débute dans la majorité des cas aux membres inférieurs, consécutive à des excoriations. La lésion initiale végétante et croûteuse fourmille de *treponema pallidula* qui sont localisés en surface dans l'épiderme.

Dans un délai de trois semaines à trois mois, on voit apparaître par poussées une éruption généralisée ou discrète particulièrement localisée à la face et autour des orifices. Les muqueuses sont épargnées, l'adénopathie est constante et indolente.

Légère température, céphalée, douleurs osseuses. Les éléments éruptifs, ou végétants ou roséoliques, papulo-squameux ou papulo-pustuleux, quelquefois lichénoïdes, sont habituellement prurigineux. Ces éléments éruptifs sont pendant plusieurs semaines auto-inoculables. L'immunité n'est conférée que tardivement. La réaction de Bordet-Wassermann est toujours positive dans le pian à la phase éruptive. Le diagnostic est néanmoins toujours facile avec la syphilis d'après la seule évolution clinique.

2° *Leishmaniose.* — On distingue des formes : communes, cutanées ulcéreuses, sous-cutanées noueuses, à lésions muqueuses, des formes mixtes et même impétigineuses. Les lésions cutanées sont habituellement multiples, verruqueuses ou nodulaires, essentiellement ulcéreuses, bien plus que les lésions du bouton d'Orient. Les ulcères sont orbiculaires et ont des bords largement infiltrés; 25 p. 100 des sujets ont des lésions rhino-bucco-pharyngées; une ulcération bourgeonnante irrégulière détruit le nez et la cloison, les fosses nasales sont obstruées, la lèvre supérieure, la face interne des joues, le voile sont entamés par des ulcères papillomateux ou sont creusés de petits ulcères à bords déchiquetés, les os de la face peuvent être mis à nu, mais sans formation de séquestre.

Le diagnostic doit toujours être confirmé par le laboratoire. Les frottis faits avec le produit de raclage des ulcérations peuvent montrer en abondance des *leishmania*, mais elles peuvent être rares ou absentes, leur culture est difficile à cause des infections secondaires.

Dans les coupes histologiques la recherche du parasite n'est pas toujours positive, les lésions histologiques ressemblent à celles de la syphilis.

Pour faciliter le diagnostic on a essayé l'intradermo-réaction avec des extraits de culture de leishmania. Les résultats paraissent ainsi fort intéressants.

La thérapeutique par injection intraveineuse de tartre stibié amène d'ordinaire une cicatrisation rapide des ulcérations cutanées. Les localisations muqueuses sont, par contre, parfois incurables.

3° *Blastomycoses.* — Darier donne le tableau d'ensemble auquel il a abouti en combinant la classification de Rocha-Lima et celle toute récente de Walter Trenhez (de Saint-Paul) :

a. Blastomycose en tumeurs type Curtis (1896) caractérisée par des tumeurs d'apparence sarcomateuse dues à *saccharomyces tumefaciens.*

b. Blastomycose de Busse-Buschke : infection générale donnant des tumeurs gommeuses ostéo-articulaires, dermo-hypodermiques, viscérales.

c. Dermatite blastomycétique type Gilchrist : placards cutanés ulcéro-végétants entourés d'abcès miliaires rappelant la tuberculose cutanée, relève d'une levure appelée : *cryptococcus Gilchrist.*

d. Blastomycose à *coccidioïdes immitis*, se traduit par des nodules, des abcès dermiques, des adénopathies et des ulcérations des muqueuses. Le parasite est retrouvé dans le suc des ganglions. Le parasite d'abord considéré comme coccidie a été reconnu comme champignon et dénommé *coccidioïdes immitis.*

e. La chromoblastomycose se manifeste par des élevures cutanées, des pseudo-phlegmons et des ulcères térébrants.

f. La sporocytose est une maladie chronique, fatale, endémique. On a décrit une forme viscérale qui rappelle le kala-azar, une forme analogue à la maladie de Hodking rapidement mortelle, une forme tégumentaire et muqueuse de très longue durée. Le diagnostic se fait par excision ou ponction du ganglion. L'auteur décrit le parasite qui se présente dans les tissus sous forme de corpuscules arrondis.

Les trois dernières blastomycoses décrites, endémiques au Brésil, constituent un véritable fléau.

Echec de toutes les thérapeutiques, à l'exception de quelques résultats par l'emploi de la trypaflavine.

4° *Granulome ulcéreux.* — Couramment observé au Brésil, siège aux régions inguinales et relève du *calymmato-bacterium granulomatis* Donovan.

L'auteur termine sa lettre du Brésil par des remarques sur la verruga, la lèpre, dont le traitement est assuré surtout par les éthers chaulmoogriques (injections d'alepol), sur la syphilis et sur la tuberculose. Il importe de signaler combien sont actives les mesures d'hygiène au Brésil. Les devoirs de la solidarité sociale n'y sont pas représentés comme des actes de charité mais comme le meilleur moyen de servir le pays en sauvegardant la santé de sa race.

Leishmaniose des organes génitaux. (Flaviano SILVA. *Ann. de dermat. et de syphil.*, sept. 1929, n° 9.) — L'auteur en rapporte trois cas et assure que la leishmaniose cutanée n'épargne aucune région du tégument.

Malgré leur variété il faut toujours penser aux localisations génitales pour éviter des erreurs de diagnostic.

La pseudo-pelade de Brocq. (PANAGIOTIS B. PHOTINOS. Un volume de 485 pages avec 90 figures; Maloine, édit.) — Monographie très documentée.

L'auteur montre comment s'est constitué le type morbide de la pseudo-pelade, décrit par Brocq en 1885. Il étudie le diagnostic différentiel et l'histologie de la maladie. La nature de l'infection reste mystérieuse. Aucun agent infectieux n'a été décelé.

D'après l'étude histologique faite par Civatte la pseudo-pelade s'apparente aux dermatoses toxiniques ou endocriniennes et s'éloigne des folliculites cicatricielles où les infections folliculaires semblent jouer le premier rôle.

Malgré cette opinion de Civatte, Photinos invoque plutôt une interprétation infectieuse. La question n'est donc pas résolue. Cette monographie aidera les recherches ultérieures par la bonne mise au point de la question et une abondante bibliographie.

Cas de lupus tuberculeux dû au bacille aviaire. (S. NICOLAU et M. BLUMENTAL. *Ann. de dermat. et de syphil.*, sept. 1929, n° 9.) — Très intéressant article clinique et bactériologique. C'est le premier cas de lupus déterminé par ce bacille.

Traitement.

Préparation de magnésie dans la dermatologie. (A. TRIJB. *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1929, Bd CLVII, p. 358.) — L'auteur emploie une préparation colloïdale d'hydroxyde de magnésie dans le traitement des ulcères des jambes en application locale sous forme de pommade. Il l'utilise également dans le lupus érythémateux en injection intraveineuse.

Action de la médication radio-active, thorium X sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques. (LÉRI et LIÈVRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 nov. 1929, p. 1335.) — Dans des cas de psoriasis anciens et étendus ayant résisté à des médications variées, les auteurs ont obtenu des guérisons avec le thorium X et ont remarqué aussi son action sur les arthropathies, mais il semble que ce soit surtout le rhumatisme psoriasique qui relève particulièrement de cette technique.

L'actinothérapie du psoriasis. (J. MEYER. *Bull. méd.*, 28 déc. 1929, n° 55, p. 1361.) — Les rayons ultraviolets permettent de blanchir certains psoriasis.

Avant d'entreprendre le traitement il faut étudier la sensibilité de la peau au moyen du test sensitométrique de Saïdman qui permet de déterminer le seuil. Si ce seuil est bas les phlyctènes sont facilement obtenues et les zones irradiées sont vite blanchies. Lorsque le seuil est élevé les résultats sont mauvais malgré les irradiations prolongées. On pourra essayer de sensibiliser la peau (gonacrine) ou associer les rayons aux pommades.

Le traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine. (DAINOW. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1930, n° 3.) — Au cours de ces dernières années deux moyens ont été proposés pour modifier le terrain sur lequel évoluent les ulcères variqueux : *le traitement insulinique et la sympathectomie péri-artérielle.*

Le traitement insulinique étudié par Ambard et Pautrier est basé sur la notion que l'insuline modifie la nutrition des éléments cellulaires en leur permettant une meilleure combustion et une meilleure utilisation des sucres. En somme il s'agit de suractiver, pour un tissu déficient, le métabolisme de ses hydrates de carbone. Ambard et Pautrier employèrent, tantôt l'insuline par voie hypodermique, tantôt en applications locales sur l'ulcère.

Il est aujourd'hui bien démontré que les succès ainsi obtenus ne confirment pas l'hypothèse pathogénique initiale, et il semble bien qu'il ne faille accorder à l'insuline employée localement qu'un rôle également purement local.

La sympathectomie péri-artérielle produit une vaso-dilatation à la faveur de laquelle la cicatrisation peut s'opérer, mais cette vaso-dilatation ainsi obtenue ne persiste que deux ou trois semaines environ. Aussi l'auteur a-t-il cherché à produire une vaso-dilatation prolongée par l'emploi de l'acétylcholine. Par cette méthode l'auteur a obtenu des résultats très heureux (17 guérisons sur 18; durée du traitement : environ six semaines). Cette technique ne comporte pas de contre-indication.

II. SYPHILIS

Pathologie générale.

Considérations sur la pathogénie de la neuro-syphilis et ses rapports avec la biologie du spirocheta pallida. (G. MARINESCO, O. SAGER et GRIGORESCO. *Revue neurol.*, janv. 1930.) — Les auteurs ont constaté que l'alcalinité du liquide céphalo-rachidien est augmentée dans la paralysie générale, et que la malariathérapie tend à ramener le pH à la normale. Or, la vitalité des spirochètes est plus grande dans les milieux à pH alcalin. Il est donc probable que le neurotropisme est fonction des modifications du milieu humoral et non de l'espèce du spirochète en cause.

Les lésions de la syphilis latente. (WARTHIN. *Brit. med. Journ.*, 10 août 1929, p. 236.) — Important article où l'auteur décrit les lésions silencieuses au cours des syphilis latentes. Recherche systématique du tréponème dans les viscères là où la structure histologique faisait prévoir la nature syphilitique. L'auteur estime que les tréponèmes ne disparaissent jamais d'un organisme infecté. Les sujets étaient cependant en état de guérison clinique complète.

Les deux grandes étapes de la neurosyphilis : période biologique, période clinique. (P. RAVAUT. *Presse méd.*, 26 oct. 1929.) — Dans cet article, l'auteur montre les étapes principales de toutes ses recherches bien connues.

C'est lui, sans conteste, qui a établi la notion capitale, dans l'évolution de la syphilis nerveuse, de la période préclinique. Seule la ponction lombaire permet de la déceler. C'est une véritable période d'incubation qui précède pendant de longues années souvent la phase d'éclosion révélée par le premier signe clinique.

Les réinoculations syphilitiques. (LORTAT-JACOB, ROBERTI et POUMEAU-DELILLE. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1930, n° 1, p. 2.) — Il s'agit là d'une des questions les plus controversées de la syphiligraphie. Niée ou affirmée sur les données de la clinique, la réinfection fut démontrée par une série de recherches expérimentales, notamment les toutes récentes expériences de Hashimoto sur l'homme. Tous ces travaux prouvent que la syphilis ne confère pas une immunité durable, mais la confusion a été entretenue par une mauvaise terminologie. Il importe de distinguer, d'après les auteurs, les trois cas suivants :

1° La *pseudo-réinfection* est une lésion d'origine endogène provoquée par les tréponèmes du malade qui pullulent *in situ*. Cliniquement, la lésion connue sous le nom de chancre *redux*, survient sur la cicatrice du premier accident et quelques semaines après sa cicatrisation. On peut y rencontrer des tréponèmes à l'ultra, le Wassermann est souvent négatif. Un autre aspect de la pseudo-réinfection est fourni par la syphilide tertiaire chancriforme qui est une gomme prenant tous les caractères du chancre. Il n'y a pas de ganglion et la lésion généralement ne contient pas de tréponèmes.

2° La *superinfection* est une lésion plus ou moins semblable à l'accident initial se développant en un point inoculé par les tréponèmes exogènes. Suivant l'observation de Finger et Landsteiner le tégument réagit dans les superinfections selon la période où en est la première syphilis.

3° La *réinfection* est un chancre typique après inoculation de tréponèmes exogènes et après une incubation normale chez un sujet antérieurement spécifique et que l'on peut considérer comme guéri; mais cette définition montre les conditions sévères et strictes qui doivent être requises : la première syphilis doit être incontestable; l'accident nouveau doit avoir tous les signes du chancre, contenir des tréponèmes, s'accompagner de ganglions et d'une réaction de Wassermann d'abord négative, puis positive. Mais lorsque toutes les conditions sont réunies, peut-on affirmer qu'il s'agit d'une réinfection ou d'une superinfection; or, nous n'avons aucun critérium qui permette d'affirmer la guérison de la syphilis. Est-il dès lors justifié d'opposer l'une à l'autre, réinfection et superinfection? Aussi les auteurs, se refusant à les différencier si nettement, préfèrent-ils pour les unes comme pour les autres le terme de réinoculation.

Sur la réaction d'Herxheimer. (BIZZOZERO. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1930, p. 44.) — L'auteur étudie d'abord les différentes hypothèses données sur la réaction d'Herxheimer, et reprend l'étude de la question en provoquant des érythèmes actiniques.

Pour l'auteur, la réaction d'Herxheimer provoquée par le mercure est bien due à une action spécifique sur l'exanthème syphilitique. Quand la réaction est provoquée par l'arsenobenzol il y aurait à tenir compte de l'action tréponémicide du remède et de son action vaso-dilatatrice.

Clinique.

La nature et le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques. (SÉZARY. *Bull. méd.*, 4 janv. 1930, n° 1.) — L'existence des douleurs fulgurantes n'implique pas l'activité du tabes; on peut les observer dans le tabes fixé avec liquide céphalo-rachidien normal. Elles paraissent liées, d'après l'auteur, à un processus de régénération avortée du neurone sensitif périphérique. Toute une série de causes peuvent favoriser ces troubles sensitifs. Aussi, lorsque la médication spécifique est devenue insuffisante, la thérapeutique désensibilisante pourra atténuer ces syndromes nerveux.

Méningite hérédo-syphilitique. (HEUYER et Mlle BACH. *Arch. de méd. des enf.*, 3 mars 1929.) — Intéressante observation d'un enfant de quatre ans atteint de méningite à lymphocytes avec Wassermann négatif. Antécédents familiaux syphilitiques. Traitement par la médication spécifique. Survenue à la convalescence d'une paralysie du jambier antérieur.

Granulie pulmonaire syphilitique. (GATÉ, DECHAUME et H. GARDÈRE. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 oct. 1929, p. 657.) — Forme très rare simulant la tuberculose : fièvre, dyspnée, cyanose, mort rapide. Dans les deux poumons on trouve des granulations simulant les granulations de Laennec mais dont l'étiologie et la bactériologie fixent l'origine syphilitique.

Le vitiligo de la syphilis acquise. (LACAPÈRE. *Revue franç. de dermat. et de vénér.*, 1929, nos 7-8, p. 386.) — « La plupart des syphiligraphes sont d'accord pour considérer le vitiligo, au moins dans la grande majorité des cas, comme un accident dû à la syphilis héréditaire », probablement par atteinte médullaire par le spirochète.

L'auteur pense que chez l'Européen comme chez l'Arabe il existe un pseudo-vitiligo au cours de la syphilis acquise, succédant à des lésions cutanées demeurées latentes.

Réactions humorales.

Les résultats de la IIe Conférence de Copenhague sur le séro-diagnostic de la syphilis. (MARTENSTEIN. *Dermatol. Woch.*, 18 janv. 1930.) — Pour les sérums les meilleures réactions de floculation (réaction de Kahn, de Müller et la citochol-réaction) se sont montrées égales et parfois même supérieures aux réactions de déviation les meilleures. Il faut toujours associer la réaction de Wassermann et les réactions de floculation. Pour les liquides céphalo-rachidiens, les réactions de Kahn et de Müller se sont montrées égales à la méthode de Wassermann, mais, lorsque le liquide est trouble, celle-ci conserve une légère supériorité.

Deux nouvelles réactions de floculation pour le séro-diagnostic de la syphilis : réaction de chyloméràtion de Müller et réaction d'éclaircissement de Meinicke. (R. DEMANCHE. *Presse méd.*, 8 fév. 1930.) — L'auteur expose la technique de ces deux réactions. Leur haute sensibilité est certaine. Les diverses méthodes de fixation et de floculation doivent se compléter et se contrôler.

Floculation des sérums en présence des mélanges antigènes. Teintures de résine. (DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, E. ROUX et KOSSOVITCH. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1929, n° 10.) — Importante étude sur le mécanisme de la floculation. L'addition au complexe « antigène-sérum correspondant » de résines diverses rend la floculation du sérum macroscopique et appréciable sans appareil optique. Cette méthode a été employée sur 3.000 sérums.

La réactivation de la réaction de Wassermann. (BELDING. *Amer. Journ. of syph.*, oct. 1929, n° 4.) — L'accord n'est pas fait sur la valeur de la réactivation. Beaucoup paraissent résulter des fluctuations de la technique des laboratoires. Chez 338 malades traités l'auteur a observé la réactivation par le traitement dans 3,3 p. 100 des cas. Or, dit-il, on observe à peu près la même proportion des fluctuations sérologiques en l'absence de toute cause de réactivation.

La réaction de Kahn dans le liquide céphalo-rachidien. (KAHN et DERMOTT. *Amer. Journ. of syph.*, oct. 1929, n° 4.)

— Modification de la technique primitive en faisant une saturation plus complète du liquide céphalo-rachidien par le sulfate d'ammonium afin de précipiter plus complètement les globulines.

Thérapeutique.

Les bismuths lipo-solubles dans le traitement de la syphilis. (Cl. SIMON et BRALEZ. *Ann. de dermat. et de syph.*, janv. 1930, n° 1, p. 20.) — De cette consciencieuse étude il résulte que les bismuths lipo-solubles ont la rapidité d'action des bismuths solubles dans l'eau tout en ayant, par la durée de leur action, les avantages des bismuths insolubles. D'autre part, ils sont moins agressifs pour l'organisme que les premiers et ne créent pas de dépôts intramusculaires comme les seconds. Ils constituent donc un juste milieu entre les préparations connues jusqu'ici.

Influence des diverses applications locales de la chaleur sur les accidents syphilitiques primaires et secondaires chez l'homme. (BESSEMANS, J. VERCOULLIE et R. HACQUAERT. Soc. belge de biol., in *C. R. de la Soc. de biol.*, 1929, t. CI, p. 483.) — Les auteurs ont appliqué aux lésions humaines la méthode de thermothérapie locale qu'ils ont utilisée dans la syphilis expérimentale du lapin.

Le chauffage local doit être conduit de telle façon que sans nuire aux cellules normales il abolisse la vitalité ou du moins la virulence du tréponème.

Pour cela la température doit être portée à 42 degrés pendant environ une heure.

L'aéro et la balnéothermothérapie sont avantageusement utilisées; bien appliquées elles font perdre aux lésions leur caractère contagieux.

L'agranulocytose au cours du traitement antisyphilitique. (AUBERTIN et LÉVY. *Ann. de méd.*, fév. 1930, n° 2, p. 151.) — Les auteurs élargissent le cadre de l'agranulocytose et y font rentrer des syndromes complexes où s'associent plusieurs modifications sanguines à côté de la carence granulocytaire. Ils rapportent vingt-huit observations d'agranulocytose arsenobenzolique. La maladie survient entre la quatrième et la huitième injection de la deuxième ou troisième série. Ils décrivent des formes pures, des formes frustes et des formes associées avec syndrome hémorragique et anémique isolé ou concomitant. Le rôle pathogénique principal revient, d'après eux, à l'intoxication médicamenteuse.

A propos des accidents hémorragiques dans la thérapeutique novarsenobenzolique; leur polymorphisme clinique et hématologique. (GATÉ et ROUSSEL. *Lyon méd.*, 5 mai 1929, n° 18.) — Observation d'une femme qui présente au cours d'un traitement au 914 un tableau clinique grave caractérisé par des hémorragies, une hémarthrose, des signes hématologiques, de l'hémogénie et de l'hémophilie.

Stomatite arsenicale. (G. MILIAN. *Revue franç. de dermat. et de vénér.*, avril 1929, p. 392.) — L'auteur rapporte l'observation d'une stomatite survenant après deux injections de novarsenobenzol, caractérisée par de la gingivite avec ulcération et gonflement des amygdales et adénopathies.

Milian interprète cette stomatite comme un phénomène de biotropisme, et elle guérit rapidement par la continuation du traitement.

Contribution à l'étude de la stomatite arsenicale. (Michel DENARIÉ. *Th. de Paris*, 1930; Legrand, édit.) — Cette thèse attire l'attention une fois de plus sur l'existence de la stomatite arsenicale, complication d'ailleurs rare de la thérapeutique par les arsenobenzènes. Elle peut affecter des formes d'étendue et de gravité diverses et offrir tous les aspects des stomatites ulcéro-membraneuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1930)

Variation des échanges respiratoires des poissons en fonction de la pression barométrique. — M. Louis BAUDIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

Paris, le 30 septembre 1930.

APPLICATION DE LA LOI D'ASSURANCES SOCIALES
MESURES PROVISOIRES

La Fédération des syndicats médicaux de la Seine discute actuellement avec l'Union des caisses de maladie de la Seine les conventions qui, dans le département, détermineront le mode d'application de la loi.

Certains points délicats restant en litige, les signatures n'ont pu encore être apposées.

Toutefois, étant donné que l'assurance-maladie doit fonctionner dès le 1er octobre et que les difficultés signalées recevront bientôt sans doute une solution satisfaisante, la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, désireuse de n'apporter aucun obstacle à l'application de la loi, demande aux médecins du département de soigner dès maintenant, et tant que dureront ces pourparlers, les assurés sociaux en qualité d'assurés sociaux.

Voici dans quelles conditions jusqu'à nouvel avis :

Les assurés ont le libre choix de leur médecin.

Ils ont droit : pour eux, leur conjoint et leurs enfants non salariés âgés de moins de seize ans aux prestations médicales et pharmaceutiques, dans la limite du tarif de responsabilité de la caisse à laquelle ils sont inscrits. A cet effet, la caisse leur délivre une feuille de maladie sur laquelle le médecin aura à inscrire les renseignements demandés. Jamais de diagnostic; à la colonne n° 3 (désignation de l'acte médical) le médecin portera seulement un coefficient (par exemple 1, ou 1,2 ou 1,4 suivant la nature de cet acte; ceci afin de permettre à la caisse de calculer sa part contributive).

En cas d'urgence, l'assuré est dispensé de la présentation de la feuille de maladie. Le médecin délivre alors pour la première visite ou la première consultation une attestation sur laquelle il inscrit que l'acte médical a été dispensé et payé.

Dans un cas comme dans l'autre le malade règle directement et immédiatement au médecin ses honoraires tels que ce praticien les demande ordinairement, mais sans qu'ils puissent jamais être inférieurs au tarif syndical minimum. (voir tableau page 1466). L'assuré est remboursé ultérieurement par la caisse dans les limites de sa part contributive et de ses disponibilités.

Jusqu'à nouvel avis, quel que soit l'endroit où l'assuré social se présente (dispensaires, cliniques, etc.) celui-ci ne peut être soigné en tant qu'assuré social que s'il honore son médecin au tarif syndical minimum. S'il ne peut ou ne veut le faire, il doit être traité comme il l'était avant que fonctionnât la loi, sans aucune utilisation quelconque de la feuille de maladie.

Pour l'application de la loi, le médecin rédige ses ordonnances sur papier portant lisiblement en tête son adresse, son nom, la mention A. S. (assuré social) suivie du numéro matricule de l'assuré tel qu'il figure sur sa carte d'immatriculation et sa feuille de maladie.

HONORAIRES MINIMA DE PRATIQUE COURANTE

Tableaux par prix et coefficients.

25 fr. (C. 1)

Consultation simple ou avec injection sous-cutanée ou intramusculaire.
Petit pansement.
Vaccination antivariolique, antidiphtérique ou similaire par piqûre.
Certificat de vaccination ou similaire.

30 fr. (C. 1,2)

Visite à domicile demandée pour être faite de 9 à 19 h. en semaine.
Consultation avec examen au spéculum ou application de pointes de feu ou petit massage.
Injection de sérum antitoxique préventif.
Injection intraveineuse, en série, autre que celle d'arsenobenzène.
Incision de tourniole ou abcès similaire.
Certificat délivré à titre administratif sur papier libre.

35 fr. (C. 1,4)

Suture simple par agrafes (de 1 à 3).
Cathétérisme ou dilatation, en série, de l'urètre.

40 fr. (C. 1,6) [1]

Consultation avec pose de ventouses scarifiées, prise de sang pour Wassermann ou pour tout autre examen.
Consultation avec injection intraveineuse isolée, autre que celle d'arsénobenzène.
Visite à domicile demandée pour être faite de 7 h. à 9 h. et de 19 h. à 22 h. en semaine.
Moyen pansement.
Petit pansement avec injection de sérum antitoxique préventif.
Injection intraveineuse d'arsénobenzène en série.
Injection intraveineuse isolée.
Injection sous-cutanée de sérum physiologique.
Suture multiple par agrafes (au-dessus de 3) ou suture simple par crins ou fils.
Extraction facile de corps étranger superficiel.
Tamponnement antérieur des fosses nasales.
Ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome.
Ponction d'abcès froid sans injection modificatrice.

50 fr. (C. 2)

Grand pansement.
Sutures multiples par crins ou fils.
Injection de sérum antitoxique curatif.
Hémothérapie (auto ou hétéro).
Cathétérisme isolé de l'urètre.
Incision de panaris profond ou d'anthrax.
Ponction d'abcès froid avec injection modificatrice.
Certificat sur papier timbré.

60 fr. (C. 2,4)

Visite demandée pour être faite le dimanche de 7 à 22 h.
Consultation avec confrère.

75 fr. (C. 3)

Saignée générale.
Vaste pansement.
Ponction d'hydrocèle.
Ponction répétée d'ascite.
Injection intra-utérine.

80 fr. (C. 3,2)

Visite demandée pour être faite de 22 à 7 h. du matin.

100 fr. (C. 4)

Très vaste pansement.
Ponction lombaire.
Ponction d'ascite (la 1re).
Pansement intra-utérin.
Réduction de hernie.
Traitement de l'asphyxie.

150 fr. (C. 6)

Ponction évacuatrice de la plèvre.

200 fr. (C. 8)

Certificat pour internement fait par deux médecins (coefficient 4; 100 fr. pour chacun des médecins).

500 fr. (C. 20)

Délivrance artificielle ou application de forceps demandée par une sage-femme.

1.000 fr. (C. 40)

Accouchement simple y compris les visites normales consécutives.

1.200 fr. (C. 48)

Accouchement gémellaire y compris les visites normales consécutives.
Accouchement avec application de forceps.

[1] Jusqu'au coefficient 2 exclus, une somme de 5 fr. s'ajoute au prix de l'acte médical, si celui-ci est effectué au domicile du malade.

Jusqu'à nouvel ordre, la liberté de prescription du médecin reste complète, exactement la même que dans la clientèle ordinaire. La Fédération des syndicats médicaux de la Seine manquerait cependant à son devoir si elle ne recommandait dans l'intérêt général d'éviter le gaspillage et les prescriptions inutilement onéreuses.

Dès que la convention Caisse-Fédération des syndicats médicaux de la Seine sera signée, le texte définitif en sera adressé, en double exemplaire, à chacun des médecins qui, par l'envoi d'une de ses feuilles d'ordonnance sur laquelle il inscrira les mots : « désireux de participer », nous aura fait connaître qu'il a, d'après les divers documents publiés dans les journaux syndicaux, l'intention de soigner, en principe, les assurés sociaux.

La Fédération des syndicats médicaux de la Seine :
Le secrétaire général :
Dr P. JOLLY.

Pour renseignements plus explicites, consulter le Guide pratique édité par la Confédération des syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi (VIe); 8 fr. 50 pris sur place, ou 10 fr. franco).

NOTES DE PRATIQUE

ANTISEPSIE PULMONAIRE

L'activité du camphre, menthol, eucalyptol, thymol, éther, n'est plus à démontrer. L'association judicieuse de ces différents corps réalise dans les maladies infectieuses — et tout particulièrement dans la grippe — une synergie médicamenteuse du plus heureux effet.

Si l'on se souvient des travaux récents sur les relations étroites existant entre l'intestin et le poumon, d'une part, et du rôle de l'intestin dans les infections générales de l'autre, on cherchera à prévenir les complications pulmonaires souvent si graves par une action conjuguée sur l'intestin et sur le poumon.

Le Cétémol employé par voie buccale ou par voie sous-cutanée permet d'exercer cette action conjuguée.

INFORMATIONS

(SUITE)

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DE PAUL LECÈNE. — Les amis et les élèves du professeur Lecène, désireux de perpétuer son souvenir, ont décidé de placer son effigie en médaillon à l'hôpital Saint-Louis où se sont écoulées les plus brillantes années de son activité chirurgicale.

Tout souscripteur d'une somme de 100 fr. ou au-dessus recevra une médaille de Paul Lecène.

Le Comité est composé de MM. le professeur Hartmann, président; Aubertin, Blondel, H. Bourgeois, Chauvel, de Gaudart d'Allaines, Couvelaire, Dubouchet, Fix-Masseau, Juéry, Lenormant, Leriche, Mondor, Morax, Moulonguet-Doléris, Okinczyc, Mlle S. Pommay, MM. Renon, Vaquez.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

NORD MÉDICAL (ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS DU NORD A PARIS. — *Fondation en souvenir du docteur Quivy en faveur d'un étudiant en médecine du Nord.* — Une bourse est attribuée chaque année à un étudiant en médecine de ressources modestes, originaire du Nord, si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront, avant le 1er novembre, leur demande au docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid,

à Paris (VIIIe). Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Léon Audain, ancien ministre plénipotentiaire d'Haïti, à Paris, médecin chef de l'hôpital Stell; Désir de Fortunet (de Chalon-sur-Saône); Salva, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble; Paulin Fumet, décédé subitement à Pontaillac.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (149, rue de Sèvres). — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades fera, du 3 au 8 novembre 1930, au Pavillon de la diphtérie, avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet, chef de clinique à la Faculté, Delthil, chef de laboratoire à la Faculté, et Haïk, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.

Les conférences sont publiques. Les démonstrations et exercices pratiques, sanctionnés par un certificat, seront soumis à un droit de laboratoire de 150 fr. Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Ouverture des cours le lundi 3 novembre à 10 h. 30.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 h.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE

EXAMEN. — Rarement l'inspection montre une voussure de la région cæcale, le malade n'étant pas amaigri et étant souvent météorisé. La palpation va donc révéler la tumeur. Elle sera trouvée, soit par le simple palper, soit par la classique manœuvre de Sigaud : enserrant le flanc avec la main gauche on recherche la tumeur de la main droite.

Elle siège dans la fosse iliaque droite, parfois plus haut, remontant sur le côlon ascendant et dans la région périombilicale; parfois plus bas, plongeant dans le petit bassin.

Elle est grosse comme le poing, indolore, ferme et lisse, d'une égale consistance.

Son grand axe est celui du cæcum; ses *contours* sont irréguliers; nets à droite et en bas, le bord supérieur est mal arrêté et se continue plus ou moins haut sur le côlon; le bord interne se continue insensiblement avec une masse ganglionnaire.

C'est une *tumeur mobile*, mobile longtemps sur les plans profonds, mobile toujours sur les plans superficiels. Elle semble plus mobile transversalement que verticalement.

Le toucher rectal ou vaginal permet de percevoir son pôle inférieur, surtout lorsque la tumeur est en position basse.

On complétera l'examen par : *L'examen radiologique.*

On demandera un *examen radiologique complet* du tube digestif pour examiner l'intestin à distance et rechercher les lésions associées possibles. Localement mêmes signes qu'au début mais plus nets : après repas baryté le cæcum hyperkinétique s'est vidé rapidement (cinq à six heures). Après lavement on peut préciser le siège de la tumeur cæcale, sa mobilité. L'absence de remplissage du cæcum, la diminution de sa lumière, surtout à sa partie inférieure où elle ne forme qu'un défilé tortueux mais à bords nets, donnent une pseudo-image lacunaire d'aspect spumeux.

On terminera par un EXAMEN GÉNÉRAL complet du malade, en particulier radiologique, pour rechercher une autre localisation, intestinale ou surtout *pulmonaire* : classiquement rien, mais en réalité diverses lésions discrètes peuvent s'observer (adénopathie trachéo-bronchique, pleurite ou localisations génitales).

L'état général reste cependant longtemps excellent et permet l'intervention chirurgicale. Faite dans de bonnes conditions celle-ci donne d'excellents résultats. Malheureusement la récidive à distance au niveau d'un foyer intestinal méconnu serait assez fréquente.

Si l'on n'intervient pas le malade est exposé à des *complications.*

Complications. — Complications locales :

— *Iléus* vrai (rare) et surtout iléus par invagination intestinale ;

— *Obstruction* chronique avec un syndrome stercorémique progressif;

— Plus rarement *ulcération* de la tumeur et évolution vers une tuberculose ulcéro-caséeuse;

— Enfin *phlegmon pyo-stercoral.*

Complications générales :

— Possibilité de poussées tuberculeuses pulmonaires ou de généralisation tuberculeuse mortelle.

2° Forme ulcéro-caséeuse ou entéro-péritonéale. — A l'opposé de la précédente, elle atteint des sujets porteurs d'autres lésions tuberculeuses actives, en particulier *pulmonaires.*

Anatomie. — Le bacille de Koch a frappé à la fois cæcum, iléon, péritoine qui vont s'agglutiner sous un *gâteau d'adhérences* formées de tissu fibreux au sein duquel se développent des collections purulentes. En outre des ganglions qui vont évoluer eux aussi vers la caséification. L'existence de *lésions disséminées* du tube digestif est fréquente.

A la coupe la muqueuse cæcale est *ulcérée* et on trouve dans la sous-muqueuse des abcès pariétaux.

Ce qui domine c'est, non l'évolution vers la sténose, mais vers la caséification avec comme conséquences les abcès et les fistules pyo-stercoraux.

Symptômes. — SIGNES FONCTIONNELS. — Ici encore le début est insidieux : il s'agit de douleurs vagues suivies d'un état nauséeux ou de vomissements.

Puis la *diarrhée* s'installe, diarrhée rebelle, ne cédant pas aux moyens habituels, accompagnée d'*hémorragies* ou de melæna. On peut y retrouver du bacille de Koch.

SIGNES GÉNÉRAUX. — L'ensemble de ces troubles survient chez un *tuberculeux pulmonaire connu* dont l'état général est déjà touché :

— Température souvent élevée;

— Amaigrissement, anorexie.

SIGNES PHYSIQUES. — Un signe oriente le diagnostic, c'est LE PLASTRON.

Il s'agit d'une tumeur diffuse, mal limitée, de consistance inégale, tantôt résistante, tantôt ramollie ou fluctuante. Mais surtout elle est *fixée.*

La percussion montre une matité en damier.

Le toucher rectal ou vaginal montrerait des masses occupant les culs-de-sac, attestant la pelvi-péritonite tuberculeuse, surtout chez la femme.

La radioscopie montre également des lésions diffuses.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1434.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 84. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1930. — N° 84.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE — Le jury est provisoirement composé de MM. Béliard, Mahé, Sebileau, qui acceptent ; Ruppe, Lacronique, Milian, Gornouec, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — 1° Réunion de la Commission chargée d'établir la liste des candidats admis à accomplir la 2e année de stage.

La Commission se réunira le lundi 24 novembre 1930, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le nombre des candidats admis est fixé à cinq au maximum.

2° Epreuve pratique à laquelle sont seuls admis à prendre part les candidats ayant accompli la deuxième année de stage dans les conditions prévues ci-dessous.

Cette épreuve aura lieu le jeudi 27 novembre 1930. (Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu et de l'heure de l'épreuve).

Le nombre des candidats admis est fixé à 8 au maximum.

Les candidats à la Commission de classement et à l'épreuve pratique devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du mercredi 5 novembre au mercredi 12 novembre 1930 inclusivement.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 13 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des péricardites aiguës. — Symptômes et traitement du tétanos. »

MM. Douay, 13 ; Bonnet, 19 ; Fort (Roger), 23 ; Vial, 16 ; Lande, 15 ; Picart, 21 ; Borgida, 14 ; Allilaire, 10 ; Paris, 11 ; Terrasse, 28.

— Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du service de santé de cette administration (3, avenue Victoria), avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Le 14 novembre 1930, s'ouvrira un concours pour l'admission à six emplois d'aide-interne titulaire et pour la désignation de six aides-internes provisoires collaborant au Service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (Service du personnel). Il sera clos le 29 octobre 1930, à midi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST. — La Faculté de médecine de Bucarest a été fondée par le général Davila dont on célèbre le centenaire le 17 octobre.

A cette occasion a lieu une cérémonie à la Faculté de médecine de Bucarest.

La Faculté de médecine de Paris doit être représentée par M. le doyen Balthazard et M. le professeur Marcel Labbé.

CHRONIQUE

OUVERTURE DU XXXe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE LE PRIX TAESCH

Le XXXe Congrès français d'urologie s'est ouvert la semaine dernière à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Maurice Chevassu, en présence de M. le doyen Balthazard, des professeurs Legueu, Pousson, Pierre Duval et Forgue, de M. Auvray, président du Congrès de chirurgie, et d'une très nombreuse assistance comprenant beaucoup d'étrangers parmi lesquels : MM. de la Peña, ancien président du Congrès international de Madrid; Thomson Walker, président du prochain Congrès international de Londres; J. Verhoogen, de Smeth, d'Haenens (de Bruxelles), Hooge (de Liége), Covisa, Cifuentes et Pascual (de Madrid), Swift Joly (de Londres), Alessandri (de Rome), Jungano (de Naples), Colombino (de Turin), Brongersma (d'Amsterdam), Rejsek (de Prague), dos Santos (de Lisbonne), Daniel (de Bucarest), Jacobovici (de Cluj), Wildbolz (de Berne).

Dans un magistral discours, M. Chevassu a rappelé la genèse de l'Association française d'urologie. Organisée par les élèves de Félix Guyon, désireux de se réunir tous les ans autour de leur illustre maître de Necker, elle eut pour secrétaire général Pousson (de Bordeaux) et le regretté Desnos que remplace aujourd'hui Pasteau. Créée au cours du Congrès français de chirurgie, il y a trente ans, elle fut donc dès sa naissance d'essence chirurgicale.

Après avoir rendu un hommage ému aux fondateurs de l'Association, M. Chevassu retrace en termes heureux l'histoire de l'urologie.

« L'histoire de la médecine et celle de l'urologie ont pu être présentées parfois de façon si singulière qu'il n'est sans doute pas inutile, en des solennités comme celle-ci, de soulever le voile de modestie dont nous recouvrons volontiers nos gloires les plus incontestables, et de rappeler ce que serait l'urologie, ce que serait la médecine tout entière, si dans les monuments qu'on leur élève aujourd'hui, on supprimait les pierres angulaires qu'y a apportées le génie français.

« Voyez des plateaux dénudés et mélancoliques du haut Jura, descendre un Bichat, qui après avoir « regardé la nature, au lieu de l'apprendre » meurt à trente ans, créateur de l'anatomie des tissus. Voyez, venant des landes sévères et des granits de Bretagne, son élève Laennec étudier la lésion pour en rechercher les symptômes, d'où sort toute la méthode anatomo-clinique. Voyez des plaines du Nord arriver Davaine qui, non seulement, distingue les bactéries, mais démontre leur rôle pathogène, et de la ligne bleue des Vosges, Villemin, qui prouve la contagion de la tuberculose. Les rives de la Saône ont vu naître, avec Claude Bernard, la médecine expérimentale; celles de la Loire, le drainage, avec Chassaignac; celles de *notre* Rhin, la pince hémostatique, que Kœberlé imagine à l'ombre de la cathédrale de Strasbourg, et celles de la Seine, l'asepsie chirurgicale, que crée le Parisien Terrier. Et voici dominant toutes ces têtes, pourtant si hautes, celui qui en 1922, naît en terre jurassienne, Pasteur, dont le génie a fait pour le bonheur de l'humanité plus encore que les génies du mal n'en firent, et sous nos yeux, récemment, pour son malheur.

« Quant aux maîtres de l'urologie pure, ils surgissent, eux aussi, de tous les points de notre pays. C'est du massif central que descend Civiale, pour pratiquer à Necker la première lithotritie; de Bourgogne viendra Mercier, à qui nous devons l'explorateur à boule ainsi que la sonde béquille; du Poitou, Amussat, qui montre la possibilité du cathétérisme rectiligne; de Bretagne, Maisonneuve et son urétrotome, et de Normandie, Rayer, à qui l'anatomie pathologique de l'appareil urinaire doit de ses plus belles découvertes. Paris enfin creuset d'où ont jailli tant de génies pétris ailleurs, Paris donne directement à l'urologie à la fois Le Roy d'Etiolles et le premier lithotriteur, Nélaton et la sonde souple, et surtout Désormeaux, proclamé par Nitze lui-même le père de l'endoscopie.

« Et voici que déjà la France d'Afrique joue son rôle dans l'histoire de la physio-pathologie rénale, car c'est sur elle que naît Fernand Widal, trente ans à peine après l'époque où nos grands ancêtres délivraient pour toujours la Méditerranée des pirates barbaresques, et commençaient à transformer ses rives africaines, incultes et malsaines en un impressionnant grenier d'abondance.

« Quant à Guyon, breton par tant d'ancêtres, c'est bien loin au delà des mers qu'il est destiné à voir le jour, dans une de nos Colonies les plus anciennes et les plus attachées, qui s'appelle La Réunion, comme si nous devions y voir un symbole de l'Union que ce grand Maître sut si merveilleusement réaliser entre ses élèves, dans le travail quasi familial de son Ecole, lui qui gardera sans conteste dans l'histoire le titre de « Père de l'Urologie », que lui décerna en 1908 un admirateur peu suspect puisqu'il venait de Berlin et se nommait Israel. »

Et c'est enfin une émouvante évocation d'Albarran au génie deux fois latin, dont le souvenir reste toujours vivant et très cher.

Après avoir salué les médecins étrangers et s'être associé au deuil qui frappe les collègues anglais et la Grande-Bretagne, M. Chevassu annonce que l'Association française de chirurgie a été dotée par un malade reconnaissant d'une somme de 200.000 francs qui sera utilisée pour favoriser la recherche scientifique.

En saluant le généreux donateur, l'Alsacien Etienne Taesch, M. Maurice Chevassu fait remarquer que si son geste est exceptionnel en France, il n'en a que plus de mérite.

Aussi tous les ans désormais « l'Association française d'urologie remettra à un médecin ou à un étudiant en médecine français une somme relativement importante — le prix Taesch est cette année de sept mille cinq cents francs — destinée à faciliter ses recherches. »

Notons que les travailleurs ne seront pas limités dans leurs recherches. « Ne devons-nous pas à la chimie et à la physique aussi bien qu'à la bactériologie et à l'anatomie pathologique les plus précieux perfectionnements de l'urologie moderne? »

Avant de déclarer ouverte la XXXe session, M. Chevassu termine son beau discours par un vibrant appel à l'union et à la vigilance, appel qui ne saurait laisser indifférents aucun de ceux qui ont perçu « les clameurs croissantes que nous apportent les vents d'Est »...

F. L. S.

— Le docteur Pasteau, secrétaire général de l'Association, fait ensuite l'éloge des disparus : Delagenière, Brin, Commenge, et proclame les noms des lauréats :

Prix de l'Association française d'urologie, fondé par les amis étrangers de l'Association; quinquennal (20.000 fr.) pour le Français, docteur depuis moins de quinze ans, qui aura particulièrement contribué au développement de l'urologie : M. Henri Chabanier.

Prix Etienne Taesch (7.500 fr.) : M. Jacques Delarue.

— Ensuite a commencé la discussion du rapport de M. Gérard sur *Les contusions rénales et leurs suites éloignées.*

XXXIXe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 6-11 octobre 1930 (1).

PREMIÈRE QUESTION.

Spondylite traumatique. Maladie de Kümmell-Verneuil.

Résumé du rapport de MM. Frœlich (de Nancy) et Mouchet (de Paris).

Historique. — M. H. Kümmell décrit, le premier, cette affection en 1891, au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Halle.

L'année suivante, Verneuil, qui paraît ignorer le travail de Kümmell, présente à l'Académie de médecine, en collaboration avec Fournier, une observation qu'il intitule : « Fracture de la colonne vertébrale par cause musculaire longtemps méconnue et révélée par l'apparition de douleurs névralgiques en ceinture et d'une gibbosité tardive ».

Il est donc juste de désigner cette maladie sous le nom de Kümmell-Verneuil.

La dénomination de « spondylite traumatique » a le tort de de sous-entendre une origine inflammatoire, mais elle est rapide et tend à se généraliser.

Trois éléments caractérisent le syndrome morbide en question :

I. Un traumatisme généralement peu important suivi pendant quelques jours de symptômes légers.

II. Un intervalle libre de bien-être relatif quelquefois assez long.

III. Une difformité progressive et tardive du rachis : cyphose et quelquefois scoliose avec réapparition des douleurs.

Pour Kümmell, il s'agirait d'une ostéite raréfiante; pour Heule, d'une ostéomalacie des corps vertébraux provoquée par des troubles vaso-moteurs, une hypérémie active, persistante, d'origine artérielle.

Virchow et Recklinghausen croient à une ostéite atrophiante sur base neurotique provoquée par des épanchements sanguins dans la moelle.

Mickulicz pensait qu'un hématome extra et sous-dural pouvait donner les symptômes de la spondylite par infiltration des racines et des ganglions spinaux.

Pour Kocher et Kœnig, la spondylite traumatique n'est qu'une fracture partielle du corps vertébral avec affaissement dû à une surcharge trop hâtive du cal en voie de formation.

Kümmell a renoncé à sa théorie de l'ostéite raréfiante et se range à l'opinion de Kocher et de Kœnig, ainsi du reste que Schulz, Oberst, Trendelenburg.

En France, Verneuil et Kirmisson parlent d'une fracture par tassement de la colonne vertébrale.

En 1905, Frœlich, dans la thèse de son élève Chappat, écrit : « La lésion primitive est une fracture anatomique ou histologique d'une ou plusieurs vertèbres; le mécanisme du ramollissement secondaire, qu'il soit rattaché à une irritation du cal de la fracture ou à des troubles trophiques consiste en une décalcification de l'os. Les lésions nerveuses semblent dépendre soit d'une contusion de la moelle ou d'une hématomyélie, soit d'une pachyméningite traumatique ».

Enfin, en 1930, Leriche, dans le *Lyon chirurgical*, donne son opinion sur la maladie de Kümmell. C'est pour lui un cas particulier des ostéoporoses post-traumatiques par hyperémies.

Pathogénie. — La dénomination « Kümmell-Verneuil » ne doit être donnée qu'à des affections post-traumatiques de la colonne vertébrale survenues chez des sujets indemnes de toute altération antérieure du squelette.

On ne doit pas davantage comprendre, sous cette appellation, les fractures évidentes du rachis succédant à un traumatisme important.

Ceci dit, deux opinions pathogéniques sont en présence :

a. Celle de Kümmell, qui explique les lésions par une altération trophique;

b. Celle de Verneuil qui les explique par l'existence d'une fracture.

Cette différence dans la façon de concevoir la pathogénie de cette affection n'a pas empêché les deux auteurs de donner de l'évolution clinique au tableau identique.

Verneuil parle d'une fracture de la IXe dorsale dans le cas qu'il a observé. Il n'y eut ni autopsie, ni radiographie puisque aussi bien l'observation remonte à 1892.

Kümmell parle de troubles de nutrition au sein de la vertèbre, mais ne rejette pas l'idée de fracture par tassement bien qu'il la croit exceptionnelle.

Verneuil n'est pas non plus très éloigné de l'opinion de Kümmell puisqu'il parle d' « ostéite traumatique » consécutive à des mouvements du rachis ayant amené une attrition légère d'un corps vertébral.

Schmorl (de Dresde) a publié, en 1926, de magnifiques travaux sur la question et les rapporteurs y voient comme une confirmation de la théorie de la fracture.

Sur des rachis prélevés à l'autopsie de sujets avant succombé à des traumas, Schmorl a mis en évidence, en dehors de la lésion mortelle viscérale ou rachidienne, tantôt des fractures trabéculaires siégeant sur d'autres corps vertébraux tantôt des hémorragies intra-osseuses que la clinique n'avait pu déceler huit jours après l'accident.

Dans d'autres cas, il s'agissait d'une fracture étoilée de la corticale supérieure d'une vertèbre chez un sujet mort quinze jours après le trauma.

Ces lésions étaient compatibles avec la marche. Cette marche aurait troublé plus ou moins vite la formation du cal et peu à peu le rachis se serait affaissé amenant la déformation et les symptômes médullaires tardifs.

Ces fractures des vertèbres s'accompagnent de lésions des disques intervertébraux. Ceux-ci sont aplatis et leur tissu fibreux est étiré si dans les jours qui suivent l'accident, la colonne vertébrale reçoit une certaine surcharge.

Des fissures apparaissent au niveau de la corticale sur les faces supérieures et inférieures des corps vertébraux par lesquelles des masses fibro-cartilagineuses parties des disques, pénètrent dans le tissu spongieux des vertèbres.

De ses recherches, Schmorl conclut même que des lésions graves peuvent apparaître à distance dans les vertèbres siégeant loin de la fracture.

Certains auteurs, il est vrai, notamment Harrenstein, n'accordent pas à ces nodules des corps vertébraux une importance considérable. On les aurait rencontrés souvent chez des sujets d'une vingtaine d'années. Pour ces auteurs, il s'agirait de formations congénitales, reliquat de la corde dorsale primitive.

Quoi qu'il en soit, des observations nombreuses et des recherches radiographiques patientes ont montré que la production d'une fracture ne nécessite pas toujours un traumatisme important.

L'insuffisance de ce traumatisme initial et le peu d'intensité des symptômes au début, ne doivent donc pas faire écarter l'hypothèse d'une fracture par compression ou tassement.

Le choc minime du début entraîne un déséquilibre statique de la colonne vertébrale, et celle-ci, obligée de faire face à

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir, pour la séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1522.

des conditions physiologiques nouvelles, s'adapte mal et lentement.

Il s'ensuit une série de traumatismes nouveaux, répétés, entraînant une hyperémie raréfiante suivie, à son tour, de tassement et finalement d'ossification.

« Tout traumatisme, dit Leriche, est avant tout, du point de vue biologique, un traumatisme de la motricité qui s'inscrit habituellement dans le sens d'une vaso-dilatation active ».

Toute vaso-dilatation active, en même temps qu'elle modifie notablement la nutrition et l'état du tissu conjonctif à son niveau, produit de la raréfaction du squelette.

Après un stade de résorption osseuse, un appel calcique se produit et l'ossification succède à la raréfaction.

Mais au niveau des corps vertébraux, la consolidation est lente en raison de l'abondance du tissu spongieux.

Dans ces conditions et à cause également de l'absence complète d'immobilisation de la colonne vertébrale à la suite d'un traumatisme presque toujours insignifiant, on voit évoluer la maladie, insidieusement vers la gibbosité et les troubles nerveux.

Anatomie pathologique. — Elle n'est vraiment bien connue que depuis les progrès récents de la radiographie. Elle nécessite des épreuves multiples de face et de profil.

Un cliché pris à peu de distance de l'accident montre l'intégrité des corps vertébraux.

Renouvelé six semaines plus tard, il dénonce un affaissement net des vertèbres; des stalactites osseuses de renforcement s'aperçoivent à la périphérie.

Des épreuves tirées de profil révèlent souvent des fissures et des ostéophytes en même temps qu'elles confirment l'aplatissement des corps vertébraux.

Au troisième stade de la maladie, la vertèbre est tassée surtout dans sa portion antérieure, cependant que sa face postérieure conserve sensiblement sa hauteur. Les faces supérieure et inférieure convergent en avant. L'ensemble prend l'aspect d'un coin à sommet antérieur et cette déformation est quasi pathognomonique.

D'autres altérations sont souvent visibles sous forme d'irrégularités osseuses, de bavures, d'épines, le tout probablement dû à des zones d'ossification périostique.

Exceptionnellement, comme l'a observé Frœlich, cet aplatissement en cône n'existera pas, mais à son défaut on notera des fissures étendues sur plusieurs corps vertébraux.

Parfois le cliché révélera le remplacement au sein des vertèbres du tissu spongieux par du tissu cartilagineux parti des disques voisins.

Etude clinique. — Etiologie. — La maladie de Kümmell-Verneuil est plus fréquente qu'on ne croit, et si les observations en sont relativement rares cela tient surtout à l'ignorance de l'affection.

Les sujets sont généralement des hommes jeunes entre vingt-cinq et quarante-cinq ans. Mais les adolescents et les enfants ne sont pas exempts. On a noté l'affection à cinq ans, six ans, huit ans, neuf et onze ans.

Les professions le plus souvent relevées sont celles de mineur, terrassier, débardeur.

Pendant la guerre, des cas nombreux ont dû se produire chez les soldats enfouis sous l'éboulement des abris.

Mais on a signalé d'autres mécanismes : une glissade sur le dos dans un escalier, une chute sur les ischions ou les talons, voire une violente contraction musculaire dans le dessein d'éviter un renversement en arrière.

Les accidents d'automobile fournissent un tribut toujours croissant au syndrome Kümmell-Verneuil : sujet heurtant de la tête le plafond de la voiture à l'occasion d'un cahot de la route.

Il en est de même dans les accidents de chemin de fer : hyperflexion du sujet lors du télescopage d'un wagon.

Le mécanisme ne varie pas : hyperextension du rachis ou plus souvent hyperflexion accompagnée parfois d'une inclinaison latérale.

Dans 60 p. 100 des cas la lésion siège dans la région lombaire ou dorso-lombaire. Mais elle peut aussi se rencontrer à toutes les hauteurs du rachis, voire du rachis cervical.

L'évolution comprend trois périodes :

Premier stade. — L'expression clinique est différente suivant que le traumatisme a été minime ou violent.

Dans le premier cas, le blessé s'est relevé ; il a pu marcher. Pendant quelques heures ou quelques jours il a ressenti des douleurs dans le dos, dans « les reins ».

Dans le second cas, il y a du shock avec sueurs, pâleur du visage, perte de connaissance parfois, et le sujet n'a pu se relever.

Quoi qu'il en soit, les douleurs ne manquent jamais; elles sont du type névralgique et suivent le trajet des intercostaux, des nerfs lombo-dorsaux, des nerfs des membres inférieurs.

On note des contractures, des secousses musculaires, de la parésie des jambes, exceptionnellement des troubles sphinctériens. Tout ceci est transitoire et cède après deux ou trois jours.

L'examen révèle une sensibilité à la pression au niveau des apophyses épineuses, une contracture des muscles des gouttières, mais il n'y a pas de déformations manifestes. La radiographie est négative.

Deuxième stade. — Un état de bien-être relatif s'installe; le blessé a d'ordinaire repris son travail ; et ceci peut durer plusieurs mois, un an, plus parfois.

Les douleurs ne sont pas toujours absentes dans cette seconde période, mais elles sont peu marquées et le malade les qualifie de « rhumatismes ».

Troisième stade. — Il est caractérisé par la réapparition des phénomènes douloureux, puis par celle des troubles moteurs. La marche devient souvent de plus en plus pénible et le malade consulte à ce moment. Rarement il s'est aperçu de sa déformation. Il attire l'attention du médecin sur les troubles de la sensibilité des membres inférieurs : engourdissement, fourmillements, parésie. Il se plaint souvent d'une sensation de froid ou de chaud avec tiraillement à la partie antérieure des cuisses.

A ce moment le rachis s'incurve progressivement donnant une cyphose dorsale ou dorso-lombaire à grande courbure.

Les muscles sont contractés des deux côtés de la ligne des apophyses épineuses.

Le malade se couche-t-il sur le ventre? La déformation paraît moins accusée; mais si, dans cette position, on relève la jambe la douleur en ceinture s'exagère.

A cette cyphose s'ajoute d'ordinaire un certain degré de scoliose.

Il y a diminution de l'amplitude de tous les mouvements du rachis.

Abandonnée à elle-même, l'affection guérira en dix-huit mois ou deux ans laissant comme séquelles une gibbosité et des phénomènes douloureux généralement fort atténués.

Cette évolution bénigne, somme toute, peut être modifiée par le psychisme du blessé, souvent accidenté du travail.

Parfois le pronostic est assombri à cause d'un mauvais état général ou du fait que, à distance, d'autres corps vertébraux sont lésés.

Dans ces cas, la structure du squelette se modifie, aboutissant au ramollissement, et la consolidation peut alors demander six, huit et dix ans.

Diagnostic. — Il est surtout difficile quand l'examen du malade est pratiqué très loin après l'accident.

Tel sujet souffrant depuis longtemps d'une spondylite rhumatismale incrimine facilement un accident récent.

Tel autre verra l'origine d'un mal de Pott authentique dans un effort violent fourni pendant le travail.

Au contraire, le souvenir du traumatisme initial pourra être perdu depuis longtemps et le blessé se croira atteint d'un mal vertébral récent.

Il faudra distinguer le syndrome Kümmell-Verneuil de toutes les spondylites infectieuses.

L'ostéomyélite est une affection touchant presque exclusivement les adolescents. Son allure aiguë ne saurait être confondue avec l'évolution traînante de la maladie de Kümmell.

Les spondylites typhiques qui naissent au début de la convalescence seront encore aisément distinguées.

Les infections gonococciques et syphilitiques ne sont pas toujours de diagnostic aisé, mais à la période de déformation la radiographie ne permet plus l'erreur.

La lombarthrie ou rhumatisme chronique de la région lombaire frappe des sujets de quarante à cinquante ans et réduit considérablement la mobilité du rachis. Pourtant, celui-ci se redresse complètement quand les malades sont examinés couchés. De plus, la radiographie fournit en l'espèce des renseignements précieux : vertèbres en diabolo, tassées, transparentes avec becs de perroquet sur les faces supérieures et inférieures. Un interrogatoire serré apprend qu'avant l'accident il y avait déjà de l'impotence et des douleurs.

La cyphose hérédo-traumatique de Bechterew, étudiée par Pierre Marie et Léri, peut prêter à l'erreur à cause des commémoratifs. Il s'agit d'un sujet antérieurement cyphotique par tendance personnelle ou héréditaire. Il fait une chute sur le dos ou est victime d'un traumatisme quelconque. Il souffre plus ou moins longtemps, plus ou moins violemment et sa cyphose s'accroît.

Seule la radiographie peut trancher la question. Elle donne dans le cas de maladie de Bechterew l'image d'une néoformation osseuse siégeant dans la concavité du rachis et correspondant à l'ossification pathologique du ligament vertébral antérieur commun, déchiré lors du traumatisme. Par contre, elle ne décèle rien d'anormal au niveau des corps vertébraux.

La spondylose rhizomélique est l'expression d'une ankylose sensiblement complète de la colonne vertébrale et des articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales.

Le traumatisme ne joue aucun rôle dans sa production. Elle n'aboutit pas à la gibbosité comme la maladie de Kümmell, et la radiographie révèle la soudure des lames vertébrales et l'ankylose des apophyses articulaires.

La camptocormie est plus difficile à distinguer. On note souvent, comme dans la maladie de Kümmell-Verneuil, un traumatisme initial, des douleurs, de l'inclinaison du tronc; mais il n'y a pas cet intervalle libre où s'apaisent les douleurs, entre la première et la troisième phase. Le cliché n'indique aucune variation de la forme, du volume et de l'architecture des vertèbres.

Les altérations tabétiques du rachis mises en lumière par Pape et l'ostéomalacie récemment étudiée par Lance peuvent aussi induire en erreur.

Mais la grosse difficulté réside dans la distinction de la spondylite traumatique et de la spondylite tuberculeuse.

Le mal de Pott se greffe même, exceptionnellement il est vrai, sur une spondylite traumatique. Ces faits extraordinaires mis à part, il faut reconnaître que le mal de Pott peut être précédé d'une lésion traumatique du rachis préparant le terrain ou localisant l'infection tuberculeuse, que, d'autre part, le traumatisme initial est souvent si léger qu'on est exposé à ne pas le retrouver dans les antécédents d'une spondylite Kümmell-Verneuil authentique.

Il convient dans ces cas de tout mettre en œuvre pour éclairer le diagnostic, de faire appel en particulier au laboratoire, mais surtout à la radiographie qui multipliera s'il le faut les clichés de face et de profil.

Huet cite comme exemple d'une ténacité récompensée le cas de Ludloff qui ne parvint à établir le diagnostic d'un syndrome de Kümmell-Verneuil qu'à la vingt-septième radiographie !

D'ordinaire on découvre assez vite des indices importants. Les lésions pottiques atteignent souvent plusieurs vertèbres; les disques eux-mêmes sont rarement indemnes, et les abcès ossifluents se révèlent de très bonne heure sous l'aspect d'une ombre périvertébrale, fusiforme, à contour régulier.

Pour clore ce chapitre du diagnostic, les rapporteurs passent en revue toutes les malformations vertébrales congénitales pouvant prêter à confusion, ainsi que les déformations squelettiques de l'adolescence.

Ils concluent que si l'on veut faire un diagnostic précoce et par suite raccourcir la durée des syndromes Kümmell-Verneuil il importe de radiographier systématiquement tous les sujets ayant subi un traumatisme de la colonne vertébrale si minime soit-il.

A supposer que le cliché ne montre rien d'anormal, on devra cependant surveiller le malade et le radiographier de nouveau à la moindre reprise des douleurs.

Traitement. — Il faut distinguer suivant que le malade est vu, immédiatement après l'accident ou seulement à la troisième période.

Dans le premier cas, le repos au lit soit en position ventrale, soit en position dorsale est la base du traitement. Des rouleaux de réclination ou des sangles seront placés sur la partie suspecte du rachis pour prévenir toute déformation ultérieure.

Après huit à neuf semaines, le malade pourra se lever et circuler. Le port du corset est inutile, mais on interdira les travaux pénibles ou dangereux.

Un examen à l'écran sera répété chaque mois, et quand on notera l'apparition des ossifications de soutien on considérera le malade comme guéri.

Cette thérapeutique donne 80 p. 100 de guérison complète après deux ans, sept ans, neuf ans.

Mais le plus souvent le malade se présente à une époque tardive avec une gibbosité déjà manifeste. On essaiera de corriger la déformation et on immobilisera dans un corset plâtré, ce dernier appliqué soit dans la position ventrale horizontale si la gibbosité est dorso-lombaire, soit dans la suspension si elle est située plus haut.

Le plâtre sera renouvelé tous les trois ou quatre mois pendant un an ou deux ans.

C'est là du reste la seule thérapeutique qu'on suivait autrefois avant la connaissance exacte de la maladie.

Actuellement on préconise parfois la greffe rachidienne qui donne d'excellents résultats. Elle a le double avantage de diminuer la durée de l'immobilisation et d'accélérer la consolidation de la colonne vertébrale.

C'est de Quervain qui pratiqua le premier cette greffe en 1912. Il s'agissait d'une lésion cervicale et l'épine de l'omoplate fut prise comme greffon.

Avant lui, Hadra, en Amérique avait eu l'idée de réunir par un fil métallique trois apophyses épineuses cervicales, à l'époque où Chipault en France utilisait la même technique dans le traitement du mal de Pott et de la scoliose.

Bon nombre de chirurgiens de différentes nationalités ont recours à la greffe suivant la méthode d'Albee : Elsner, Mulleder, Donati, Zamboni, Mixter, Wilson, Lecène qui préleva un large greffon aux dépens de la crête iliaque, Tavernier, Leriche.

Rapport de la spondylite traumatique avec la loi des accidents du travail. — Le médecin traitant et le médecin-expert doivent se rappeler l'importance considérable d'une radiographie faite immédiatement après tout accident ayant pu toucher la colonne vertébrale même légèrement.

Un cliché de face est insuffisant. Il peut ne montrer aucune lésion des corps vertébraux alors qu'un cliché de profil y révèle une fracture nette.

Un cliché de face peut, par contre faire croire à un tassement alors qu'il ne s'agit que d'un rapprochement de deux vertèbres. Le cliché de profil montre alors qu'il existe en réalité un intervalle normal sans le moindre aplatissement du corps de ces vertèbres.

Il sera encore très important pour l'expert de savoir différencier une spondylite traumatique de toutes autres lésions pouvant la simuler : malformations congénitales, malformations de l'adolescence, déformations professionnelles.

Il devra pouvoir éliminer les spondylites tuberculeuses, syphilitiques, typhiques, tabétiques et toute la série des spondylites ankylosantes.

La question de la durée probable du traitement lui sera souvent posée et avec elle, celle des séquelles possibles et par suite des indemnités.

Une spondylite traumatique peut guérir en quelques mois, mais elle peut aussi durer plusieurs années.

Un facteur de retard considérable dans la consolidation réside dans la mentalité spéciale du blessé faite à la fois du désir de la rente et de la crainte de souffrir à nouveau. A ce point de vue, il semble que le traitement par le corset plâtré entretienne singulièrement cette « sinistrose ».

Le taux des rentes allouées semble varier de 15 à 50 p. 100, mais quand les séquelles nerveuses s'ajoutant à la gibbosité vont jusqu'à la paraplégie, le taux de ces rentes peut atteindre 100 p. 100.

Il est curieux de rappeler que certains chirurgiens ayant souvent l'occasion de soigner des accidentés du travail ont proposé un traitement préventif de la maladie de Kümmell-Verneuil.

Schanz, en particulier, a montré tout récemment que la résistance du rachis était renforcée pendant les efforts par la paroi abdominale et même par les organes creux du ventre. D'où le conseil, pour aider à cette action de faire porter aux ouvriers travaillant durement des ceintures de toile solide, larges de 20 centimètres et faisant plusieurs fois le tour de l'abdomen.

Un autre auteur a préconisé de réduire la charge maxima des manœuvres à 60 kilos, toute charge plus forte risquant de rompre l'équilibre dynamique de la colonne vertébrale.

Enfin, Widmer voudrait qu'on apprît à tout ouvrier susceptible d'être un jour victime d'un traumatisme rachidien, qu'il est préférable de rester sur place après l'accident plutôt que de tenter des efforts dangereux pour quitter la position horizontale.

Discussion.

M. Julliard (de Genève) sur 2.000 expertises concernant des accidents de travail a vu 232 fractures de la colonne vertébrale dont il a suivi 201 cas sans avoir observé aucun cas de maladie de Kümmell authentique.

Il pense que cette affection est exceptionnelle et qu'elle est due à une immobilisation insuffisamment prolongée après une fracture légère du rachis.

M. Leriche (de Strasbourg) cite quelques cas où la fracture initiale a manqué, envisage la nature de la maladie de Kümmell et ne peut admettre la théorie de Schmorl. Le fait que des cellules cartilagineuses puissent passer des disques dans les corps vertébraux peut être un résultat mécanique mais non une cause biologique de l'affection. Cette hypothèse est en effet en contradiction avec toutes les lois bien établies de la pathologie générale.

Il est de bonne pratique d'utiliser dans le traitement une greffe ankylosante s'il y a fracture avec écrasement et dans tous les cas de Kümmell-Verneuil confirmés.

M. Michel (de Nancy) confirme par quelques cas personnellement observés, les opinions des rapporteurs. Il insiste sur le fait que la maladie de Kümmell-Verneuil, syndrome posttraumatique peut évoluer sur une colonne vertébrale déjà malade.

Le traitement opératoire est souvent indiqué. Il ne faut pas abuser du port du corset que les blessés ont tendance à garder trop longtemps.

M. Proust (de Paris) rapporte une observation fort intéressante de spondylite traumatique résultant d'un accident d'automobile et évoluant après un intervalle libre de trois mois. Le seul traitement conseillé et qui donna un excellent résultat fut la radiothérapie.

M. Oltramar (de Genève) a eu en sa possession 48 dossiers d'accidentés du travail et traités pour spondylite traumatique.

Après examen il n'a conservé que deux cas lui paraissant indiscutables.

Il en conclut que l'affection est exceptionnelle :

D'autre part il lui semble que la guérison doit s'obtenir à peu de frais. Il s'agit toujours de petits traumatismes et l'on ne voit pas bien sur quel signe on pourrait se baser pour conseiller une ostéo-synthèse précoce.

M. Gourdon (de Bordeaux) fait remarquer que le syndrome Kümmell-Verneuil s'accompagne de lésions anatomiques variables suivant les cas.

Les traumatismes par choc sur la tête provoquent une compression des vertèbres qui détermine une fracture transversale du corps vertébral bientôt suivie de tassement.

Les traumatismes directs produisent surtout de l'ostéoporose de la portion spongieuse des vertèbres, les contours restent normaux ; il n'y a pas de tassement.

Le diagnostic n'est possible qu'à la période de constitution des lésions apparentes à la radiographie.

L'aspect des vertèbres, les signes cliniques, les commémoratifs permettent de rattacher l'affection au traumatisme initial causal.

En présence d'un blessé se plaignant de douleurs vertébrales, surtout lombaires, la prudence conseille d'établir une radiographie du rachis, d'imposer une période de repos et d'assurer périodiquement un examen clinique et radiographique.

On pourrait prévenir la spondylite traumatique en n'admettant à l'exercice des métiers de force que les ouvriers dont la capacité physique aurait été éprouvée.

M. Imbert (de Marseille) possède 88 observations de fractures rachidiennes (non compris les fractures apophysaires). Sur ces 88 observations il a relevé 10 cas de spondylites traumatiques soit une proportion de 11 p. 100.

Pratiquement, les maladies de Kümmell-Verneuil peuvent se diviser en trois groupes :

1° Les cas complets cliniquement et radiographiquement. Une radiographie a été négative, au cours d'un intervalle libre, le blessé a repris son travail plus ou moins complètement; puis sont apparus gibbosité et troubles médullaires. La radiographie montre des lésions vertébrales.

2° Les cas incomplets : la radiographie n'a pas été faite après l'accident. Ce sont là les observations les plus démonstratives puisque le traumatisme a été si léger que le chirurgien n'a pas fait appel au radiographe.

3° Ce sont les cas où il semble bien que la fracture ait été méconnue. La radiographie n'a pas été faite, mais la gibbosité s'est aggravée.

A cette classification, l'auteur ajoute les remarques suivantes :

Les vertèbres touchées sont toujours comprises entre D8 et L5. Jamais de lésions cervicales ou dorso-supérieures.

La gibbosité est très variable : parfois inexistante, elle courbe d'autres fois le malade « en deux ». Scoliose et cyphose s'observent souvent.

En réalité le Kümmell-Verneuil est une fracture méconnue parce qu'elle est méconnaissable au début, dans l'état de nos connaissances actuelles en radiologie. Cependant, l'auteur a observé un cas où le rachis devient douloureux à la suite d'un simple effort.

Il convient de rapprocher cette affection, des déviations en valgus qu'on observe à la suite des fractures bimalléolaires surtout quand on fait lever le blessé trop tôt.

Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de cals malléables. Dans le Kümmell-Verneuil la situation s'aggrave parce que la fracture méconnue est insuffisamment traitée.

M. Masini (de Marseille) rappelle les trois stades de l'affection et résume la pathogénie. Arrivant au traitement, il conseille de pratiquer d'emblée une radiographie. Si l'on constate une lésion vertébrale, il ne faut pas hésiter à immobiliser pendant quatre ou cinq mois. La reprise de la marche et du travail se fera progressivement.

La plupart du temps, le diagnostic n'est fait qu'à la troisième période, lors des déformations. Le traitement devient difficile.

On s'appliquera à redresser le rachis, à assurer le maintien de la correction par un corset plâtré ou de celluloïd.

Mais l'auteur pense que le meilleur traitement est l'application d'une greffe osseuse d'Albee à tous les stades de la maladie.

M. Mencière (de Reims) rapporte un curieux cas de spondylite traumatique observé chez un jeune homme de dix-huit ans qui, chaque jour, conduisait un de ces lourds tracteurs employés en motoculture.

Le volant était trop éloigné du siège et constamment la colonne vertébrale du conducteur se trouvait en cyphose, subissant pendant des heures des secousses violentes.

La partie supérieure du rachis était ainsi projetée en avant cependant que les parties dorsales inférieure et lombaire étaient immobilisées par le bassin reposant sur le siège du tracteur.

Un syndrome Kümmell-Verneuil apparut au niveau de la Xe vertèbre dorsale.

M. Masmonteil (de Saint-Ouen) a traité trois maladies de Kümmell-Verneuil par l'ostéosynthèse vertébrale avec greffe osseuse.

La guérison fut obtenue en six mois.

Dans l'un des cas où le malade avait consulté tardivement, la guérison s'obtint avec gibbosité; la greffe avait eu une action curatrice.

Dans les deux autres cas vus au début de l'affection, l'ostéosynthèse eut un rôle préventif.

L'ostéo-synthèse a l'avantage de donner une guérison plus rapide et plus sûre.

L'auteur regrette la dénomination de « spondylite traumatique » qui laisse sous-entendre une origine inflammatoire. Il préfère celle de « spondyloporose post-traumatique » qui, sans préjuger de la pathogénie du syndrome, le rapproche des ostéoporoses observées dans l'évolution des autres fractures. Il émet des doutes sur l'action du nucleus pulposus qui n'aurait pour lui qu'un rôle purement passif.

M. Rocher (de Bordeaux) définit la spondylose traumatique un syndrome évolutif posttraumatique, caractéristique de certaines lésions rachidiennes qui sont ou des tassements immédiats, des fissures, des éclatements de la corticale du corps spongieux avec fracture interstitielle ou des altérations trophiques de celui-ci, conditionnées par un trauma antérieur.

Il adopte pour l'instant la théorie de Leriche concernant l'ostéoporose par vaso-dilatation posttraumatique.

Il n'a jamais observé « d'intervalle libre » absolu. Les diagnostics « à retardement » sont souvent l'explication des cyphoses traumatiques.

Le porte-à-faux des apophyses articulaires par inflexion du rachis après affaissement d'un corps spongieux que ne peut compenser la musculature vertébrale contracturée et dépassée dans son effort de résistance explique en grande partie, les troubles fonctionnels du syndrome.

Le traitement sera préventif : décubitus horizontal en réclination pour les lésions du rachis dorso-lombaire, suspension cervicale ou légère inclinaison pour les lésions cervico-dorsales. Immobilisation stricte pendant sept à huit semaines, puis corset amovible pendant six à huit mois.

Quand la gibbosité existe, il faut, soit conseiller le corset orthopédique en cuir en réclination pour les lésions dorso-lombaires, soit le greffon vertébral jouant le rôle de tenon comme dans les arthrodèses extraarticulaires.

Ce greffon n'a que des indications rares, et dans les cas où il est indiqué il est probable que le taux d'invalidité ne sera pas plus diminué que par le corset.

La psychothérapie joue un rôle de premier plan chez ces sujets en général « sinistrosés », pithiatiques, exagérateurs et simulateurs.

M. Judet (de Paris) a observé 7 cas de fractures frustes de la colonne vertébrale. Trois fois l'affection a évolué selon le syndrome-type de Kümmell-Verneuil.

L'immobilisation au lit doit être prolongée durant plusieurs mois.

Le port d'un corset orthopédique lui paraît nécessaire au moins pendant six mois.

M. Peugniez (de Paris) insiste sur le rôle de la radiographie dans l'établissement du diagnostic dans la maladie de Kümmell. L'épreuve radiographique est encore nécessaire au cours du traitement. Elle doit être renouvelée chaque mois. Cette méthode permet seule de juger du moment de la consolidation laquelle n'est souvent obtenue qu'en deux ans.

M. Silhol (de Marseille). Le type clinique du Kümmell-Verneuil paraît bien délimité et son traitement bien connu.

Cependant il est évident qu'en pratique le schéma ne sera pas toujours applicable.

Un traumatisme tellement banal qu'il ne sera pas question de radiographie, ou bien une radiographie négative pendant plusieurs mois sont des éventualités qui rendent l'immobilisation inacceptable par l'intéressé.

Si, d'autre part, le trauma relève de petits incidents journaliers et n'est suivi d'aucun symptôme révélateur, il ne pourra être question d'un intervalle libre qui ne saurait où commencer.

L'auteur fait remarquer que nous ne sommes pas très bien fixés sur le « pourquoi » de l'ostéoporose tardive de cette « fracture chronique » qui peut même s'observer à distance du point lésé, et aussi sur le « pourquoi » des troubles nerveux retardés.

Il rappelle que des lésions centrales ou paracentrales, radiculaires, méningitiques ou médullaires peuvent intervenir et que l'évolution posttraumatique dépend non seulement de la lésion osseuse mais aussi de ces lésions nerveuses.

Il cite à l'appui de cette hypothèse deux curieuses observations qu'il est difficile d'interpréter autrement.

M. Termier (de Grenoble) attire l'attention sur trois points spéciaux de l'histoire des traumatismes vertébraux.

Un premier est le temps de latence extrêmement long qui peut suivre une fracture méconnue, avant l'apparition des troubles nerveux : quinze ans et plus. Et il en cite deux cas personnels.

Toutes les fois où l'on peut soupçonner une lésion vertébrale la radiographie s'impose même si le traumatisme a été léger. Cette technique est suivie dans le service de M. Termier où aboutissent de nombreux accidentés d'auto, de moto, etc. Il est étonné du nombre de lésions ainsi reconnues alors que le simple examen clinique n'avait pu permettre le diagnostic.

Enfin, l'auteur insiste sur la confusion fréquente de la

spondylite traumatique et du mal de Pott. Cette confusion s'explique facilement si l'on veut bien reconnaître que la maladie de Kümmell-Verneuil ne suit pas forcément l'évolution classique. Elle s'arrête parfois à sa deuxième période et guérit sans avoir amené ni gibbosité, ni déformation, ni en un mot de signes cliniquement constatables. D'autre part, une vertèbre traumatisée aura comme une vertèbre pottique sa phase de décalcification. Aussi l'auteur a-t-il constaté maintes fois de telles erreurs, sur lesquelles on ne peut revenir en ce qui concerne la rente ou l'indemnité accordée.

(*A suivre.*) DARIAU.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PÉDIATRIE

Stockholm, 18-21 août 1930 (1).

Physiopathologie de l'état thymo-lymphatique.

(DIAGNOSTIC CLINIQUE).

M. Cesar CATTANÉO (Milan), rapporteur.

La définition du lymphatisme donnée à un développement anormal du système glangulaire visible et palpable a toujours été admise. La conception du lymphatisme a été élargie et étendue aux états exsudatifs de la peau et des muqueuses (diathèse exsudative de Czerny), à l'état thymo-lymphatique de Paltauf, et à l'état hypoplastique de Bartel.

L'amplification de la définition originale du lymphatisme et surtout le fait d'avoir placé au centre de la question l'hypertrophie du thymus ont donné lieu à une confusion d'idées. L'erreur principale repose sur le fait d'avoir considéré comme hypertrophiques des thymus parfaitement normaux, d'avoir vu une hyperfonction dans des thymus qui se révélèrent engorgés, sans se soucier de savoir si l'engorgement n'était pas dû éventuellement à un accroissement de la partie corticale, pendant que diminuaient les corpuscules d'Hassal. Il existe des variations individuelles dans le poids des thymus de sujets de même âge, même chez les jumeaux.

En ce qui concerne le tissu lymphatique et son hyperplasma, l'erreur commencée pour le thymus se répète. Nous savons bien peu de choses sur la quantité normale de tissu lymphatique de chacun des organes lymphatiques ou de l'ensemble des organes dans les différents âges et chez les différents individus; par ailleurs, l'engorgement lymphatique ne signifie pas hyperplasie du système lymphatique, en faveur de cette hyperplasie, l'engorgement du tissu lymphathique de l'anneau rhino-pharyngien, de la muqueuse intestinale ou follicule de la rate sont des arguments d'une certaine valeur.

Bien qu'il soit difficile de donner une définition de l'état thymo-lymphatique, celui-ci se manifeste en clinique par un syndrome assez facile à reconnaître, caractérisé par : la pâleur et la flaccidité de la peau, l'adiposité et le relâchement musculaire, l'engorgement des glandes phériphériques et des amygdales, l'adénoïtisme plus ou moins accentué, l'engorgement des follicules de la base de la langue (signe de Schridde), l'existence d'une rate souvent palpable, la tendance aux manifestations catarrhales des premières voies respiratoires, la faible résistance aux infections et la mort subite au cours d'une infection banale. Cette mort subite est surtout fréquente dans les deux premières années de la vie.

Parmi ces différents symptômes, le signe de Schridde se trouve 518 fois chez 4.760 enfants examinés de la naissance à l'âge de neuf ans, soit dans 11 p. 100 des cas. Chez les enfants en bas âge, les follicules étant peu apparents, il y a lieu de recourir à l'examen laryngoscopique; 20 nourrissons examinés sur 59 ont présenté ce signe de Schridde.

Ce signe se rencontra chez 52,97 p. 100 des filles et 40 p. 100 des garçons.

L'hypertrophie des amygdales se rencontre chez 297 enfants sur 4.710, soit dans 5,45 p. 100 des cas, mais chez les 518 sujets qui présentent nettement le signe de Schridde, le pourcentage des amygdales hypertrophiées se monte à 49,6 p. 100.

L'hypertrophie de l'anneau rhino-pharyngien est très fréquente dans l'enfance, mais elle n'est pas constante dans l'état thymo-lymphatique. Jusqu'à l'âge d'un an, il n'est pas rare de constater une rate un peu grosse, surtout s'il existe des signes de rachitisme, mais ce symptôme n'a de valeur que lorsqu'on peut éliminer la syphilis, la tuberculose, les troubles gastro-intestinaux répétés. On ne peut accorder de valeur à la délimination de la zone de matité déterminée par la présence du thymus.

Sur 16 enfants présentant un signe de Schridde indiscutable, on ne trouve une augmentation de l'ombre radiologique du thymus que dans deux cas. Il n'a jamais été trouvé dans ces recherches radiologiques de modification de l'ombre cardiaque. L'examen capillaroscopique donne des résultats normaux.

La délimitation du taux des lymphocytes dans 74,9 p. 100 des cas prouve qu'il n'y a pas d'excitation ou d'hyperfonctionnement du thymus dans l'état thymo-lymphatique. L'augmentation du nombre des plaquettes est en rapport avec la moindre résistance aux infections des sujets lymphatiques.

Dans 68,7 p. 100 des cas, on constate de l'éosinophilie. Celle-ci, que l'on rencontre dans la diathèse exsudatoire, confirme les rapports liant la diathèse exsudatoire à l'état thymo-lymphatique.

L'intradermo-réaction avec des préparations hormoniques de thymus et de ganglions lymphatiques ou *hormo-réaction*, l'enzymo-réaction et la réaction de d'Amato ont été recherchées.

Chez l'animal, privé de glandes à sécrétion interne et chez l'homme atteint d'hyperfonctionnement de ces mêmes glandes, une hormo-réaction positive indique un hyperfonctionnement de la glande correspondante.

Une enzymo-réaction positive doit également être interprétée le témoin d'un hyperfonctionnement glandulaire. C'est la première fois que des recherches biologiques sont effectuées dans l'état thymo-lymphatique; effectuées dans les 16 cas précités, elles ont montré, sauf chez deux jumeaux, un hyperfonctionnement lymphatique.

Il y a presque toujours concordance dans les résultats fournis par l'hormo-réaction, l'enzymo-réaction et la réaction de d'Amato.

Parmi les 518 enfants présentant un signe de Schridde évident, 105, soit 20,2 p. 100, réagissaient à la tuberculine; par ailleurs, 153, soit 29,2 p. 100, avaient été alimentés artificiellement depuis la naissance ou depuis le premier ou le second mois; tous les autres avaient été alimentés défectueusement et suralimentés.

Chez 11 enfants qui présentaient une hormo-réaction positive au thymus, qui étaient donc en état d'hyperfonctionnement, la réaction à la surrénale fut positive. Aucun de ces enfants ne réagit à la thyroïde.

Il y a une définition dans l'état hormo-lymphatique, hypofonctionnement du thymus, des surrénales et des tissus lymphatiques. Il s'agit d'une anomalie constitutionnelle et congénitale dont les manifestations sont déclenchées dans les premiers mois de la vie par la suralimentation.

Pour éviter les erreurs qui proviennent de la trop grande importance donnée, tantôt aux signes du lymphatisme, tantôt aux réactions de la peau et des muqueuses, tantôt au thymus, il vaut mieux parler de ce lymphatisme dysendocrinien.

(1) *Association de la Presse médicale française.* Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n 82, p. 1446.

Le rôle physiologique et pathologique du système thymo-lymphatique.

MM. Georges MOURIQUAND et Marcel BERNHEIM, rapporteurs.

La notion d'un appareil thymo-lymphatique semble *a priori* incontestable; cependant :

1° Du point de vue histologique, il n'est pas absolument démontré que le thymus soit un organe lymphoïde; le corpuscule de Hassal ne se trouve dans aucune autre formation lymphoïde. L'identité du thymocyte et du lymphocyte n'est pas démontrée;

2° Du point de vue histophysiologique, il est certain par contre que thymus et organes lymphoïdes peuvent être rapprochés;

3° Du point de vue biochimique, la même comparaison est légitime;

4° Du point de vue physiologique, il ne semble pas *a priori* que le thymus puisse être considéré comme un organe lymphoïde;

5° Du point de vue pathologique enfin, l'analogie des deux systèmes ne peut être établie.

Existe-t-il cependant une pathologie des états thymo-lymphatiques?

I. Le syndrome de Paltauf. Les états thymo-lymphatiques. — L'état thymo-lymphatique est constitué par les différents éléments suivants :

A. L'hypertrophie du thymus. — Elle caractérise l'état thymo-lymphatique, mais on peut la rencontrer à l'état isolé (état thymique pur).

Comment, à l'autopsie, distinguer un thymus hypertrophié d'un thymus normal? En vérité, on est très mal renseigné sur le poids d'un thymus normal, mais on sait que c'est un organe extrêmement sensible à toutes les causes susceptibles d'altérer la nutrition générale.

Le poids du thymus est fonction de la nutrition générale, et, dans certaines limites du moins, on ne peut répondre à la question de savoir si un thymus est hypertrophié ou non que d'une manière relative et en tenant compte des circonstances de la mort et de l'état de nutrition de l'enfant dans les jours qui l'ont précédée.

Comment se traduit pendant l'existence l'hypertrophie du thymus?

D'après l'opinion classique généralement adoptée par les cliniciens, au moins jusqu'à ces dernières années, la présence d'un gros thymus se caractérise par des troubles respiratoires pouvant déterminer la mort par compression, par des signes physiques, par des signes radiologiques.

Les troubles respiratoires ont été décrits par de nombreux auteurs et en particulier par Marfan; mais, en dehors de la dyspnée et de la cyanose, l'hypertrophie thymique peut se traduire par des manifestations plus exceptionnelles (aphonie, troubles de la déglutition, hoquet prolongé).

Dans les formes frustes d'hypertrophie thymique, ces troubles sont peu accentués et les réactions chimiques sont discrètes et fugaces. Ces formes sont importantes à connaître.

Les signes physiques sont d'interprétation délicate; le signe de Rehn, caractérisé par la tuméfaction de la fossette sus-sternale à maximum respiratoire, est d'interprétation difficile. Il manque souvent, et, quand il existe, on ne trouve pas toujours d'hypertrophie du thymus à l'autopsie.

Les renseignements fournis par la percussion sont aussi incertains. La percussion de la région thymique ne donne normalement que des signes peu nets, la submatité de cet organe se confondant avec celle du pédicule des gros vaisseaux.

On ne tiendra compte, au point de vue pathologique, que des matités nettes, dépassant largement celle de la fourchette du sternum.

La radiologie est le procédé d'investigation qui fournit les renseignements les plus sûrs dans le diagnostic de l'hypertrophie thymique. Il est pratiquement impossible de faire, sans de nombreuses chances d'erreurs, un diagnostic en se basant soit sur les troubles respiratoires, soit sur les signes physiques. La radiologie seule permet de l'étayer sur des bases solides. Cependant, le diagnostic d'un gros thymus est trop souvent fait sur la foi d'une image radiologique marquant un élargissement de l'ombre du médiastin supérieur au niveau de la région thymique. L'ombre médiastinale supérieure apparaît relativement élargie lorsque la radiographie est pratiquée en position couchée. Le cri (si fréquent chez le nourrisson radiographié ou radioscopé) augmente encore la largeur de l'ombre médiastinale qui peut alors simuler celle d'un gros thymus.

L'image du thymus hypertrophié n'est valable que lorsque, la radiographie étant faite l'enfant debout et en inspiration, cette image dépasse très notablement à droite et à gauche les limites de l'ombre sterno-vertébrale et même encore celle de l'ombre considérée comme normale des gros vaisseaux de la base.

Dans ces conditions, un élargissement important de l'ombre médiastinale supérieure permet de penser à l'hypertrophie thymique, mais elle peut être également donnée par une série de productions ou de modifications pathologiques survenues à ce niveau (adénopathies trachéo-bronchiques, pleurésie médiastine, tumeur du médiastin, abcès froid pottique, hypertrophie cardiaque, certaines atélectasies ou condensations pulmonaires voisines de la région).

Sans que le diagnostic d'hypertrophie thymique soit impossible, on ne saurait l'admettre avec certitude qu'après une critique sérieuse des signes fonctionnels et de l'image radiographique.

Même si un diagnostic ferme peut être porté, un problème très important demeure : le gros thymus est-il responsable des accidents observés et en particulier des troubles respiratoires, accès de suffocation avec cyanose?

A ce point de vue, il semble qu'il y ait, à l'heure actuelle, une réaction contre les idées admises autrefois. Les observations de stridor d'origine thymique guéri par les rayons X deviennent rares et beaucoup d'auteurs demeurent réservés quant à l'existence du stridor thymique.

Finkelstein écrit n'en avoir jamais observé. Aucun cas de troubles respiratoires dus à une hypertrophie du thymus n'a été relevé à la clinique de Czerny.

L'enquête personnelle des auteurs auprès de leurs collègues français et étrangers leur a montré qu'une pareille opinion n'était pas loin d'être admise par certains auteurs. D'autres, par contre, ont observé des cas indiscutables d'hypertrophie thymique avec manifestations respiratoires ayant cédé à la radiothérapie. Il y a enfin ceux pour qui tout stridor survenant chez un nourrisson doit être considéré comme consécutif à l'hypertrophie du thymus.

Personnellement, les auteurs pensent que le diagnostic d'hypertrophie du thymus peut être posé dans certains cas, mais ne doit être admis qu'avec la plus grande prudence et après avoir interprété les divers éléments cliniques, radiologiques et même thérapeutiques.

B. Une étude détaillée des autres éléments de l'état thymo-lymphatique est impossible. Certains d'entre eux sont d'ailleurs basés sur des constatations qui demeurent imprécises, telles qu'altérations portant sur l'appareil vasculaire, le système nerveux, etc.

L'hyperplasie du tissu lymphoïde est généralisée, mais elle atteint avec prédilection les follicules lymphoïdes du tube digestif et la rate. Il existe fréquemment des déformations osseuses rachitiques.

On a cherché aussi s'il existait des altérations des glandes endocrines, et en particulier du corps thyroïde. Celui-ci serait souvent augmenté de volume, mais son fonctionnement est-il troublé?

Il s'agit là de notions encore très incertaines, mais qui méritent d'être précisées. Peut-être, ainsi que l'a écrit Hammer, contiennent-elles un germe de solution de l'origine si troublante et qui donne à l'état thymo-lymphatique un si grand intérêt, celle de la mort subite.

II. Mort subite et état thymo-lymphatique. — La majorité des auteurs dénie tout rôle au thymus comme facteur de mort subite, que celui-ci agisse par compression ou par hyperthymisation. La plupart rattachent cette mort à un état spasmophile concomitant, qui n'est d'ailleurs pas toujours décelable. Sans doute des recherches ultérieures préciseront-elles les éléments de terrain complexe sur lequel évolue cette diathèse de la mort subite.

III. Etiologie et pathogénie des états thymo-lymphatiques. — Quelles que soient les incertitudes relatives au rôle du thymus dans la genèse de la mort subite, on peut donc admettre, avec la majorité des auteurs, l'existence d'une dystrophie spéciale dont les éléments essentiels sont une hyperplasie des organes lymphoïdes (avec ou sans gros thymus), un état nutritif particulier avec anémie, subhydratation *status pastosus*, fréquemment lié à la spasmophilie et, en certains cas, au rachitisme, terrain particulièrement favorable à la mort brusque et inopinée.

Il est difficile de préciser les causes de cette « constitution » particulière, on ne peut, à ce point de vue que poser des hypothèses.

Il n'est pas exagéré de dire que, chez l'enfant, et ceci d'autant mieux qu'il est plus jeune, existe un lymphatisme physiologique. Normalement, le lymphatisme physiologique s'atténue avec l'âge pour disparaître généralement chez l'adulte.

Mais, chez certains enfants, le lymphatisme, loin de suivre cette courbe régressive, ne fait que s'affirmer et s'amplifier pendant les premières années. C'est dans cette catégorie que s'observent les syndromes de Paltauf qui marquent le plus haut degré chez les nourrissons du *lymphatisme physiologique*. Mais les difficultés naissent quand il s'agit de discerner les facteurs de cette déviation lymphatique. Deux grandes théories cherchent à expliquer cet état thymo-lymphatique. La première l'attribue à un état constitutionnel, la seconde la tient pour un état acquis. Pour poser plus clairement les problèmes, on peut envisager successivement l'origine congénitale de l'état de Paltauf ou des états lymphatiques s'en rapprochant et leur origine post-congénitale.

A. ORIGINE CONGÉNITALE DES ÉTATS THYMO-LYMPHATIQUES. — Pour certains, il s'agirait d'un état constitutionnel transmis par les générateurs et lié à la constitutiou de ceux-ci; pour d'autres, cette dystrophie lymphatique doit être rattachée à des troubles ou lésions d'organes du fœtus relevant de divers facteurs dont quelques-uns semblent pouvoir être précisés. Deux facteurs infectieux doivent surtout être envisagés.

a. *L'hérédo-syphilis.* — Les auteurs sont très loin de s'entendre sur l'importance du facteur hérédo-syphilis dans la genèse de l'état thymo-lymphatique. Certains cliniciens, surtout français, l'admettent encore alors que la majorité nie son importance et même son rôle. Faut-il rejeter ce facteur? Non, car, sans qu'il soit possible de toujours l'invoquer, il nous a semblé capable d'expliquer dans nombre de cas l'origine de la dystrophie lymphatique. Dans une certaine mesure, l'hérédo-syphilis peut expliquer les manifestations essentielles de l'état thymo-lymphatique.

b. *La scrofule et l'hérédo-tuberculose.* — Certains auteurs ont rapproché la scrofule de l'état thymo-lymphatique, d'autres, au contraire, séparent ces deux états. Les recherches récentes incitent à se demander si le bacille filtrant, l'ultravirus tuberculeux ne pourrait être rendu responsable de certains états thymo-lymphatiques. Il y a matière à recherches sur ce point.

c. *Autres facteurs congénitaux.* — Nous n'avons voulu retenir parmi les facteurs possibles d'état thymo-lymphatique que l'hérédo-syphilis et l'hérédo-tuberculose, mais sans doute d'autres causes sont capables (par l'intermédiaire de troubles ou lésions endocriniens, nerveux, humoraux ou autres) de déterminer cet état.

La suralimentation, la surnutrition maternelle ont peut-être quelque influence.

B. ORIGINE POST-CONGÉNITALE DES ÉTATS THYMO-LYMPHATIQUES. — Les causes ayant agi *in utero*, surtout s'il s'agit d'infections chroniques, pourront continuer après la naissance leur action dystrophique et conduire assez rarement d'ailleurs à l'état de Paltauf. Mais on conçoit qu'après la naissance des causes morbides diverses puissent accentuer la dystrophie lymphatique en agissant sur un terrain le plus souvent prédisposé.

Parmi ces causes, une des moins contestables est la suralimentation. Elle paraît capable, non seulement d'augmenter le poids, l'hydratation, mais le volume des éléments lymphatiques de la rate et de créer la surcharge graisseuse hépatique (avec ses conséquences). Les enfants soumis à l'allaitement artificiel seraient davantage capables de faire cette obésité « pâteuse » et blanche associée ou non au rachitisme, que les enfants nourris au sein.

Parmi les causes alimentaires, il faut retenir en particulier la surhydratation par l'usage prédominant des farineux.

D'autres facteurs qui favorisent l'ostéo-lymphatisme, comme la carence solaire, pourraient être invoqués.

Conclusions. — La preuve de l'existence d'un système thymo-lymphatique n'est pas faite, mais il paraît difficile de nier l'existence d'un état thymo-lymphatique essentiellement caractérisé par l'hypertrophie du thymus, des ganglions de la rate, un état nutritif spécial souvent lié à la spasmophilie et favorable à la mort subite. Mais le rôle (et jusqu'à l'existence) de l'hypertrophie thymique dans cet état est lui-même controversé.

L'explication de la mort subite par le thymus reste difficile et douteuse et force est de demander l'explication (en l'absence de spasmophilie nette) à un obscur déséquilibre vital, à une diathèse de la mort subite, dont les éléments essentiels restent à préciser.

Quant à l'origine, les auteurs inclinent plus volontiers, au milieu des différentes théories proposées, vers un état congénital acquis *in utero*, sous l'action de facteurs variables, infectieux ou autres.

En tout cas, quelle que soit l'origine, l'enfant « thymo-lymphatique » naît avec une dystrophie spéciale, favorable à la mort brusque et inopinée.

Les questions que pose l'étude de l'état thymo-lymphatique paraissent dépasser de beaucoup celles du système thymo-lymphatique et orienter vers l'étude analytique des conditions d'un extrême déséquilibre nutritif, dont l'état de Paltauf serait l'expression la plus haute.

Discussion.

Signification physiologique et pathologique du système thymo-lymphatique. — M. E. MORS (Heidelberg). Rien de sûrement connu sur la signification essentielle du thymus. Etat lymphatique et état lymphatico-thymique ne sont que des conceptions identiques. Pour le premier, la seule caractéristique est la tendance à la réaction lymphatique; pour le second, lymphatico-thymique, c'est en outre la tendance à la mort subite, à la mort cardiaque aiguë: état cardio-thymique.

L'auteur explique cet état par une connexion étroite des nerfs thymiques avec le système nerveux intracardiaque; contrairement à des idées largement répandues, il n'y a pas lieu d'ignorer le système thymique comme tableau clinique spécial de la première enfance.

M. FINKELSTEIN (Berlin) a vu, au cours de longues observations, apparaître les premiers signes de l'état lymphatique déjà très tôt après la naissance. Plus tard, développement d'un type maigre et d'un type bouffi, avec une alimentation identique, et que d'autres enfants avaient reçue sans devenir lymphatiques.

Les mêmes causes, productrices habituelles d'anémie sans plus, déterminent chez les lymphatiques un tableau se rapprochant du type Jakseh-Hayem, dont l'aggravation sera évitée par une alimentation rationnelle.

Le syndrome postopératoire d'hyperthermie avec pâleur n'est plus jamais observé, sans doute grâce à une méthode modifiée d'alimentation.

Sur les fondements de la notion d'état thymo-lymphatique. — M. J. A. HAUMAN (Uppsala). Le lymphatisme a été considéré depuis longtemps comme la constitution organique anormale la plus banale : thymus, ganglions lymphatiques, rate, amygdales, entre autres organes. Il devrait faciliter la sensibilité aux maladies aiguës et à la mort subite dans les conditions qui n'auraient constitué aucun danger pour les êtres normaux.

L'étude d'un nombre important de thymus humains bien étudiés, chez des sujets morts d'accidents, amène l'auteur à contredire rigoureusement la doctrine classique (défendant ainsi une opinion également chère à notre collègue Apert).

Les thymus volumineux seraient des thymus sains, et la plupart des morts observées chez les enfants succédant à des maladies de plus ou moins longue durée, entraînent au contraire une involution du thymus qu'on a trop souvent envisagée comme cas normal.

M. LÖVEGREN (Helsingfors). La constitution exsudative lymphatique a une origine endogène, mais se modifie beaucoup par voie exogène. L'état thymico-lymphatique est une forme précoce de l'état exsudatif-lymphatique. Les réactions lymphatiques sont peut-être à envisager comme un processus compensateur.

Parmi les facteurs exogènes déchaînants, il faut noter électivement l'infection et les excitants alimentaires. Les enfants exsudatifs-lymphatiques ne sont pas particulièrement prédisposés à la tuberculose.

M. YLPPO ARVO (Helsingfors). Le thymus est la glande à hormones provoquant la croissance. On ne peut exactement en analyser les états d'hypo ou d'hyperfonctionnement. L'état thymo-lymphatique est l'expression partielle d'une anomalie constitutionnelle. La mort subite ne peut être expliquée ni par l'hypertrophie, ni par l'hyperfonctionnement du thymus. L'hypertrophie ne peut être démontrée avec quelque certitude que par la percussion. L'image radiologique conduit souvent à des erreurs.

M. S. MASSLOFF (Leningrade). L'état lymphatico-hypoplastique est une anomalie constitutionnelle individualisée qui est souvent liée à la diathèse exsudative ou arthritique. La plupart des enfants de deux à sept ans sont lymphatiques, et des facteurs exogènes ou endogènes peuvent les entraîner vers une anomalie constitutionnelle.

Le rôle du thymus dans cet ensemble morbide est difficile à établir, peut être inexistant ou secondaire.

Il est indispensable de soumettre les enfants à des épreuves fonctionnelles et biologiques, concernant les capacités digestives, la tonicité musculaire et cardiaque, les sécrétions rénales, les réflexes et le tonus.

L'auteur note l'influence prophylactique favorable de l'alimentation végétarienne, avec surabondance d'éléments... Il y a avantage à déduire les graisses.

Sur l'opothérapie thymique. — M. LEREBOULLET (Paris) après avoir rappelé la complexité des faits rattachés à l'état lymphatico-thymique et la nécessité de la dissocier, les altérations thymiques n'étant pas nécessairement associées aux altérations de l'appareil lymphatique, l'auteur apporte quelques précisions sur l'emploi du thymus en thérapeutique infantile. Il montre que cette opothérapie est une des formes les plus utilisables de l'opothérapie embryonnaire et paraît avoir, par voie sous-cutanée ou par ingestion, une action réelle sur la croissance et surtout sur l'évolution de l'appareil génital. Avec J.-J. Gournay, il a vu les injections d'extrait thymique agir fréquemment dans la cryptorchidie et faciliter la descente et le développement du testicule; la répétition des résultats dans des cas où l'ectopie semblait définitive empêche d'y voir une simple coïncidence. De même cette opothérapie paraît agir, dans la dysménorrhée des jeunes filles et a influencé favorablement certains cas d'aménorrhée.

L'action sur la croissance et la nutrition des jeunes enfants, plus difficile à juger, a paru nette dans quelques cas et s'est manifestée notamment dans un cas d'achondroplasie suivi depuis l'âge de six mois.

Quel que soit le mode d'action de cette opothérapie, elle semble mériter d'être plus régulièrement employée dans les troubles de croissance et de nutrition du jeune enfant, et surtout dans les troubles de l'évolution génitale.

La psychologie et la psychopathologie de l'enfance dans l'enseignement de la pédiatrie et leur application à la médecine sociale.

Rapporteur : M. N.-I. KRASNOGORSKI (Leningrade).

Considérations physiologiques. — Les questions ayant trait à la psychologie et à la psychopathologie de l'enfance sont longtemps restées dans l'ombre en raison de la difficulté des méthodes d'exploration de l'activité psychique.

Il faut rendre hommage au professeur Pavlov et à ses collaborateurs qui ont entrepris de fructueuses recherches sur la fonction des hémisphères cérébraux chez l'animal et ont découvert les lois qui régissent l'activité cérébrale.

Cependant, dans ce domaine plus que dans aucun autre, il est difficile d'appliquer à l'homme les lois tirées de l'expérimentation sur l'animal.

C'est en 1907 que l'auteur, s'inspirant des recherches expérimentales de Pavlov, et de ses études sur les réflexes conditionnés chez l'animal, élabora sa méthode personnelle lui permettant une étude physiologique systématique de l'activité cérébrale chez l'enfant. Ce réflexe conditionné se présente, en effet comme un acte de synthèse du cortex cérébral. Les réflexes conditionnés sont des réactions que l'individu acquiert dans la vie, ils sont propres à l'individu et varient avec les conditions du milieu; ils s'opposent aux réflexes inconditionnés qui sont immuables, constituant des réactions innées, propres à l'espèce, indépendantes des conditions du milieu extérieur.

C'est au moyen de ces réflexes que l'organisme entre en rapport avec le monde extérieur, dont il perçoit la plus insignifiante modification.

L'étude des réflexes conditionnés nécessite des laboratoires spéciaux, permettant un isolement complet de l'enfant. Les résultats obtenus par cette méthode conduisent à penser que le travail du cortex cérébral réalise une activité systématisée. L'activité du système de la corticalité est du point de vue dynamique en coordination étroite avec celle des systèmes sous-corticaux. Tout changement survenant dans l'activité des centres sous-corticaux retentit immédiatement sur les centres correspondants de la corticalité.

Réflexes conditionnés, déficience cérébrale et névrose. — Les méthodes physiologiques ouvrent de larges horizons à la psychopathologie, car tous les troubles cérébraux qui accompagnent les maladies du système nerveux, les névroses, se traduisent par de profonds désordres des réflexes conditionnés.

C'est dans l'idiotie que les réflexes conditionnés sont particulièrement troublés. Dans certaines formes d'idiotie, les fonctions corticales sont atteintes à un tel point que l'établissement d'un réflexe conditionné est complètement impossible. De tels individus sont complètement incapables de la moindre adaptation au milieu. Dans les formes atténuées d'idiotie, le réflexe conditionné peut être établi, mais les réponses diffèrent des réflexes habituels. Des résultats très intéressants sont fournis par l'étude des réflexes conditionnés chez les enfants atteints de troubles endocriniens. Dans les formes sévères de myxœdème, de même que dans l'idiotie, l'établissement d'un réflexe conditionné est complètement impossible. Chez les hypothyroïdiens soumis à l'opothérapie thyroïdienne, on assiste parallèlement à l'amélioration des syndromes généraux au développement progressif de l'activité cérébrale.

Le traitement thyroïdien augmente l'excitabilité, non seulement de la corticalité cérébrale, mais aussi des centres sous-corticaux.

Chez les enfants rachitiques, l'excitabilité du cortex cérébral est considérablement diminuée. Les troubles observés dans l'activité cérébrale des rachitiques n'ont cependant jamais le même degré que dans les affections précédentes; de plus, ils sont souvent temporaires.

L'étude des réflexes conditionnés fournit des résultats intéressants dans l'épilepsie ; les troubles observés sont très variés, car certains mécanismes de la corticalité sont plus touchés que d'autres. L'intensité des troubles varie avec le nombre et la fréquence des accès.

Dans l'hystérie, l'étude des réflexes conditionnés montre que le caractère fondamental de l'affection est l'extrême faiblesse du tissu nerveux. Les cellules des hémisphères cérébraux sont très faibles et facilement épuisables. La suggestibilité si caractéristique de cette névrose trouve sa raison physiologique dans les réactions paradoxales des hémisphères. La parole est, chez l'hystérique, un stimulus qui l'emporte sur une sensation visuelle. Là où par suggestion on fait apparaître une zone d'anesthésie, les réflexes conditionnés de la peau disparaissent.

L'anesthésie hystérique et les paralysies hystériques sont le résultat d'une inhibition fonctionnelle de certaines parties des hémisphères cérébraux.

Il y a chez l'hystérique perte de l'équilibre habituel entre les phénomènes d'excitation et d'inhibition.

En conclusion, la méthode des réflexes conditionnés par la constance de la reproduction des phénomènes observés sous certaines conditions, possède la valeur d'une méthode biologique.

C'est un véritable critère qui permet la mesure de l'activité psychique chez l'enfant aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique.

Les faits fondamentaux que cette méthode a mis en relief doivent être enregistrés dans les Facultés de médecine, car ils permettent au médecin de mieux comprendre tous les problèmes qui se rattachent à l'éducation de l'enfant, à l'hygiène mentale, et qui constituent pour les pédiatres un domaine dans lequel leur activité trouve un si vaste champ d'action.

Discussion.

L'enseignement de l'hygiène mentale dans les Ecoles de médecine. — MM. Margaret R. Fries (New-York). En règle générale, on ne consacre pas assez de temps dans les Ecoles de médecine à l'enseignement de l'hygiène mentale. L'hygiène mentale fait partie du domaine de la pédiatrie. Le médecin de l'enfant ne doit pas être uniquement un thérapeute, mais il doit être un hygiéniste et jouer le rôle d'un éducateur.

La névrose de la première enfance et son importance au point de vue de la médecine sociale. — M. Benjamin (Münich). On peut, dans 90 p. 100 des cas, faire remonter les névroses aux premières années de la vie, car souvent elles apparaissent dès la plus tendre enfance.

La protection de la première enfance psychopathique a été négligée jusqu'à ce jour, bien qu'elle soit d'une grande importance et susceptible de donner de bons résultats. La variabilité des dispositions naturelles est souvent sous-estimée.

Il y aurait lieu d'instituer des jardins d'enfants spéciaux, de créer dans les établissements déjà existants, pour les enfants plus âgés, des sections spéciales. Il faudrait surtout assurer la formation d'un personnel de gardes et d'éducateurs qualifiés. Il importe que la pédiatrie assume l'initiative et la direction des mesures à prendre dans ce domaine de la protection de l'enfance.

Il conviendrait de soumettre les « jardins d'enfants » à la surveillance de spécialistes et de leur adjoindre des organes consultatifs pour les questions d'éducation.

M. F. Hambrorges (Vienne). Le psychisme a une influence prédisposante dans la plupart des actions corporelles (primauté de l'âme). Déjà, dans la vie de l'enfant, le psychisme joue un rôle capital. L'amour maternel est une condition indispensable pour la santé morale et en même temps pour la santé physique de tout enfant. Son défaut a souvent des conséquences funestes dans les deux domaines et souvent pour toute l'existence.

Bien des maladies de l'enfant sont provoquées par un contact néfaste avec d'autres enfants, à l'école ou à la maison, mais elles peuvent être guéries par des maîtres convenablement éduqués ou, s'il s'agit d'affections chroniques, modifiées heureusement par l'influence des adultes de leur entourage. D'où l'importance de soins appropriés, c'est-à-dire d'une influence psychique correcte à ces petits malades.

Cette importance du psychisme entraîne la nécessité pour les médecins de s'instruire, au cours de leurs études, de la psychologie infantile pratique. La psychologie médicale a facilité le fondement scientifique de l'enseignement de l'éducation; elle a indiqué les écueils des méthodes récentes d'éducation fondées sur l'analyse spéculative et consacré la valeur des principes élaborés par l'intuition dans le cours des milliers d'années écoulées. L'éducation selon la nature peut être considérée comme un ouvrage affiné et prolongé. Ce n'est que sur des méthodes naturelles que l'éducation doit être construite et la santé d'une nation préservée.

M. S. Donner (Sibo) montre que ce sont surtout les non-médecins, ceux que leur travail dans les écoles, les garderies, établisssments d'éducation, tribunaux met en contact avec les problèmes de psycho-pathologie infantile, qui ont fourni à la question posée toute son actualité; seuls quelques médecins d'élite ont accordé à ces problèmes toute leur importance.

Il convient, pour donner aux diverses catégories d'éducateurs les notions indispensables tant théoriques que pratiques, et aussi pour leur propre développement, que les médecins accordent à la psycho-pathologie de l'enfance un intérêt que lui réservaient trop souvent les seuls psychiatres.

La collaboration harmonieuse des éducateurs et des pédiatres ne pourra être que très fructueuse dans ce domaine.

Essai d'une organisation psychoprophylactique et thérapeutique d'aide psycho-neurologique à des enfants au-dessous de trois ans. — M. F. Simson (Moscou). Depuis 1924, cette tentative a été réalisée à Moscou dans des consultations et dispensaires spéciaux. On y traite les enfants à troubles cérébraux organiques, des neuro-psychopathes et enfin les « nerveux » amenés par leur mère.

Outre l'application des traitements proprement dits, on s'évertue à modifier dans un sens favorable les conditions de milieu. Une attention particulière est accordée à la psychoprophylaxie de l'enfant dans la phase de son autosexualité et dans celle de son premier attachement à l'objet.

M. W. Wernsfedt (Stockholm) insiste également sur l'importance fondamentale de ces questions pour l'individu, la vie de famille, la vie sociale et la culture en général. Les devoirs les plus particuliers, entre bien d'autres, lui semblent être :

L'association intime des représentants de la pédiatrie, de la psychologie, de la pédagogie et de la psychiatrie;

L'extension donnée à la psychologie et à la psychopathologie de l'enfance dans l'enseignement des médecins, plus sollicités de s'intéresser à ces questions;

L'éducation des maîtres d'école en psychologie et en psycho-pathologie, leur permettant d'être des observateurs, des conseils autorisés et des propagandistes utiles.

Dans la séance de clôture, le Congrès, sur la proposition du professeur Wieland (de Bâle) a pris la décision suivante :

Le IIe Congrès international de Stockholm approuve unanimement la proposition de M. A. F. Hess (de New-York), de créer une unité et de standardiser le facteur antirachitique ou vitamine D, au point de vue thérapeutique et toxicologique.

Le Congrès approuve ensuite la proposition de la Société médicale de Bâle, et de l'Association des pédiatres suisses, présentée par l'entremise du département de la Santé de la Fédération, en juin 1930, à la section hygiénique de la Ligue des Nations. Cette proposition a pour but d'élaborer la méthode biologique la mieux appropriée assurant la détermination et le contrôle des différentes préparations de vitamine D, de valeur thérapeutique différente, et de créer ainsi une unité universelle standardisant les vitamines D.

Le Congrès a, par ailleurs, émis le vœu suivant :

« Afin de faciliter aux médecins scolaires ainsi qu'aux instituteurs l'acquisition des notions indispensables de psychologie et de psycho-pathologie infantile, et afin de rendre féconde l'action que peut exercer le médecin ou l'instituteur dans ce domaine, il serait à souhaiter que les cliniques universitaires infantiles puissent servir de centres d'enseignement et de recherche pratique pour la psychologie et la psycho-pathologie de l'enfance. »

B. WEILL-HALLÉ.

IIe RÉUNION

DE

LA FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

Bruxelles, septembre 1930.

La séance inaugurale dont nous avons rendu compte dans un précédent numéro (1) se terminait par le rapport du secrétaire général M. Pierra. En énumérant les travaux de la Fédération depuis deux ans, il mentionne la création du bulletin de la Fédération : *Acta medica latina*, et l'organisation du bureau au 101, rue de Richelieu, à Paris. Ces deux créations n'ont pu être réalisées, on doit le dire, que grâce aux heureuses initiatives et au dévouement constant de M. Pierra qui a su obtenir le généreux concours de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

L'ordre du jour de la première séance de travail appelait les rapports de MM. Baillière (de Paris) et Kohly (de la Havane), sur la *constitution d'une caisse autonome de la Fédération*. Retenons seulement que cette caisse est fondée, et que, grâce au concours précieux de nos amis belges, infatigables réalisateurs, elle est même déjà dotée.

M. Beckers (de Bruxelles) expose ses vues sur la *collaboration des Etats et des Compagnies de transport à l'organisation des Congrès médicaux*.

L'organisation de dix journées médicales belges, celle de nombreux voyages médicaux en Europe et hors d'Europe lui ont donné une expérience très grande. Il nous en fait part et nous pouvons constater que si les chemins de fer belges se montrent très libéraux, les chemins de fer français apportent encore trop de restrictions et demandent tant de paperasseries aux congressistes que beaucoup renoncent aux « faveurs » accordées.

Les droits des éditeurs des périodiques ont été ensuite étudiés par MM. Cosacesco (de Bucarest) et Gardette (de Paris). Il résulte de ces deux rapports que ces droits, comme l'avaient fait déjà remarquer il y a trois ans, MM. Ribadeau Dumas et Gardette, sont très mal protégés. Il n'y a en Europe que la loi italienne qui, à cet égard, soit complète. Et nous avons regretté très vivement que nos confrères italiens n'aient pu se rendre à Bruxelles pour prendre part à cette discussion.

Le dernier Congrès avait mis au programme de la Fédération l'*Etude d'un dictionnaire des termes médicaux* et avait chargé d'un rapport notre distingué confrère, le professeur Pierre Rondopoulos (d'Athènes), philologue remarquable, qui nous a apporté un travail considérable intéressant tous les médecins.

Le but de M. Rondopoulos est d'arriver à l'*unification* de la terminologie médicale.

« ... L'unification, dit-il, ne consiste pas seulement dans l'union de plusieurs termes synonymes en un seul, mais dans l'examen de chaque terme, qu'il soit synonyme ou non, dans l'examen de son étymologie exacte et correcte, dans l'examen de son expression, c'est-à-dire de son propre sens. Si toutes ces conditions existent le terme doit être considéré comme correct et il doit être adopté. Si, au contraire, il n'en est pas ainsi, si un terme est incorrect, soit étymologiquement, soit du point de vue de sa signification, l'unificiste est obligé de préciser les faits, de réformer son étymologie. Si cela est impossible il faut trouver ou former un autre terme plus précis, plus expressif et repousser l'incorrect. Par conséquent, l'œuvre de celui qui procède à l'unification consiste dans l'examen minutieux de chaque terme, et en cas d'incorrection il doit procéder à la formation de nouveaux termes corrects à tous points de vue. Inspirés de ces conceptions fondamentales nous avons procédé à cette unification qui, faut-il l'avouer, constitue une œuvre formidable.

« De nouveaux termes sont formés chaque jour par les divers auteurs, pour la plupart ils sont incorrects; on en trouve dans les revues, les périodiques, composés tout à fait au hasard, sans aucun examen, sans aucune étude préalable de leur étymologie, de leur propre synthèse. De la sorte l'œuvre de celui qui s'occupe de l'unification terminologique devient de plus en plus difficile.

« Cet exposé vous donne, Messieurs, une notion générale de l'état dans lequel se trouve aujourd'hui la nomenclature médicale. Il montre aussi les difficultés que j'ai rencontrées dans la réforme des termes. Ce travail énorme et minutieux a demandé beaucoup de temps. Mais il présente encore quelques lacunes qui devront être comblées. Une de ces lacunes est le manque de termes correspondants en italien (pas pour tous mais pour quelques-uns d'entre eux, les autres ayant été puisés dans le Dictionnaire de M. Luigi Ferrio (*Terminologia clinica*), en roumain et en portugais. A ce propos je demande à la Réunion de nommer un Comité qui m'aidera dans cette œuvre en me donnant les termes correspondants dans les langues en question. De la sorte la Terminologie latine serait accomplie et le Dictionnaire serait complet pour tous les pays de langue latine.

« En ce qui concerne la deuxième question, celle des *Termes néoformés*, je pense que sa résolution est des plus faciles. Tout d'abord faut-il proposer que tous les termes qui seront proposés à l'avenir soient formés basés sur la langue grecque? Si la IIe Réunion adopte l'édition sous l'auspice de la Fédération de la Presse médicale latine du *Dictionnaire de terminologie médicale unifiée*, il faudrait nommer un Comité permanent de « Terminologie médicale ». Ce Comité, constitué de trois membres des plus compétents dans la Terminologie, d'un Français, d'un Italien et d'un Grec, serait chargé de l'examen de tous les nouveaux termes qui seront proposés par les auteurs et qu'on rencontre chaque jour, ainsi qu'il a été déjà dit, dans les revues, les périodiques et les nouveaux ouvrages. Si, par exemple, un nouveau terme est correctement formé, le Comité l'adoptera et il le commu-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1429.

niquera pour approbation à la Commission du Dictionnaire de l'Académie de médecine. Si, au contraire, un terme est incorrectement composé, le Comité de la Fédération publiera ses observations dans toute la Presse médicale latine qui les publiera sous le titre *Nouveaux Termes*. De cette manière tout le monde scientifique pourra prendre note des termes incorrects et il évitera de s'en servir, tandis qu'au contraire il connaîtra le terme correct approuvé par le Comité de Terminologie et celui de l'Académie de médecine. »

Les conclusions de M. Rondopoulos ont été adoptées, et l'étude de leur exécution a été renvoyée au Comité permanent.

Ceux de nos confrères qui désireraient prendre connaissance du rapport très remarquable de M. Rondopoulos le trouveront reproduit *in extenso* dans *Acta medica latina*, le bulletin de la Fédération de la Presse médicale latine (101, rue de Richelieu, Paris).

Un certain nombre de communications ont été faites ensuite.

M. le professeur David (de Lille), a demandé *quelles sont les limites de la critique scientifique dans le domaine médical?*

Cette question est très importante non seulement pour les journaux scientifiques, mais aussi pour les médecins appelés à donner dans les sociétés savantes leur avis sur telle ou telle méthode. Elle a donné lieu à une discussion qui s'est terminée par le vote de la résolution suivante :

« La Fédération de la Presse médicale latine, réunie à Bruxelles, le 29 septembre 1930, après avoir entendu le professeur David (de Lille), décide à l'unanimité que :

1° Le droit à la critique scientifique est absolu ;

2° L'exercice de cette critique peut se faire librement, à condition qu'elle porte sur des faits scientifiques et non sur des personnes ;

3° Seule, la conscience professionnelle peut fixer les limites de cette critique;

4° Un journaliste médical ne saurait être inquiété pour un article publié dans un périodique médical, et conforme aux règles sus-énoncées. »

Une autre question a été soulevée très heureusement par le professeur David, c'est celle de la *propriété des fiches scientifiques*.

Nos lecteurs n'ont pas oublié que notre éminent collaborateur Me Ribadeau Dumas a traité ici même (*Gaz. des hôpit.*, 1929, nos 20 et 25) cette importante question en commentant avec force un jugement du tribunal civil de la Seine du 5 décembre 1928. Ce jugement refusait à un médecin d'assurance la propriété des fiches scientifiques réunies par lui à l'occasion de ses fonctions.

A propos d'un nouvel aspect de la question le professeur David fait un exposé très documenté après lequel l'assemblée décide à l'unanimité :

« Qu'un médecin a le droit intégral de baser ses travaux scientifiques sur les fiches qu'il établit dans son service (hôpital ou dispensaire), sur des malades qui lui sont envoyés par des confrères, — que, s'il a le devoir de communiquer aux dits confrères, les renseignements qu'il a recueillis, il a toute liberté de les publier comme bon lui semble, sous la seule réserve de sauvegarder le secret professionnel. »

L'assemblée avant de se séparer entendit encore des communications de M. Marique (de Liége) *sur l'organisation d'un fonds médical national*, du docteur Watry (d'Anvers) *sur les rapports des journaux médicaux avec les organismes de publicité*, du docteur Chavanne (de Lyon) *sur l'organisation des Congrès*.

En clôturant ses travaux, la Fédération sur l'invitation de M. le professeur Ricardo Horno Alcorta, président de l'Association de la presse médicale espagnole, a décidé que sa troisième réunion aurait lieu en 1932 à Saragosse.

A l'issue de la dernière séance les Congressistes se rendirent à la colonne du Congrès où ils furent reçus par un officier supérieur, délégué par le ministre de la Défense nationale. Après s'être recueillis un instant ils déposèrent une gerbe de fleurs sur la tombe du soldat belge inconnu.

Les fêtes et réceptions. — Tous les confrères qui sont les habitués des Journées médicales belges connaissent le faste et la cordialité de l'hospitalité que veulent bien nous réserver

nos confrères belges. A cet égard le président Delcourt, nos amis René Beckers et Jacques Rosenthal se sont encore surpassés et nous demeurons pleins de gratitude pour les attentions si amicales qui nous ont été prodiguées avec la plus souriante des bonnes grâces.

Les fêtes du Centenaire battaient encore leur plein. Nos amis de Bruxelles n'ont pas manqué de nous faire assister au curieux défilé lumineux et surtout à l'Ommegang, le prodigieux cortège historique reconstituant l'entrée de Charles Quint à Bruxelles.

Que dire encore des réceptions officielles ou privées qui furent brillantes et charmantes.

Une mention spéciale doit être réservée au très beau banquet officiel qui eut lieu à l'Astoria, sous la présidence de M. Maurice Vauthier, ministre des Sciences et des Arts. A ses côtés avaient pris place S. E. le comte de Peretti de la Rocca, ambassadeur de France, qui ne cessa de donner aux congressistes français des marques de bienveillant intérêt, LL. EE. l'ambassadeur d'Espagne et les ministres de la République Argentine, de la Roumanie, de Colombie, du Mexique, de Serbie, MM. Loeper et Delcourt, J. Demoor, van de Meulebroeck, premier échevin.

Après le toast à LL. MM. et l'exécution de la *Brabançonne*, M. Vauthier, avec son esprit et son amabilité habituels, souhaite la bienvenue aux latins réunis à Bruxelles et leur adresse tous ses vœux pour la réussite de leurs travaux.

M. Delcourt, dans des termes profondément émouvants, parle du génie latin et dit son amour pour la France. M. Loeper, enfin, remercie nos confrères belges, et au nom de toutes les nations latines il exprime à la noble Belgique les sentiments d'admiration, de respect et d'affection qu'elle a su inspirer dans le monde entier.

La Journée d'Anvers. — Le 30 septembre, l'infatigable Beckers nous avait préparé une excursion à Anvers où nous reçurent les délégués du Cercle médical ayant à leur tête le docteur Moorkens, président, le docteur L. Reusens. Sous la direction du docteur de Mets, le plus érudit et le plus charmant des guides, on visita le musée Plantin et la cathédrale. A l'exposition, le président du Comité d'organisation nous reçut officiellement.

Après la visite de l'admirable exposition de l'art flamand on entendit une remarquable conférence du professeur Tricot-Royer (de Louvain) sur la sépulture des premiers ducs de Brabant à l'abbaye d'Afflighem.

Le dîner du soir donna l'occasion aux congressistes de dire à leurs confrères belges toute leur gratitude. C'est ce que firent M. Rondopoulos, en grec, M. Horno Alcorta, en espagnol, M. Jacobovici, en roumain, le professeur Domiguez en français. Enfin, M. le professeur Forgue, en un toast d'une grande élévation de pensée, traduisit en termes émouvants les sentiments des Français. F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1930)

Visite de médecins argentins. — Un certain nombre de médecins argentins assistent à la séance. Ce sont MM. les professeurs Eliseo Canton, président perpétuel de l'Académie de médecine de Buenos-Aires; Faustino Trongé, membre de l'Académie de médecine; Arturo Molina, de l'Ecole d'odontologie; les docteurs Paul Pietranera, Enrique Adalid et Florencio Escardo, médecins des hôpitaux; José R. Gonzalez, président du Centre des étudiants en médecine.

M. le Président leur souhaite la bienvenue, et les invite à prendre séance.

En remerciant le président, M. le professeur Canton rappelle que l'Académie de médecine de Buenos-Aires fut fondée en 1830 sur le modèle de l'Académie de médecine de Paris, et qu'elle reçut souvent la visite de médecins français. En terminant il évoque avec émotion le souvenir de son maître Widal.

A propos du procès-verbal. — M. Pinard demande que soit renouvelée la Commission désignée jadis pour la revision de la loi Roussel.

De l'invisibilité dans la radiographie de calculs vésicaux uriques et ses conséquences. — M. Pierre Bazy. L'invisibilité possible des calculs vésicaux uriques dans la radiographie de la vessie, quelle qu'en soit la cause, doit être une notion classique : sa méconnaissance peut avoir des conséquences graves.

M. Bazy apporte à ce sujet une observation très curieuse. L'affirmation, à la suite d'une radiographie de l'absence de tout calcul vésical, a permis l'installation d'une cystite violente avec douleurs intolérables qui a nécessité l'opération de la taille alors que les calculs vésicaux, du reste diagnosticables sans radiographies, eussent pu être traités par la lithotritie avec maximum de succès et minimum de temps.

Au reste, l'opération faite sur un homme de soixante-dix-neuf ans à l'anesthésie locale a guéri très rapidement.

L'examen médical des chauffeurs. — On n'a pas oublié que M. Fiessinger puis M. Hayem ont déjà saisi l'Académie de cette question. Une Commission fut même nommée pour l'étudier. M. Morax apporte aujourd'hui les conclusions de cette Commission.

« En raison des difficultés d'application immédiate des mesures précédemment envisagées, l'Académie demande qu'un examen médical soit imposé au moins à toute personne ayant été l'objet d'une poursuite judiciaire avec condamnation afin de déterminer les tares physiques ou psychiques du conducteur du véhicule. Elle réclame d'une manière formelle que tout conducteur soit pourvu d'un livret sur lequel seraient inscrites les condamnations ou contraventions, ainsi que l'examen médical, ce qui entraînerait suivant le cas le retrait du permis de conduire. »

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

Le pèlerinage musulman de la Mecque en 1930. — M. Dinguizli (de Tunis) rappelle les mesures adoptées l'an dernier sur sa proposition par l'Académie, et dont l'incendie du steamer *Asia* a montré l'importance.

Il indique de nouvelles améliorations à faire, il prévoit en particulier l'organisation d'œuvres de bienfaisance au Hedjaz sous la forme de caravansérails et de dispensaires placés sous la direction d'un médecin musulman nord-africain formé dans les universités françaises.

L'Académie, après avoir écouté avec attention la communication très documentée de M. Dinguizli, la renvoie à l'examen d'une Commission composée de MM. Vaquez, Léon Bernard et Renault.

Les dystrophies inapparentes. — M. Mouriquand (de Lyon). Certaines dystrophies d'origine alimentaire se présentent au clinicien, soit sous l'aspect d'états de carence vraie avec signes caractéristiques, soit, plus souvent peut-être, sous l'aspect d' « états de précarence » caractérisés par des signes « a minima » que seuls les procédés techniques les plus précis et les plus nouveaux permettent de déceler. Mais l'auteur montre qu'il peut exister des « dystrophies inapparentes » que ne révèle aucun signe, même fruste, mais qui sous l'action de facteurs divers (suralimentation, infection, extrait thyroïdien) peuvent passer de cet état « inapparent » à l'état « apparent » classique. L'étude de ces états de dystrophie inapparente met en lumière l'existence des déséquilibres nutritifs parfois graves pouvant exister derrière une « façade » de bonne santé.

La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. — MM. Ledoux et Baufle. M. Carnot donne lecture de cet intéressant travail qui a trait à seize cas de fièvre ondulante d'origine bovine. Des cas analogues ayant été signalés en divers points du territoire, M. Carnot insiste sur l'importance que présenterait une étude d'ensemble.

L'Académie désigne MM. Carnot, Barrier, Vallée et Marchoux pour faire partie d'une Commission qui étudiera cette question.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT. 17 RUE CASSETTE

N° 85. — MERCREDI 22 OCTOBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 22 OCTOBRE 1930. — N° 85.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — Le jury est définitivement composé de MM. Béliard, Mahé, Ruppe, Sebileau, Gornouec, Lacronique, Milian.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 16 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la cirrhose de Laennec. — Diagnostic des hydarthroses du genou. »

MM. Jones, 10; Capandji, 24; Boyer, 15; Rélier, 24; Sabourin, 19; Mlle Faguière, 24; MM. Gelbart (L.), 10; Pérachon, 19,5; Bardin, 12; Catonné, 16,5.

— PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Tinel, Brouardel et Weissenbach, qui acceptent; Vaquez, Lelong, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Decourt, qui accepte; Binet, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est provisoirement composé de MM. Moulonguet, E. Michon, Demelin, qui acceptent; Poulard, Huet, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Leveuf et de Gaudart d'Allaines.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Decourt, Gutmann, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Hamburger, Michon, Soupault, Bloch, Ameline et Ravina.

— Voir p. 1500 la liste des candidats par ordre alphabétique.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — AGRÉGATION. — Les emplois d'agrégé de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ci-dessous désignés sont déclarés vacants : Pharmacie galénique et sciences naturelles appliquées à la pharmacie, 1. Pharmacie chimique, 1.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le mardi 28 octobre, M. J.-L. Faure prononcera l'éloge d'Ambroise Paré à l'Académie de médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cottard (de Beyrouth) et Cumont (de Stamboul).

GUERRE. (Réserve). — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Defond, Gauthier, Marlier, Vandenbossch, Bérarger, Darfeuille, Yardin, Clément, Louet, Lapeyre, Piquet, Blaise, Marion, Lancien, Regnault.

(Troupes coloniales.) *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bresson, Bireaud, Mathis, Carayon.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Brindel, Cazes, Pissot, Weill, Proust, Mutelet, Pellier, Herber, Debideur, Landon, Roussel, Lecq, [illegible], Valentin, Gille, Mairesse, Munch, Bertrand, Boudet, Barbarroux, Bodolec, de Fenis de Lacombe, Garban, Arnaud, Loiseleur, Sautelet, Miodet, Plateau, Carles, Gallimard, Allaire, Espanet, Saupiquet, Pere, Rolet, Pagnier, Piétri, Durand, Cheylan, Maynier, Ales, Quedec, Etcheverry, Depardieu, Druard, Lesbroussart, Janicaud, Grapin, Roqueplane, Julien, Wunschendorff, Vauthrin, Berges, Lussault, Carlerre, Slanka, Quincieu, Philippot, Percheron, Abeilhou, Dardeau, Brunet, Santiard, Grandjean, Halgan, Niot, Germes, Challamel, Jullien, Schaefer, Fouchet.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1500.*)

CHRONIQUE

INAUGURATION DU PAVILLON LERMOYEZ A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

Le jeudi 16 octobre, à la fin de la matinée, un grand nombre de médecins et d'oto-rhino-laryngologistes se sont réunis à l'hôpital Saint-Antoine, à l'occasion de l'inauguration du buste de Marcel Lermoyez dans le service qu'il a créé, où il a instruit pendant trente ans tant de générations de spécialistes et qui va porter désormais son nom.

Mme Marcel Lermoyez assistait à la cérémonie entourée de M. et Mme Maurice Chevassu, née Lermoyez, et de M. et Mme Jean Léon-Labbé.

Dans la très nombreuse assistance nous avons noté la présence de MM. les professeurs de Lapersonne, Ménétrier, Sergent, Marfan, Lejars, Bar, H. Vincent, de MM. Fallas, Sir James Dundas Grant, Siredey, Dufour, Tissier, Béclère, Pierre Bazy, Grivot, Caboche, Georges Laurens, Etienne Chabrol, Pagniez, Louste, Gimbert, André Thomas, Levassort, M. Talamon. L'Assistance publique était représentée par MM. Durand, remplaçant le directeur général, et Rouy.

De nombreux discours ont été prononcés.

M. Grivot, titulaire actuel du Service, a ouvert la séance par quelques paroles de bienvenue. M. Caboche, président du Congrès de laryngologie, a fait ensuite ressortir le rôle essentiel qu'a joué Lermoyez dans la science oto-rhino-laryngologique. M. Georges Laurens, président de la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, et le plus ancien élève de Lermoyez, a rappelé en paroles émouvantes les débuts du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine. M. Fallas, au nom des Belges et Sir James Dundas Grant, au nom des Anglais, ont apporté l'hommage des oto-rhino-laryngologistes étrangers au collègue dont ils ont fait ressortir la réputation universelle. M. Dufour, président de la Société médicale des hôpitaux, montre combien la science a d'intérêt à ce que le Corps médical des hôpitaux laisse ses membres suivre leur penchant de spécialisation. Le professeur de Lapersonne, au nom du Comité de la *Presse médicale*, rappelle le rôle que Lermoyez joua dans la fondation de ce grand journal. Le professeur Ménétrier, président de l'Académie de médecine, salue au nom de l'Académie la mémoire du collègue si regretté. Enfin, M. Durand, inspecteur principal de l'Assistance publique, remplaçant le directeur général empêché, montra, chiffres en mains, l'accroissement constant des consultations oto-rhino-laryngologiques et l'importance des services rendus par Lermoyez à la population parisienne. La cérémonie fut clôturée par le discours ému du doyen des médecins de Saint-Antoine, le vénéré M. Siredey, qui retraça en termes éloquents l'histoire des circonstances dans lesquelles Marcel Lermoyez, esprit artiste, disciple d'Edmond Le Blant, directeur de l'Ecole française de Rome, dut à son amour de la musique ses premières recherches sur la phonation. M. Siredey montra ensuite comment, grâce aux conseils de Léon Labbé, dont il avait épousé la fille, Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux, put devenir le créateur incontesté de l'enseignement officiel de l'oto-rhino-laryngologie en France.

F. L. S.

Ier CONGRÈS FRANÇAIS DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

La séance annuelle de la Société française de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique s'est tenue sous forme de Congrès, les 3 et 4 octobre 1930, à l'Hôtel Chambon, maison des syndicats médicaux, sous la présidence du docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux de Marseille. On sait que cette Société s'est créée récemment et est due à l'initiative des docteurs Dartigues (de Paris) et Claoué (de Bordeaux).

Le Congrès a entendu de nombreuses communications :

Docteur Dantrelle (de Charleville) : « Greffe destinée à masquer les pigmentations accidentelles de la sclérotique. »

M. Auguste Lumière (de Lyon) : « La cicatrisation des plaies cutanées. »

Docteurs Louis Dartigues et Max Leydier (de Paris) : « La fonction endocrinienne de la glande mammaire. »

Docteur Louis Dartigues (de Paris) : « Instrumentation pour la chirurgie plastique du sein. »

Docteur Bourguet (de Paris) : « La chirurgie esthétique dans la déformation du globe oculaire. »

Docteur Gucciardello (de Vittoria) : « Ostéosynthèse à manchon. » — « Reconstitution d'une portion du pavillon de l'oreille par un lambeau glabre mastoïdien renversé. »

Docteur Wallet (de Paris) : « Cure radicale de l'hallux valgus et de l'orteil en marteau. »

Docteur Henri Fischer (de Bordeaux) : « De l'atrophie congénitale de la moitié du corps du maxillaire inférieur. »

Docteur F. Heckel (de Paris) : « Qu'est-ce que l'esthétique? »

Docteur Carlos Larroude (de Lisbonne) : « Un curieux cas de réfection du nez. »

Docteur Gérard Maurel (de Paris) : « La chirurgie endobuccale plastique et réparatrice. »

Docteur Peytoureau (de Paris) : « Des avantages de l'épilation par diathermo-coagulation. »

Docteur Prévot (de Marseille) : « Sur la cure esthétique des poches sous les yeux. »

Docteur Pierre Robin (de Paris) : « De l'esthétique de la face chez l'enfant et l'adulte. »

Doctoresse Prost (de Paris) : « Sur un cas d'acné polymorphe traité par la méthode bio-kinétique et guéri. »

Docteur Stéfani (de Nice) : « Valeur de l'électrocoagulation au point de vue esthétique. Epithélioma du bord palpébral inférieur parfaitement guéri depuis trois ans sans cicatrice perceptible. »

Docteur Raymond Tournay (de Paris) : « Du rôle esthétique des injections sclérosantes dans le traitement des varices. »

Docteur Ch. Claoué (de Bordeaux) : « Quelques cas de chirurgie plastique nasale. »

Docteur Maurice Tussau (de Lyon) : « Des applications en chirurgie réparatrice et esthétique d'un gaz nouveau : l'électronozone. »

Docteur Maliniak (de New-York) : « Rhinophyma, treatment and its complications. »

Docteur Coelst (de Bruxelles) : « Présentation d'instruments pour plastique nasale. »

Des démonstrations opératoires ont été faites la semaine après le Congrès.

Au début de l'année 1931 aura lieu une séance ordinaire, et pour tous renseignements s'adresser au docteur Claoué, secrétaire général, 41, rue d'Aviau, Bordeaux.



CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

DES CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR OBTENIR DE BONS RÉSULTATS APRÈS LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Par le Professeur Henri HARTMANN.

La gastro-entérostomie a connu, pendant un temps, une faveur exagérée. Quelques opérateurs avaient été jusqu'à dire qu'elle était indiquée chez tous les malades souffrant de l'estomac et non améliorés par le traitement médical.

Aujourd'hui, par contre, bon nombre de chirurgiens lui font des critiques qui me paraissent aussi injustifiées que l'engouement excessif d'autrefois. Des travaux sont publiés en Allemagne, sur la gastro-entérostomie maladie, en France sur la nécessité de dégastro-entérostomiser d'anciens opérés. Il est certain que l'on voit des malades continuer à souffrir de l'estomac après la gastro-entérostomie, que quelques-uns ont même des troubles plus marqués qu'avant d'être opérés. S'ensuit-il que la gastro-entérostomie est une mauvaise opération, qu'elle doit être abandonnée dans tous les cas où il n'y a pas de sténose pylorique, comme quelques-uns cherchent à le faire croire? Je n'hésite pas à répondre : non, la gastro-entérostomie est une excellente opération qui, lorsqu'elle est indiquée et qu'elle est convenablement pratiquée donne, dans un très grand nombre de cas, des résultats excellents. Ce qui a amené le discrédit où elle tend à tomber, c'est que quelquefois elle a été exécutée sur une indication insuffisante ou erronée et que, dans d'autres, il y a eu des fautes de technique.

Quelles sont ses indications? Comment faut-il la pratiquer? — Telles sont les deux questions que nous allons chercher à résoudre, convaincu que si la gastro-entérostomie est pratiquée sur une bonne indication et suivant une bonne technique, elle donnera d'excellents résultats.

La sténose pylorique, qu'elle soit le résultat de l'évolution d'une gastrite scléro-ulcéreuse ou d'une lésion néoplasique techniquement inextirpable, est et restera toujours une indication primordiale de la gastro-entérostomie. A-t-elle des indications dans les cas où le pylore est perméable? Doit-on alors en rejeter toujours l'emploi? On l'a dit, la bouche, si l'on en croyait certains chirurgiens, devant s'oblitérer et étant du reste fonctionnellement inutilisée dans ces cas.

Kelling en Allemagne, Tuffier en France, pour ne citer que deux de ceux qui ont été le plus affirmatifs, ont soutenu qu'une bouche inutilisée devait s'oblitérer. Personnellement nous n'avons jamais admis qu'une bouche, bien ourlée de muqueuse partout continue, pouvait s'oblitérer uniquement parce qu'elle était inutilisée. Une pareille conception est contraire à toutes les lois de la pathologie générale. Il suffit, du reste, pour en établir la fausseté, de lire les observations d'oblitération anatomique de bouches gastro-intestinales que nous avons réunies; 4 fois seulement le pylore était perméable; dans tous les autres il y avait une sténose pylorique; l'existence de celle-ci n'empêche pas la bouche de s'oblitérer. Il faut donc chercher ailleurs que dans la perméabilité du pylore la cause des oblitérations.

Dans 7 cas, elle résultait certainement du développement et de la cicatrisation d'un ulcère peptique développé sur la bouche.

Dans 34 cas, le mécanisme n'apparaît pas aussi nettement, il est cependant à noter que 23 fois on s'était servi de boutons, que 3 fois on avait fait une gastro-entérostomie en Y, que 4 fois seulement on avait fait une gastro-entérostomie simple avec sutures. Pour les 4 derniers cas, les détails opératoires manquent.

De cette analyse des faits, il résulte :

1° Que l'oblitération des bouches gastro-jéjunales n'est nullement en rapport avec l'état de perméabilité plus ou moins grande du pylore;

2° Que, d'une manière indiscutable, l'oblitération résulte quelquefois de la cicatrisation d'un ulcère peptique développé sur la bouche;

3° Que le procédé employé a son importance, les oblitérations de bouche ne se rencontrant qu'exceptionnellement en dehors des cas opérés avec le bouton ou par le procédé en Y.

D'autre part, l'intégrité de la bouche dans les cas de pylore perméable a été anatomiquement constatée par Henck après trois mois, par Scherren après vingt-huit mois, par Busch après six ans, par nous-même deux fois après cinq ans. Dans un de nos cas, il s'agissait d'un malade porteur d'un ulcère de la petite courbure qui recommença à souffrir quatre ans après la gastro-entérostomie et chez lequel nous avons fait cinq ans après la gastro-entérostomie une gastro-pylorectomie avec fermeture des deux bouts; dans le deuxième, la malade succomba à un cancer de l'ovaire et à l'autopsie nous ne pûmes trouver trace de l'ulcère pour lequel nous avions pratiqué la gastro-entérostomie cinq ans auparavant. Dans les deux cas la bouche était restée largement perméable.

Sur le second point, la bouche gastro-intestinale est-elle fonctionnellement inutile dans les cas de pylore perméable? Blake et Cannon, Leggett et Maury, Kelling, Delbet, Tuffier l'ont soutenu. En réalité le non-fonctionnement de la bouche est loin d'être constant. Legueu, dans un cas de pylore perméable, a vu tout le contenu gastrique passer par la bouche, Bérard et Destot ont constaté que le contenu de la bouche passait à la fois par le pylore et par la bouche. Pers, étudiant 40 gastro-entérostomies aux rayons X, arrive à cette conclusion que l'estomac se vide toujours par l'anastomose, que le pylore fût ou non perméable avant l'opération. Gray, dans un cas d'ulcère sans sténose, voit le contenu gastrique passer surtout par la bouche. Petren, examinant 9 gastro-entérostomies pour lésions gastriques avec intégrité du pylore, voit 4 fois tout le contenu gastrique passer par la bouche, 2 fois par le pylore, 3 fois par le pylore et par la bouche. Heiss, sur neuf malades sans sténose voit le contenu gas-

trique passer à la fois par la bouche et par le pylore. Munz constate de même l'évacuation par la bouche.

A quoi attribuer ces différences dans les résultats? Pour élucider cette question nous avons fait, avec notre élève Métivet, des expériences sur le chien, avec un autre de nos élèves Wolfrom, des examens radiologiques sur l'homme.

Sur le chien, nous avons constaté que, dans les cas où la bouche était faite sur la portion cardiaque, le contenu gastrique passait à la fois un peu par la bouche, en presque totalité par le pylore, que, lorsque la bouche était faite sur l'antre pylorique la presque totalité du contenu gastrique passait par la bouche. Ces constatations ont été faites de 44 à 223 jours après la gastro-entérostomie. Nous coupions à ce moment l'intestin entre un point intermédiaire à la bouche et au pylore, et abouchions les deux bouts à la peau, puis, faisant prendre un repas de lait et de viande, regardions par quel bout se faisait l'écoulement. Mes expériences sur le chien montrent donc que l'évacuation du contenu gastrique se fait différemment suivant la situation de la bouche, qu'elle se fait surtout par la bouche quand cette dernière occupe l'antre pylorique, par le pylore lorsque la bouche se trouve sur la portion cardiaque de l'estomac.

Si les expérimentateurs qui nous ont précédé ont constaté que le contenu gastrique passait presque exclusivement par le pylore, c'est que probablement ils ont établi leurs anastomoses sur la portion cardiaque de l'estomac. C'est elle qui se présente chez le chien lorsqu'on ouvre l'abdomen, c'est elle que l'on attire, c'est à elle qu'on abouche tout naturellement l'intestin.

Pour faire chez le chien une bouche sur la région pylorique qui est haut placée, cachée sous le rebord costal et le foie, il faut le vouloir, et de parti pris, attirer cette portion de l'estomac dans la plaie. C'est probablement ce que n'ont fait ni Kelling, ni Delbet, ni Tuffier. Pour ce dernier, c'est même certain, car il dit avoir radiologiquement constaté d'une manière indiscutable que c'était bien par le pylore que passait le contenu gastrique parce que la bouche se trouvait à 25 centimètres du pylore normal, que par suite, il ne pouvait y avoir de confusion entre la bouche et le pylore.

En Italie, Calabrene, qui a pris comme nous soin de placer la bouche anastomotique près du pylore a vu, comme nous, le contenu gastrique passer par l'anastomose.

Les constatations radiologiques que nous avons faites sur nos opérés, avec notre élève Wolfrom, confirment ce qu'avait établi l'expérimentation. Pour affirmer que le contenu gastrique s'évacue par la bouche gastro-intestinale, il ne faut pas se contenter d'une épreuve radiographique. Dans des cas où le duodénum se dirige immédiatement en arrière, son ombre se projette sur celle de l'estomac, n'est dès lors pas visible et l'on ne voit l'intestin qu'au point où il apparaît au-dessous de la grande courbure. A regarder le cliché, on pourrait être convaincu que le contenu gastrique s'évacue par une anastomose, alors qu'en réalité, il est passé par un duodénum invisible. Il faut faire un examen à l'écran, on voit alors la bouillie passer par la bouche avant d'atteindre le pylore. L'erreur est alors impossible.

C'est en prenant cette précaution que nous avons examiné 19 gastro-entérostomisés sans sténose pylorique, de un à onze ans après l'opération. Dans 1 cas tout passait par le pylore, dans 11 tout passait par la bouche, dans 7 la bouillie passait à la fois par la bouche et par le pylore.

Les différences dans le mode d'évacuation du contenu gastrique par la bouche ou par le pylore sont en rapport avec le siège de l'anastomose. Elles trouvent peut-être leur explication dans le fait, constaté radiologiquement par Balthazard et J.-C. Roux, que l'estomac présente, au point de vue fonctionnel, deux parties distinctes : la partie supérieure qui sert de réservoir aux aliments et où les contractions, s'il y en a, ne sont pas visibles à l'écran, la région pylorique, qui est vraiment l'organe moteur de l'estomac et qui, par des mouvements péristaltiques violents et périodiques, chasse peu à peu dans le duodénum les matières accumulées dans l'estomac.

La conclusion découlant de ce que nous venons de dire, est que pour bien fonctionner, *la bouche doit se trouver sur l'antre pylorique.* Nous ajouterons que pour avoir de bons résultats thérapeutiques, *il est nécessaire qu'obliquement dirigée en bas et à droite, elle affleure par son extrémité inférieure la grande courbure en son point le plus déclive.* Cela oblige évidemment à mettre plus de soins dans le passage de l'aiguille à sutures, de nombreux vaisseaux se trouvant à ce niveau, mais c'est le moyen sûr d'éviter une stagnation dans un cul-de-sac sous-jacent à la bouche anastomotique. Or une stagnation même minime est toujours une cause possible d'insuccès thérapeutique, que cette stase résulte d'une fixité d'une partie de l'estomac en rapport avec des adhérences ou qu'elle dépende d'un siège trop élevé de la bouche. Enriquez (thèse d'Apostolos) a établi que chez des gastro-entérostomisés avec pylore imperméable, en particulier dans les cas où l'on avait fait une exclution pylorique, il persiste, lorsque la bouche n'est pas au point déclive de l'estomac, entre elle et le pylore, un cul-de-sac où stagnent les ingesta. A l'examen sous écran, on voit que la vidange par la bouche ne s'effectue que lorsque le niveau du liquide a atteint une hauteur suffisante pour amorcer le siphon intestinal, fait sur lequel avait déjà insisté Jonas. Le cul-de-sac se distend à la longue si bien que l'anastomose, au bout d'un certain temps, est encore plus mal placée qu'au début et que le volume de la stase augmente, causant à un certain moment des troubles gastriques. Ces troubles existeraient surtout dans les cas d'atonie gastrique et dans ceux d'atonie musculaire de la paroi abdominale pour des raisons faciles à comprendre.

Il faut, dès lors, pour avoir un bon fonctionnement de la bouche, qu'on suive le conseil donné, il y a déjà longtemps par Petersen, *faire une gastro-entérostomie à anse descendante courte*, de manière à éviter qu'entre ce pli duodéno-jéjunal et la bouche anastomotique se trouve une anse coudée dans laquelle le contenu intestinal peut stagner. Dans les

cas où les conditions anatomiques ne permettent pas de faire une gastro-entérostomie postérieure, où l'on est obligé de placer la bouche sur la face antérieure de l'estomac, nous ne manquons jamais de faire une gastro-entérostomie complémentaire, le plus bas possible, entre les branches, ascendante et descendante, de l'anse anastomosée.

La *bouche* ne doit être ni trop grande, ni trop petite, elle *doit admettre facilement l'index.*

On a beaucoup discuté sur la manière de faire les sutures et sur le matériel à employer. On a dit qu'il fallait faire 3 plans de sutures, 1 sur la muqueuse, 1 sur la tunique musculaire, 1 sur la séreuse, que les fils non résorbables devaient être abandonnés, leur présence pouvant entraîner l'ulcération de la ligne de réunion.

N'ayant jamais eu d'ennuis avec le mode de suture que j'emploie couramment depuis de longues années je n'ai pas modifié ma pratique. *Je me sers de fils de soie et je fais une suture à deux plans*, un total occlusif et hémostatique, un non perforant enfouissant le premier. Ces deux plans sont faits en surjet, le fil étant arrêté tous les quatre ou cinq points. Je prends simplement soin de charger avec l'aiguille du surjet enfouissant toute la tunique musculaire et même la couche fibreuse qui lui est immédiatement attenante. Cette couche fibreuse est la partie la plus résistante de la paroi et comme l'a bien indiqué Halsted, il est important, pour cette raison, de la comprendre dans la suture. On le fait, du reste, tout naturellement lorsqu'on soulève avec une pince à griffe la paroi gastrique, car si elle adhère intimement à la couche musculaire, elle est séparée de la muqueuse par une couche celluleuse lâche, si bien que la muqueuse écartée de la musculaire, lorsque celle-ci est soulevée, n'est jamais traversée par l'aiguille, comme il est facile de s'en assurer sur le cadavre.

S'il me paraît inutile d'attacher une grande importance au matériel des sutures, si la suture en deux plans me paraît suffisante, il me semble, au contraire, capital d'éviter la moindre infection péritonéale, celle-ci pouvant être le point de départ d'une péritonite plastique légère qui, si elle ne compromet pas le résultat immédiat de l'opération, peut être cause d'adhérences ultérieures, de brides qui compromettront le fonctionnement de la gastro-entérostomie. Aussi est-il très important d'*opérer*, autant que possible, *en dehors du ventre ou tout au moins dans un champ très limité par des compresses stérilisées.*

Tels sont les points principaux de technique qu'il y a lieu d'observer lorsque l'on fait une gastro-entérostomie. Mais, même techniquement bien exécutée, la gastro-entérostomie ne peut donner secondairement que de mauvais résultats si elle a été exécutée sur de mauvaises indications. Il ne faut jamais y avoir recours dans les dilatations atoniques, les gastroptoses, les dyspepsies nerveuses. Or, il est à noter que bien des mauvais résultats ont été observés dans de pareils cas. Il ne faut jamais opérer avant d'avoir éliminé ces causes de troubles gastriques. D'autres gastro-entérostomisés continuent à souffrir parce qu'ils ont une lésion méconnue de la vésicule biliaire ou de l'appendice. La nécessité d'un diagnostic précis s'impose chez tous les malades ; on ne doit pas opérer à la légère. Je ne m'arrêterai pas sur ces diverses erreurs, que vous connaissez certainement tous et que vous ne faites pas, mais je désire attirer votre attention sur une erreur que j'ai faite personnellement plusieurs fois, celle de prendre une sténose duodénale pour une sténose pylorique. Si l'erreur est sans importance pour les périduodénites de la première et de la deuxième portion du duodénum qui, comme les sténoses pyloriques, sont justiciables de la gastro-entérostomie, il n'en est pas de même pour les sténoses sous-vatériennes du duodénum. Ces sténoses bien étudiées aux Etats-Unis par Kellog, en France par mon collègue Pierre Duval, ne sont pas justiciables de la gastro-entérostomie bien qu'elles s'accompagnent de douleurs tardives, de vomissements et quelquefois d'une dilatation secondaire de l'estomac. Le caractère bilieux des vomissements, la disparition des douleurs dans le décubitus ventral, qui entraîne une ouverture de la pince mésentérique, peuvent quelquefois y faire penser. L'examen radiologique seul, en montrant la dilatation du duodénum en amont de la sténose, l'exagération des mouvements péristaltiques, la présence d'ondes antipéristaltiques permet de faire le diagnostic. Dans de pareils cas la gastro-entérostomie non seulement ne guérit pas les malades, mais quelquefois aggrave leur état; c'est à la duodéno-jéjunostomie qu'il faut avoir recours.

Au contraire, dans les ulcères de la petite courbure, souvent accompagnés de gastro-succorrée et de spasme pylorique, contrairement à l'opinion généralement acceptée aujourd'hui, la gastro-entérostomie simple, faite suivant les règles que nous avons posées, améliore habituellement l'état des malades ; je ne puis dire qu'elle est suivie de la cicatrisation de l'ulcère, mais je puis affirmer qu'elle donne des guérisons cliniques et est suivie au bout d'un temps variable de la disparition de tous les accidents dont souffrait le malade.

Un point capital et sur lequel je tiens à insister en terminant, c'est la nécessité, dans tous les cas de gastro-entérostomie pour lésion ulcéreuse de l'estomac, de soumettre après l'opération les opérés pendant un temps assez long à un régime. C'est pour ne pas le faire qu'un certain nombre de chirurgiens voient, après l'opération se développer secondairement, soit sur la bouche, soit sur la branche descendante du jéjunum un ulcère peptique auquel il faut toujours penser lorsqu'après une réapparition de symptômes rappelant ceux de l'ulcère gastrique (douleurs, vomissements, régurgitations acides), on constate une douleur située plus bas et plus à gauche que celle de l'ulcère, pour lequel on a primitivement opéré.

LES CHAPITRES DIFFICILES DE L'ANATOMIE

LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL [1]

Par H. BILLET,
Professeur d'anatomie à la Faculté libre de médecine de Lille.

II

DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL DU SYSTÈME NERVEUX
LA SEGMENTATION EN LONGUEUR & EN LARGEUR DU TUBE MÉDULLAIRE PRIMITIF

L'unité d'origine de tous les éléments constitutifs du système nerveux était d'autant plus nécessaire à établir que l'appareil définitif est plus compliqué, qu'il est extraordinairement différent du tube médullaire primordial. C'est maintenant à l'embryologie qu'il appartient de faire connaître les transformations successives de ce dernier et de nous faire saisir les transitions qui réalisent une liaison anatomique continue entre les deux stades extrêmes du système central nerveux (2).

Les transformations que subit le tube épithélial primitif sont de deux sortes. Les unes s'exercent dans le sens de la longueur et résultent de la différenciation de plusieurs de ses segments : c'est ce que j'appellerai *la segmentation en longueur du tube médullaire*. Celle-ci a pour effet de diviser le névraxe en un certain nombre d'organes, non seulement très dissemblables d'aspect, mais aussi — tout au moins pour quelques-uns — très éloignés du type initial (fig. 1). Ce sont des faits que tous les auteurs classiques ont bien mis en évidence.

Les autres se manifestent par des expansions qui se détachent du tube médullaire et qui formeront le système nerveux périphérique et le système sympathique tout entiers (fig. 4). Il ne s'agit pas moins, en définitive, que d'une véritable *segmentation en largeur* du névraxe, dont le mécanisme est assez bien élucidé aujourd'hui, mais dont il n'est pas certain qu'on ait encore apprécié toute l'importance.

1° **Segmentation du névraxe dans le sens de la longueur** (fig. 1). — La différenciation du tube épithélial primitif est la conséquence de trois phénomènes principaux.

C'est, tout d'abord, le développement du segment céphalique de l'embryon et du tube médullaire, en particulier. Tandis que le segment inférieur ou caudal ne se modifie que très faiblement et deviendra la moelle épinière, le segment supérieur se renfle et s'allonge; le tube se transforme en *vésicules*, qui donneront par la suite les parties constituantes de l'appareil nerveux intracranien, l'encéphale des anciens anatomistes.

C'est, en second lieu, le plissement en accordéon des vésicules cérébrales, comprimées à l'excès dans une boîte osseuse trop courte, qui s'infléchit elle-même sur le tronc de l'embryon. L'effet de ce tassement, c'est la production des trois courbures fondamentales du névraxe antérieur.

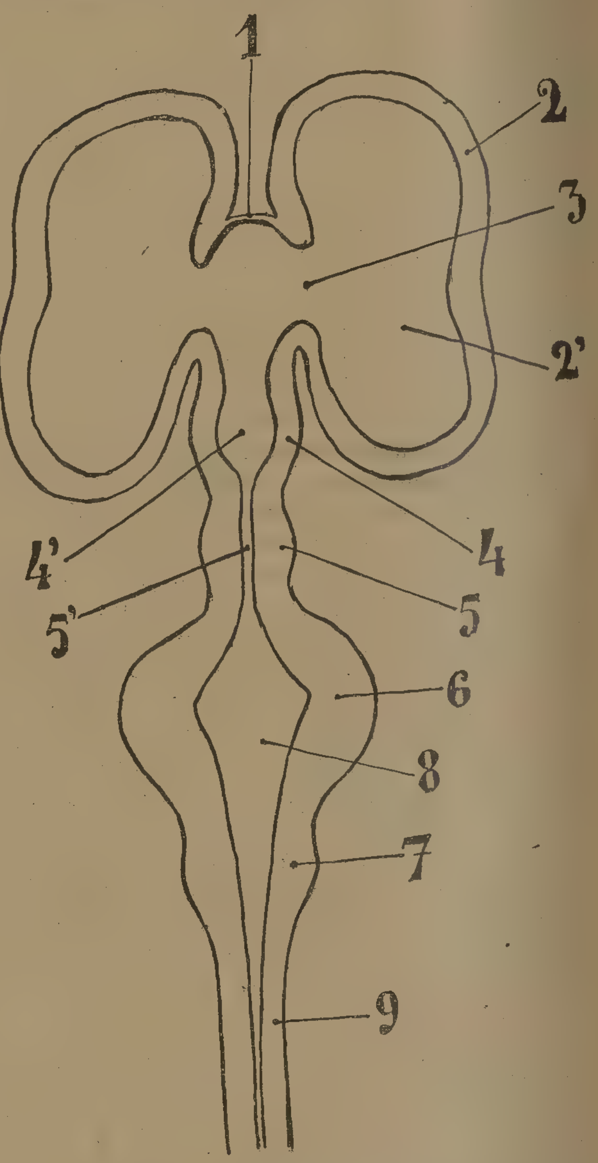


Fig. 1. — *La segmentation en longueur du tube médullaire primitif.* (Schéma.)

1. Lame terminale. — 2. Télencéphale (hémisphères cérébraux). — 2'. Cavité du télencéphale (ventricule latéral). — 3. Trou de Monro. — 4. Diencéphale. — 4'. Cavité du diencéphale (ventricule moyen). — 5. Mésencéphale. — 5'. Cavité du mésencéphale (aqueduc de Sylvius). — 6. Métencéphale. — 7. Myélencéphale. — 8. Cavité commune du métencéphale et du myélencéphale (IVe ventricule). — 9. Moelle épinière.

C'est enfin le mouvement de bascule subi par celles des vésicules cérébrales dont le développement est disproportionné par rapport aux autres, et grâce à quoi elles parviennent à masquer, à englober en quelque sorte ces dernières et à en modifier les rapports essentiels : ces vésicules exceptionnellement exubérantes sont celles qui formeront le cerveau et le cervelet.

Etudions plus en détail ces divers phénomènes et les effets qui en découlent.

A. Segmentation des vésicules cérébrales (fig. 1). — La portion antérieure du tube médullaire forme

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 77, p. 1359.

(2) Je ne parle, dans le présent chapitre, que du développement *général* du système nerveux. Les détails de l'embryologie de chacun des segments du névraxe seront étudiés aux chapitres correspondants.

primitivement trois vésicules. C'est, du reste, la segmentation essentielle, qui répond bien aux trois éléments fondamentaux de l'encéphale : le prosencéphale (le cerveau); le mésencéphale (l'isthme du cerveau); le rhombencéphale (la protubérance, le cervelet et le bulbe rachidien).

Mais, très rapidement, la segmentation se complète et la différenciation s'accuse entre ces trois segments, par suite du dédoublement de la première et de la troisième vésicules. De sorte que, finalement, le névraxe antérieur est formé de cinq vésicules, d'où dériveront toutes les parties constitutives du système nerveux intracranien.

Ces cinq vésicules sont, d'avant en arrière : le *télencéphale*, le *diencéphale*, le *mésencéphale*, le *métencéphale* et le *myélencéphale*.

La cavité épendymaire centrale du tube médullaire primitif persiste dans l'intérieur de chacune des cinq vésicules, tantôt étroite, comme l'aqueduc de Sylvius, tantôt et le plus souvent dilatée, sous forme de ventricules, mais continue d'un bout à l'autre du névraxe, jusqu'à la lame terminale.

Voici quelles sont, d'après Déjerine, les parties essentielles du névraxe définitif qui dérivent de chacune des cinq vésicules primitives.

a. *Télencéphale.* — Le cortex; le corps calleux; le septum lucidum; le trigone; la lame sus-optique; la commissure antérieure; le faisceau pyramidal; le corps strié (1).

La cavité centrale est représentée par les deux ventricules latéraux.

b. *Diencéphale* ou *cerveau intermédiaire.* — La région sous-optique; l'espace perforé postérieur; le tuber cinereum et l'infundibulum; les tubercules mamillaires; la couche optique (thalamus); l'épiphyse (epithalamus); l'hypophyse (hypothalamus); les corps genouillés (metathalamus).

Cavité centrale : le ventricule moyen, communiquant avec les ventricules latéraux par les trous de Monro.

c. *Mésencéphale.* — Les pédoncules cérébraux; les tubercules quadrijumeaux.

Cavité centrale : l'aqueduc de Sylvius, par quoi s'établit la communication entre le ventricule moyen et le quatrième ventricule.

d. *Le Métencéphale* et le *Myélencéphale* forment un tout que l'on décrit sous le nom de *Rhombencéphale* ou *cerveau rhomboïdal*; ils possèdent, en effet, une cavité centrale commune, le quatrième ventricule, et de nombreux rapports communs.

Le *métencéphale* ou *cerveau pénultième* donne plus particulièrement la protubérance annulaire, le cervelet, les pédoncules cérébelleux supérieurs et moyens.

Le *myélencéphale* ou *arrière-cerveau* donne le bulbe rachidien et les pédoncules cérébelleux inférieurs.

(1) Il y a lieu toutefois de faire quelques réserves en ce qui concerne l'embryologie du corps strié, au sujet de laquelle les auteurs modernes ne sont pas absolument d'accord. Cette question sera étudiée en temps opportun, au chapitre des Noyaux gris centraux.

B. PLISSEMENT DU SEGMENT ANTÉRIEUR DU NÉVRAXE. FORMATION DES COUDURES (fig. 2 et 3). — Le segment inférieur ou caudal du névraxe reste sensiblement rectiligne, ou du moins ne décrit que des courbes à grand rayon (courbures cervicale, dorsale et lombaire).

Le segment antérieur, tout au contraire, pour les raisons indiquées précédemment, subit un plissement beaucoup plus accusé. Il en résulte la production, non plus de courbures, mais de véritables coudures, qui se manifestent par des angles saillants et rentrants.

Les angles saillants répondent au sommet des courbures, qui sont au nombre de trois : courbure nuchale, courbure pontique et courbure faciale.

La *courbure nuchale*, encore dénommée courbure de la nuque, angle nuchal, est la moins importante des trois; elle siège à l'union de la moelle épinière et du bulbe rachidien; elle paraît avant tout produite par l'inclinaison de la tête de l'embryon sur le cou. Elle diminue au fur et à mesure que se développe le fœtus. Son sommet est dirigé en arrière et en haut.

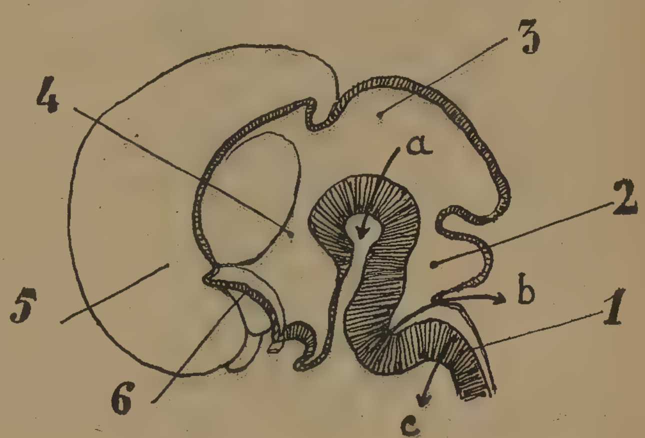


FIG. 2. — *La formation des courbures encéphaliques.* (Schéma tiré de l'Anatomie comparée du cerveau, de R. Anthony.)

1. Myélencéphale. — 2. Métencéphale. — 3. Mésencéphale. — 4. Diencéphale. — 5. Télencéphale. — 6. Lame terminale. — *a.* Courbure céphalique et fente en forme de selle. — *b.* Courbure pontique et fente choroïdienne. — *c.* Courbure nuchale.

La *courbure pontique*, courbure du pont de Varole, ou courbure de la protubérance est située, comme l'indique son nom, en plein rhombencépale. Elle est orientée en sens inverse des deux autres : son sommet pointe en bas et en avant et déterminera par la suite la convexité de la protubérance annulaire.

La *courbure faciale*, souvent appelée l'éminence apicale ou la saillie du vertex, la plus proéminente de toutes, répond au mésencéphale. Elle représente, aux premiers stades du développement des vésicules cérébrales, avant qu'elle ne soit recouverte par le débordement des hémisphères, le point culminant du névraxe. Elle a son sommet orienté directement en haut et un peu en arrière. Quand on examine les schémas et les moulages classiques agrandis d'embryons, on se rend parfaitement compte que c'est le poids excessif des deux premières vésicules cérébrales qui les a entraînées en avant et qui a provoqué cette antéflexion : celle-ci s'accuse d'ailleurs davantage au fur et à mesure que

ces vésicules augmentent de volume; l'angle de la courbure faciale, qui ne mesure déjà plus que 90 degrés à la fin de la troisième semaine, se trouve réduit à 30 degrés au bout du deuxième mois, si bien que la base du prosencéphale et celle du rhombencéphale deviennent parallèles l'une à l'autre et se font face (fig. 2).

Aux angles saillants, aux sommets des coudures, correspondent des angles rentrants sur la face opposée du névraxe.

L'angle qui fait face à la coudure nuchale est à peine marqué; il ne porte aucun nom spécial. Chez l'adulte, c'est l'angle très obtus que forme le rachis avec la lame basilaire de l'occipital.

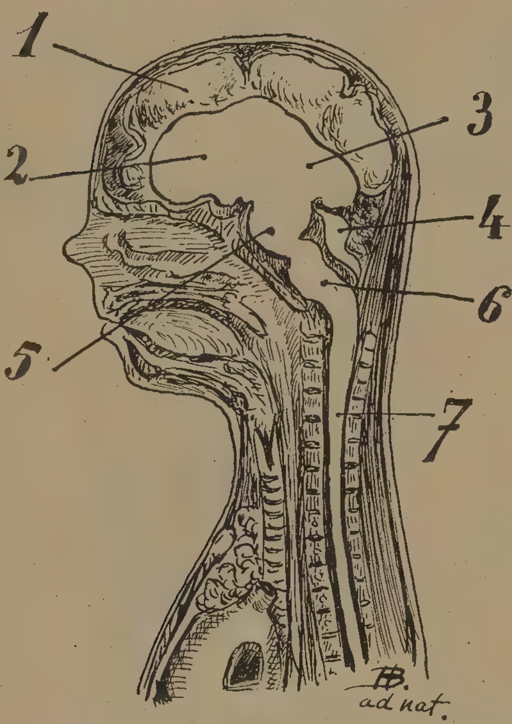


Fig. 3. — *Les courbures encéphaliques. Leur aspect réel.* (Coupe médiane d'un embryon.)

1. Le télencéphale. — 2. Le diencéphale. — 3. Le mésencéphale. — 4. Le cervelet, segment dorsal du métencéphale. — 5. Le pont de Varole, segment ventral du métencéphale. — 6. Le myélencéphale. — 7. La moelle épinière.

Par contre les deux autres sont si nets qu'ils constituent de véritables fentes. A la face dorsale du rhombencéphale, vis-à-vis, par conséquent, de la courbure pontique, c'est la *fente choroïdienne*, dont nous retrouverons plus tard l'empreinte sur le plancher du IVe ventricule. A la face ventrale du cerveau moyen, c'est, infiniment plus accusée que la précédente, la *fente en forme de selle,* dont le fond, élargi, est connu sous le nom de *fosse de Tarin.* Dans cette fente s'insinue le *pilier de Rathke* ou *pilier moyen du crâne.*

C. Bascule du télencéphale et du métencéphale. — Examinez les centres nerveux par leur face dorsale : vous n'apercevez que deux de leurs éléments, le cerveau et le cervelet. Pour découvrir les autres, il faut retourner l'encéphale et regarder sa base; encore quelques-uns d'entre eux ne sont-ils pas visibles dans leur totalité. Cela tient à ce que deux des segments du névraxe, le télencéphale et le mésencéphale se développent plus considérablement que les autres, mais non toutefois suivant un mode identique.

Le télencéphale, du fait de la pression exercée sur sa face antérieure par un repli mésodermique, la *faux primitive du cerveau*, se scinde en deux hémisphères, qui restent séparés l'un de l'autre en dedans, sur la ligne médiane, mais qui débordent le reste du névraxe en avant, en arrière et en dehors.

Le métencéphale, tout au contraire, parti de deux bourgeons latéraux qui se rejoignent pour former une masse unique et médiane, s'accroît surtout dans le sens de la longueur et de la largeur.

Le résultat le plus grossièrement visible de l'exubérance de ces vésicules et de leur empiètement sur les parties voisines, c'est le mouvement de bascule en arrière qui se produit à un moment donné, qui les entraîne et entraîne avec elles le segment sous-jacent du névraxe. Nous en étudierons par la suite toutes les conséquences en détail. Mais je dois, dès aujourd'hui, vous en signaler quelques-unes des plus remarquables.

C'est, en ce qui concerne le télencéphale, la déportation à droite et à gauche des ventricules latéraux et la formation de leurs trois prolongements, frontaux, occipitaux et sphénoïdaux; c'est le rejet vers la base, l'enfouissement en quelque sorte de l'extrémité antérieure du névraxe primitif, la *lame terminale*, devenue *lame sus-optique;* c'est encore le fait que cette lame sus-optique ferme en avant, non pas comme cela semblerait devoir être, la cavité du télencéphale, mais le ventricule moyen, c'est-à-dire la cavité du cerveau intermédiaire. Le schéma de la figure 1 permet assez bien de comprendre cette disposition qu'il n'est pas toujours facile d'expliquer. C'est enfin l'existence de la *grande fente de Bichat*, qui siège à la base du cerveau et par où les anatomistes d'autrefois pensaient qu'on pouvait pénétrer dans les ventricules. Cette fente n'est en réalité que l'espace compris entre la face inférieure du télencéphale débordant et la face supérieure des segments sous-jacents du névraxe, le diencéphale et le mésencéphale. Et voilà aussi pourquoi le point culminant du tube nerveux primitif, l'éminence apicale, se trouve en définitive profondément enfoui sous la masse des hémisphères cérébraux et le bourrelet du corps calleux.

Pour ce qui est du cervelet, le fait dominant, c'est la bascule des hémisphères cérébelleux par-dessus le bulbe rachidien, dont ils masquent complètement la face dorsale. De ce mouvement de bascule résulte la formation de la *grande fente cérébrale inférieure*, qui a exactement la même signification que la fente de Bichat.

2° Segmentation du névraxe dans le sens de la largeur (fig. 4). — La plupart des Traités d'anatomie passent sous silence ce mode de segmentation du tube nerveux ; ou, du moins, s'ils en signalent les effets, à savoir la formation des ganglions rachidiens et sympathiques, ils ne lui attribuent pas l'importance que, selon moi, elle mérite. Par ailleurs, on ne saisit pas la transition entre le tube médullaire primitif, plus ou moins déformé dans son segment

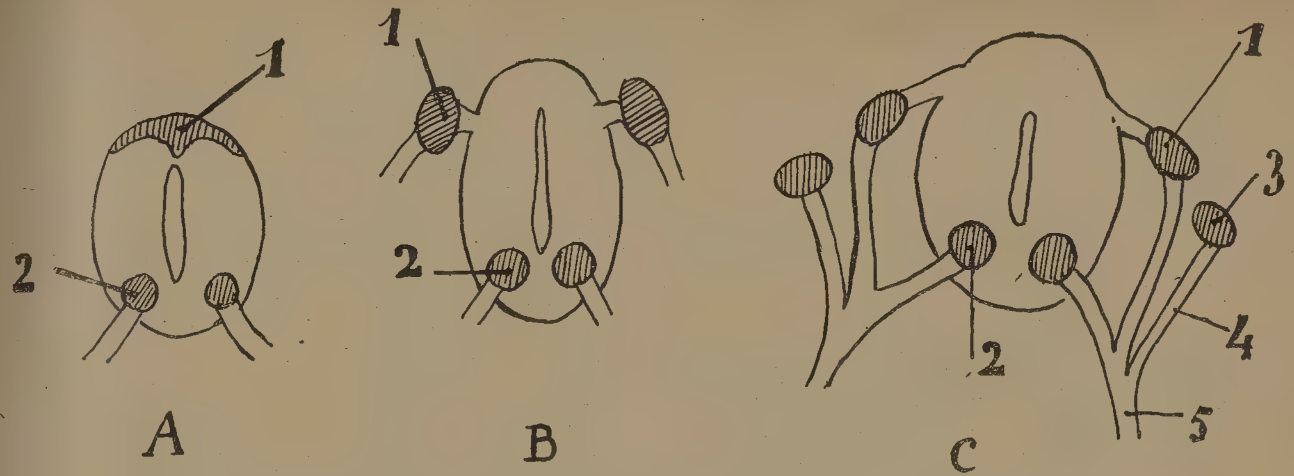


Fig. 4. — *La segmentation en largeur du tube médullaire primitif.* (Schémas explicatifs.)

A. Premier stade : 1. Groupement des ganglioblastes à la périphérie de la face dorsale du tube médullaire. — 2. Racines antérieures formées par les cylindraxes des cellules radiculaires.
B. Deuxième stade : Extériorisation des ganglions cérébro-rachidiens. — 1. Ganglion relié au tube médullaire par les cylindraxes des cellules ganglionnaires. — 2. Racines antérieures.
C. Stade terminal : Dédoublement des ganglions. Formation des ganglions sympathiques. — 1. Ganglion de la racine postérieure d'un nerf rachidien. — 2. Noyau moteur et racine antérieure du nerf rachidien. — 3. Ganglion sympathique. — 4. Ramus communicans. — 5. Nerf rachidien.

antérieur du fait du développement des vésicules cérébrales, mais nu sur toute sa hauteur, et le tube définitif d'où sortent une multitude de troncs nerveux et qui est, par surcroît, longé par la double chaîne du sympathique. Alors qu'il existe tant de dessins, de schémas, voire de moulages pour figurer les transformations successives des vésicules cérébrales, on n'en trouve pour ainsi dire aucun qui permette de suivre les diverses étapes du développement du système nerveux périphérique et sympathique.

Il s'agit cependant de faits actuellement bien connus des embryologistes. Les fibres motrices, dont la réunion contribue à former les nerfs moteurs craniens et la racine antérieure des nerfs rachidiens, ne sont autres que les cylindraxes émanés de neurones différenciés (*cellules radiculaires*) qui se groupent pour constituer les noyaux moteurs que nous étudierons dans la suite de ce cours.

Les ganglions proviennent d'un autre type de cellules, également différenciées, les *ganglioblastes*. Groupés près de la face dorsale du tube médullaire, les ganglioblastes se rapprochent de plus en plus de la périphérie et finissent par s'extérioriser en totalité. Chaque amas de ces cellules devient un ganglion. Les ganglions primitifs se dédoublent secondairement; il en résultera la formation, tout le long du névraxe, de quatre chaînes ganglionnaires, deux de chaque côté; ce sont, d'une part, la chaîne des ganglions rachidiens et, d'autre part, la chaîne ganglionnaire du grand sympathique. Toutes deux gardent, du reste, des connexions avec le tube médullaire dont elles sont issues. Tous les cylindraxes des cellules des ganglions cérébro-rachidiens se portent dans le névraxe; ils formeront la racine sensitive des nerfs craniens, la racine postérieure des nerfs rachidiens. Une partie seulement des cylindraxes des cellules des ganglions sympathiques retourne vers le tube médullaire; ce sont eux qui deviendront les *rami communicantes*. Le schéma ci-dessus (fig. 4) représente assez bien, je crois, cette segmentation spéciale en largeur du tube médullaire.

Car il s'agit bien, à n'en pas douter, d'une véritable segmentation; et cette constatation nous ramène, une fois de plus, à la notion de l'unité anatomique du système nerveux. Elle nous explique aussi pourquoi les anatomistes et les physiologistes modernes ont de plus en plus tendance à ne plus séparer, comme on le faisait jadis, le système sympathique qu'on dénommait le système nerveux de la vie végétative, du système nerveux de la vie de relation (1).

On a été ainsi tout naturellement amené à soupçonner, puis à rechercher dans les segments supérieurs du névraxe des centres sympathiques correspondant à ceux qui sont visibles tout le long de son segment inférieur.

La segmentation en largeur ne s'effectue pas visiblement sur toute la hauteur du tube nerveux. Il n'est nullement impossible, il est même vraisemblable qu'elle existe en fait, là où elle n'est pas manifeste, et que des ganglioblastes se trouvent dans la partie céphalique du tube nerveux au même titre que dans sa portion caudale. Les notions que l'on acquiert lentement, mais sûrement, sur des noyaux, tels que les corps striés, le thalamus, le corps de Luys, le locus niger... et d'autres encore, dont la signification et les connexions étaient, il y a encore peu d'années, ou bien incomplètement connues ou bien même totalement ignorées, semblent justifier cette manière de voir. Et c'est pourquoi je pense qu'il n'est point inutile de faire ressortir l'intérêt de cette segmentation spéciale du tube nerveux, qu'il me paraît assez rationnel d'appeler segmentation en largeur, par opposition à celle qui s'exerce dans le sens de la hauteur du névraxe.

(1) Je conseille vivement à mes lecteurs de consulter à ce sujet l'admirable Monographie que le regretté professeur P. Gilis (de Montpellier) a consacrée à l'étude de l'anatomie du grand sympathique, *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme*, Masson, édit.

André LÉRI

(1875-1930).

Ces contemporains de nos âmes,
Ces mains qu'enchaînait notre main,
Ces frères, ces amis, ces femmes,
Nous abandonnent en chemin.

(LAMARTINE. A M. le Cte de Virieu, après la mort d'un ami commun, *Recueillements poétiques.*)

La neurologie française continue à être durement éprouvée. En peu d'années, n'a-t-elle pas vu disparaître Jean Camus qui, avant d'être attaché au vieil hôpital de la rue Jacob, était déjà depuis longtemps le médecin de la charité, Jumentié, dont le mélancolique sourire semblait comme un pressentiment, Ch. Foix, emporté en pleine jeunesse par un mal implacable, J.-A. Sicard, foudroyé à la veille d'une nouvelle victoire sur la douleur? Et voilà que nous quitte, avant l'heure, notre cher camarade André Léri!

Nous avions fait connaissance, en 1901, aux Enfants-Malades, alors que, sous l'habile et paternelle direction de M. J. Comby, il s'initiait à l'étude de la pédiatrie. Nous devions nous retrouver souvent : aux concours, dans les Sociétés, aux Congrès, à Saint-Louis. A le voir, il y a quelques mois encore, à l'entendre parler avec enthousiasme de ses voyages en Egypte et en Grèce, comment eût-on pu croire qu'il se savait perdu? C'est que cet ami fidèle auquel M. Vurpas a rendu, dans la *Presse médicale*, un si émouvant hommage était aussi un stoïque. L'arrêt du sort, il ne l'ignorait pas. A d'autres, de s'abandonner! A d'autres, de gémir! Lui, il ne songe qu'à mourir en beauté. Il multiplie les leçons, les articles, les conférences. Il travaille comme si l'avenir n'avait cessé de lui appartenir. Il redouble de soins envers les déshérités de la vie, les réconfortant, les consolant, assurant, lui-même, jusqu'au bout, son service, donnant, dans ses salons de la rue de Bassano, de magnifiques soirées où était conviée l'élite de la médecine parisienne...

Peu de carrières auront été aussi brillantes. Interne en 1900, docteur en 1904, agrégé en 1910, médecin des hôpitaux en 1919, il avait, pendant la guerre, dirigé un centre neuro-psychiatrique, d'abord à Rennes, puis aux armées. Membre, dès 1904, de la Société de neurologie, il en présidait les séances en 1926. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Elève de M. P. Marie, ce maître à l'école duquel se sont formés tant de maîtres, il s'était, bientôt senti attiré vers les affections nerveuses. Dans sa thèse, intitulée *Etude anatomique et clinique des voies optiques dans le tabes et dans la paralysie générale* (1904), il montre combien est peu fondée l'opinion d'après laquelle l'amaurose arrête la marche du tabes. Due à une méningite syphilitique, elle passe par deux phases : une congestive, une cicatricielle; à celle-là correspond la suppression de la vision distincte, à celle-ci, l'aboliton des impressions lumineuses. Théorie alors considérée comme révolutionnaire, et pourtant riche de conséquences! L'inflammation des méninges ne joue-t-elle point, en pathologie nerveuse, un rôle immense? Spécifique, elle cause, non seulement le tabes, la paralysie générale, l'atrophie grise de la papille, mais encore l'*atrophie Aran-Duchenne.* Se développe-t-elle durant la vie intra-utérine, elle produit des arrêts de développement, dont surtout le *spina-bifida*, l'*anencéphalie*, la *pseudencéphalie*; elle est responsable de diverses anomalies, dont, surtout, la *dysostose cléido-cranienne* et l'*oxycéphalie.*

Son attention, toujours en éveil, s'était ensuite fixée sur les affections osseuses, dont l'étude lui avait valu une réputation mondiale. Et non sans raison! Ne lui devons-nous pas d'importantes découvertes dans ce champ de la pathologie : *spondylose rhizomélique* (avec le professeur P. Marie), *sacralisation de la Ve lombaire* et *lombalisation de la Ire sacrée*; *lombarthrie*, expliquant tant de sciatiques dites rhumatismales; *rhumatisme cervical* avec ses conséquences : amyotrophies périscapulaires, paralysies du plexus brachial, torticolis spasmodique; *pléonostéose familiale*; *mélorhéostose?* N'a-t-il pas complété et perfectionné les notions classiques concernant diverses ostéopathies déjà cataloguées : *maladies de Paget* et de *Recklinghausen*, *rachitisme de l'adulte*? Rappelons enfin qu'il avait rédigé, soit pour le *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, soit pour la *Pratique neurologique*, d'excellents articles, été chargé, à plusieurs reprises, de rapports aux Congrès, publié, en 1918, un ouvrage sur les *Commotions et les Emotions de guerre.*

Œuvre immense que, seul, le grand laborieux qu'était André Léri a pu mener à bien, mais œuvre durable, parce qu'appuyée sur des faits que chacun peut vérifier, parce que marquée, dans ses moindres détails, au coin de la conscience! Admirable idéal que celui de la recherche ainsi comprise! Sans doute, « à cette haute poursuite, a-t-il usé ses forces, sacrifié ses jours ». Mais aussi, quelle fierté pour les siens de pouvoir se dire que la foi scientifique la plus pure a guidé sa vie, et qu' « il est mort dans les nobles servitudes de la vérité »! Est-il plus enviable destin? L. BABONNEIX.

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste des candidats par ordre alphabétique :

MM. Aaron, Abiteboul, Mlle Adda, MM. Adle, Agadjaniantz, Ageorges, Mlle Aghion, MM. Aillet, Ajuriaguerra y Ochaudiano, Alarcon, Albaric, Albert, Alduy, Alkik, Almosnino, Ameur, Amigues, Andrieux, Anglade (Louis), Anglade (Pierre), Angueloff, Antomarchi, Aranger, Arguellès, Arnaud, Arné, Arnoux, Arradon, Arrighi, Arsitch, Mlle Aubin, MM. Auerbach, Auffret, Auger (Léon), Mlle Augée (Suzanne), MM. Aumasson, Aussannaire, Aussay, Austerveil, Avenier, Ayrignac, Azar, Azouz, Azuélos.

Badinier, Bachef, Bagot, Bain. Mlles Balossini, Baqué, MM. Barbet, Bardon, Mlle Bareillier-Fouché, MM. Baron, Barouch, Mlles Barreras, Barret, MM. Barroy, Barry, Baslez, Basset, Bastan, Bataille (Jean), Mlle Bataille (Jeanne), MM. Bauer, Baulande, Bayle, Beauvalet, Bédrine, Bellaïche, Bellotte, Belz, Bembarou, Ben Brattin, Ben Chaldi, Beneyrout. Benichou, Bentata, Berenger, Berovici, Berest, Bergeault, Berger, Berlioz, Berode, Bertin, Bertinot, Bessil, Besson, Bestion de Camboulas, Mme Beurekassa, MM. Biardeau, Bibas, Bideau, Billard, Blanchard, Blanchet, Blanguernon, Bleiweiss, Bloch, Blot, Mlle Blum, MM. Boccasini, Bock, Boer, Boizard, Bombimer, Bommart, Bondoux, Mlle Bongard, MM. Bonhomme, Bonnefoi, Bonnefous, Mlle Bonnenfant, MM. Bonnet (Jean), Boquet, Bosvieux, Bouché, Bouillé, Boulègue, Boulet, Bour, Boureau, Bourel, Bourdeau, Bourdin, Mlle Bourgeois, MM. Bourier, Boury, Boursaus, Bousquet, Boussofard, Boutboul, Boz, Brandmarck, Bréa, Brédier, Bregeat, Breitel, Brest, Bretton, Brigandat, Brochard, Broche, Brodaty, Broquin, Brossard, Brouillaud, Brun, Brunet (Claude), Brunet (Pierre), Bruno, Mlle Bui Quang, Chien, MM. Buisson, du Buit, Buffard, Bugiel, Bugaut, Bureau, Burstein, Bussière, Buttin, Butzbach, Buvat,

Cacault, Cadinouche, Caggini. Caillard, Caillé, Campesco, Camus, Cancès, Mlle Canet, MM. Canneau, Cante, Mme Capitain (née Barré), M. Carle, Mlle Carlet, MM. Carniol, Carosso, Carrasco (Eugène), Carrière, Carrosco (Angel), Mlle Casalis (Annette), MM. Casalis (Gérard), Cassaigne,

Castello, Cau, Caucanas, Caudron, Causse, Cauvy, Caye, Cerf, Cernéa, Chabanon, Chabaud, Chahed, Chalochet, Chapoy, Chappé, Charron, Chastagnol, Chatain, Chaudié, Chaumeil, Chauveau, Mlle Cheikh, MM. Chenebault, Chevalier (Henri), Chevallier (Pierre), Chevallier (Robert), Chevassu, Chevreul, Chouraqui, Ciaudo, Clary-Boosquet, Claude, Claudeville, Clément, Mlle Clementi, MM. Clénet, Clerc (Pierre-Morency), Clerc (René-Albert), Clerc (René), de Clurac, Cochème, Colletas, Combes (André), Combes (Edmond), Mlles Combes (Marthe), Comerma, MM. Comisioneru (Adolphe), Comissioneru (Nichan), Comte, Constantinesco (Dan), Conte (Robert). Coquet, Cornaire, Cornesco, Cornet, Corrion, Cotteau, Cottenot, Mlles Cottineau, Cotton, MM. Coulombeix, Courtin, Couturier, Crepon, Crescensi, Creusot, Cuenot, Curéveau, Mlle Cuvier;

MM. Daïen, Dandier, Daniel, Darbois, Darmon, Dartiguepeyrou, Dastugue, Dauphain, Dauptain, Daverne, David (Elie), David (Isaac), David (Rubin), Deak, Debelut, Mlle Debenais, MM. Debidour, Debouvry, Decay, Defougy, Defrance, Degand, Deguillaume, Delage, Delair, Delaroche (Jean), Mlle Delaroche (Simone), MM. Delattre, Delécluse, Delhaye, Mlle Delhomme, MM. Delian, Delort, Demarquet, Mlle Demschenko, MM. Depaillat, Depardieu, Depierre, Dequénant, Dermer (Lucien), Dermer (Michel), Derobert, Derveaux, Desaunay, Desaux, Deschamps, Desgeorges (Henri), Desgeorges (Henri-Jean), Desmarquest, Desmonts, Desormonts, Mlle Despax, MM. Després, Desrosiers, Destreicher, Deutsch, Devernoix, Devoucoux, Dhéry, Diétrich, Dillange, Doger de Speville, Dollé, Dorey, Dosghali, Mlle Doumel, MM. Douville, Dramez, Dreyfus, Droquet, Drouet, Mlle Dubois, MM. Dubos, Dubreuil, Dubuisson, Mlle Duchaux, MM. Ducros, Duflot, Dufour, Dugranot, Mlle Duméry, MM. Dumont, Dupertout, Dupont (André), Dupont (Jacques), Dupuy, Mlle Duran, MM. Duranceau, Durand (Georges), Durousseau-Dugontier, Mlles Durrande, Duss, M. Dutheil, Mlle Dutilleul, MM. Duval (Alain), Duval (Gaston),

Ebstein, Ecklé, El-Ayari, El-Baffoune, El-Baz, Mlle Eliakim, MM. Enquin, Escande, Mlle Eswan, MM. Etchecopar, Etienne, Mlle Eyraud,

MM. Fabiato, Fabignon, Mlle Fabre, MM. Faer, Fagel, Fagot, Falin, Faucon, Faulong, Fauré, Faveret, Favier, Faye, Feiumann, Fekète, Fénéon, Ferrari, Mlle Fié, MM. Firminhac, Fischer, Fischmann, Flamant, Florès, Mlle Florimont, M. Foltzer, Mlle Fooks, MM. Forestal, Forestier (Georges), Forestier (Jean), Forge, Fornari, Fortin, Fouassier, Fouilloy, Fourault, Fournial, Mlle Fournier, MM. Frak, Francès, Franchel, Fréret, Friez, Friezberg, Froissant, Fromaigeat.

Mlle Gabenska, MM. Galan, Galbrun, Gallois, Gandouet, Gandrille, Gany, Garcin, Garelly, Garnier, Garraud, Gary, Gatté, Gau, Gaudebert, Gaudin, Gaudoin, Gauffre, Gaulier, Gauthier, Gazel, Geismar, Gellert, Genestoux, Mlle Genthon, MM. Gérard, Gerbet, Gerbier, Gheorghui, Ghimard, Mlles Ghingher (Rachel), Ghinsberg (Ghizela), MM. Ghozland, Giaume, Gillet, Gilli, Gimon, Giovannetti, Girard (Charles), Girard (Georges), Giraud (Jean), Giraud (René), Gireaux (Léon), Mlle Giret, MM. Glanger, Glaserman, Glénard, Goeré, Goez, Goldman, Gorse, Mlle Gothié, MM. Gouffier, Goulène, Goulet, Gourand, Gourdet, Mlle Gourevitch, MM. Gout, Goutner, Gouzé, Grain, Grandin, Grange (Louis), Grange (Paul), Gras, Greene, Grenet, Gresse, Mme Greveluik, M. Grima, Mlle Grinblatte, MM. Gros (André), Gros (Bernard), Gross (Abraham), Gross (Félix), Grossiord, Grupper, Guénin, Guéret, Guès, Guesdon, Guichard, Guigal, Mlle Guignard, MM. Guili, Guillemain (André), Guillemin (Georges), Guillon, Mme Guinard (née Durand), MM. Guinard (Jean), Guitard (Jean), Guittard (Jean-Augustin), Gulmann,

Hadjidimo, Mlle Haguenauer, M. Halpern, Mlle Haloua, MM. Hamel, Hamelin, Hanonne, Hans Knecht, Mme Harburger, MM. Hardy, Hascoët, Hau, Hauttement, Hébert, Hector, Hennet, Herluison, Herscovici, Hervé, Héry, Mlle Hitier, MM. Hofmann, Huber, Huchet, Huguemin, Huguet Huillet, Huriau,

Igra, Ingrand, Iosépovici, Izraël,

Jaccotton, Jalladeau, Jamain, Jamet, Jan, Janeau, Jannette-Walen, Jankovsky, Jassin, Jolicœur, Joly (Antoine), Joly (Max), Mlle Jooss, MM. Josef (Léon), Joseph (René), Josephson, Jouannard, Jouou, Jude,

Kaniewski, Mlle Kapp, MM. Karabourbouins, Kasatzker, Katz, Kérambrun, Kern, Kipen, Klein, Kokkinopoulos, Kolpenitzki, Kron, Krug,

Mlle Laborde, MM. Lac (du), Lacroix, Ladjimi, Lafargne, Lafont, Mlle Lafontaine, MM. Laigle, Laïk, Lair, Mlle Laisné (Edith), MM. Laisney (Marcel), Lajouanine, Lambert (André), Lambert (Raymond), Mlle Lamothe, MM. Lamy, Landès, Landolt, Laneuville, Mlle Lang, MM. Lapierre, Lapipe, Laquintinie, Lardenois, Latour (Bernard), Latour (Jean), Laubrey, Laumonnier, Laure, Laurence (Gab.), Laurence (Jean), Mlle Laurens (Marg.), MM. Laurent (Dumien), Laurent (Joseph), Mlles Laurent (Simone), Launiat, MM. Lazar, Lazarovici (Aurel), Lazarovici (Lionel), Le Bars, Le Bihan, Leblois, Lebowiez, Lebreton, Mme Lebreuil, MM. Le Brun, Leclercq, Lecointre, Le Crom (Hubert), Le Cudonnec, Leduc, Lefebvre (René), Lefer, Lefèvre (Marcel), Mlle Lefèvre (Marg.), MM. Lefèvre (Robert), Lefkovitsch, Léger, Mme Legoux (née Recton), MM. Legrand, Legros (Armand), Mlle Legros (Marthe), MM. Legroux, Leibovici, Lemaire, Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Le Merdy, Le Meur, Lemoine, Lenoir, Le Pavec, Lepetz, Lepeytre, Lépine, Lepintre, Lepoivre, Leprêtre, Le Quang, Lerouge, Leroux (Simon), Le Roy, Leschi, Lespinat, Le Sourd, Le Tensorer, Levernieux, Lévy (Edouard), Mlle Lévy (Hélène), MM. Lévy (Jean), Lewi, Lexa, L'Hirondel, Liénard, Lignières (de), Lignon, Lind, Lion, Lipsztejn, Liscoët, Lizet, Lobel, Mlle Lods, MM. Logeais, Loiseau, Longraye, Loraux, Mlle Lorain, MM. Louis, Loutfalla, Loze, Lucas, Lucquin, Luteran, Lutrot, Luszynski,

Magder, Maggi, Maignon, Maillard (Jean), Maillard (Pierre), Maleyrie, Malmed, Mande, Mandel, Mlle Manreil-Deschamps, MM. Marcovici, Marcus (Avram), Marcus (Osias), Mlle Margueron, MM. Marguliès, Marlot, Marnelle, Marsat, Martin (Georges), Martin (Joseph), Martin (Max), Martin (Pierre), Maschas, Massonnet (Jean), Massonnet (Pierre), Mathey, Mathieu, Mathis, Matras, Maugenest, Maurice, Maurin, Maury, Mayaud, Maynadier, Mazet, Medzadourian, Mée, Meillon, Mekdjian, Melin, Menanteau, Mendelovici, Mendez, Menet, Mercadier, Mercier, Merlin, Meyblun, Mlle Meyer (Germaine), MM. Meyer (Moïse), Meynard, Michard, Michaud, Michel (Jean), Michel (Roger), Mignon, Mignot, Mikalovici, Millian, Mitrani, Modeo, Moinard, Moïsesco, Monflier, Monier (Henri), Moniez (Henri), Monin, Monique, Monnier, Monsaingeon, Montagne, Montarnal, Monti, Montis (de), Montel, Mlle Montrozier, MM. Mordin, Moreau (Jacques), Moreau (Jean), Morel, Morichau-Beauchant, Morin, Moscovici (Efraïm), Moscovici (Léon), Mostini, Mothonéos, Mlles Mourlon, Mousikant, MM. Mousseau, Mouthon, Mozis, Munz, Murez,

Naficy, Naïman, Nakache, Negreanu, Nempont, Neumann, Nevjinsky, Ngo Quoc, Nguyen (Trung), Nguyen (Van Kim), Nicoloff, Nobili (de), Normand (Maurice), Normand (Pierre), Nouaille,

Mlles Odoul, Oeconomos, MM. Olbinsky, Olive, Olry, Mlle Openheim, MM. Orinstein, Orsoni, Oudot,

Pagnien, Paingault, Palayret, Palma (de), Papazoglou, Parrain, Pasquier, Péan, Pédebidou, Pellerat, Penez, Mlle Penicaud, MM. Péraire, Perdrix, Perevon. Périgaud, Mme Perrault, MM. Perrot, Persoz, Pertus, Petit (Jean), Petit (Maurice), Petit (Max), Petraud, Petresco (Jean), Mlles Petresco (Suz.), Pevet, Phiera (Hoon), MM. Philippe, Picard (Georges), Mlle Picard (Suz.), MM. Picot, Pierre-

François, Piétroni, Pinero, Piton, Pizon, Placa, Plas, Plique, Pocoulé, Poggioli, Poirier, Politis, Poncet, Popa, Porret, Potaschmacher, Poté, Potin, Poudevigne, Poumpouras, Mlle Prain, MM. Prallet, Prialnik, Prunel, Prunier, Pruvost, Puech, Pulsford, Pupko, Puyo.

Rabinovici (Janou), Rabinovitcz (Léon), Rabourdin, Raffray, Rault, Ray, Regnard, Mlle Regnault MM. Reifer, Reinert, Rémy, Mlle Renié, M. Renou, Mlle Revault d'Allonnes, MM. Revel, Reynaud, Ribat, Richard (Charles), Mlle Richard (Daniel), MM. Richard (Louis), Rinckenbach, Risler, Rivierez, Rizoff, Robert, Robin, Robine, Rocca Serra (de), Rohozinski, Rongère, Roquigny, Rosenberg (Moses), Rosenberg (Tiburce), Rosenfeld, Rosenbauch, Rossier, Rostain, Mlles Rotté, Rouault, MM. Rougean, Roulland, Rouveix, Rouvet, Rouzaud, Rovianu, Rubuistein. Rüdich, Ruin,

Mlle Sachnine (Anna), MM. Sachnine (Lazare), Sachs, Mlle Saguez, MM. Saïdi, Saillant, Saimovici, Saint-Cyr, Mlle Saint-Paul, MM. Salaun, Sallé, Salmon, Salvanet, Salvi, Samain, Santini, Sarrazin, Sautter, Sauze, Schaefer, Scharf, Schechter, Scheredine, Schiller, Schneider (André), Schneider (Jean), Schultze, Schwartz, Sebbah, Segall, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal (Lucien), Sénéchal (Paul), Sénéquier, Serane, Sevane, Sfar (Amed), Sfar (Othmane), Mme Sibieude, MM. Sicard, Sierra, Sifantus, Silberstein, Silvestre, Mlles Silvy, Simon, MM. Simon (Isidore), Simon (Paul), Simonin, Siraga, Six, Sobieski, de Sola, Solomon, Sorin, Mlle Soulé, M. Soullard, Mlle Sourdillon, MM. Souriac, Spitzer, Mlle Stalhand, MM. Statlender, de Stoppani, Streusana, Stutinsky, Suau, Sufrin, Suire, Sutter, Szejdel, Sztejn,

Tabary, Tabourdeau, Taïeb, Taranto, Tarchiani, Tardiveau, Taveau, Tavernier, Terrel, Tétreau, Thaler, Thaon, Mlle Théodoresco, MM. Thibon, Thiébaut, Thiéblot, Mlle Thieulley, MM. Thomas de Closmadouc, Thomas (Henri), Thomas (Ferdinand), Thomeret, Thoulon, Tiffeneau, TonThat-Phung, Torrel, Touati, Touzet, Tran Tan (Phat), Trânthoai (Trân), Tran-Van-Luong, Trarieux, Trestorian, Mlle Trocmé, MM. Truelle, Tsinicas, Tu-Chan Canh, Tulou, Tulpin, Turchini, Turlotte, Turpin-Rativat, Tzannetis,

Mme Uloeling (née Besnard),

MM. Vaisman. Valet, Valetta, Mlle Valette, M. Vallade. Mlle Van Autgaerden, MM, Vancostenoble, Mlle Van den Bluck, MM. Van Quaethem, Vassal, Vassor, Vatner, Veau, Vechsler, Mlle Valentzas, MM. Veltier, Vercier, Verre, Viader, Vialard, Mlle Vialet, MM. Vialle, Viault, Viennot, Vignal, Vignolles, Vigroux, Vincent, Vioget, Vitanyi, Vivien, Voiriot,

Wagner, Mlle Wall, MM. Wallet, Walther, Waltz, Wechsler, Weil (Jacques), Weill (Jacques-Paul), Weintraub, Mlle Wetzel, MM. Weydert, Winiezki, Winter, Wolff, Wolfin, Wolfromm, Worré, Mlle Wuest,

MM. Zahler, Zaoui, Zarachovitch, Zivy, Zwillinger.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de la Santé publique, en date du 17 octobre 1930, M. le docteur Eugène Briau, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé secrétaire de cette assemblée, en remplacement de M. le docteur Guilhaud, décédé.

GUERRE. — Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Spire.

— Le médecin colonel Gorisse (de Poitiers) est nommé directeur du Service de santé de la 10e région à Rennes.

— Le médecin général Moneger, directeur du Service de santé de la 10e région, est placé dans la section de réserve du Corps de santé militaire.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Liste définitive des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1930 :

Section médecine, troupes métropolitaines. — *A.* Candidats à quatre inscriptions : 1. MM. Velluz, Lavoué, Sarlin, Rémy, Bayle, Palliès, Perpère, Bousquet, Maury, Couadas, Denoun, Le Meur, Resseguier, Rozan, Nettre, L'Héranz, Suffran, Payran, Bouteille, Bacque, Mouret,

21. Boucher, Bergé, Valdeyron, Tamalet, Rouchette, Renard, Laborde, Pelot, Rouyer, Turon, Andouze, Ardeber-Barreau, Salle, Olivier, Benzaken, Garnier, Courtade, Poirier, Robbe.

B. Candidats P. C. N. : 1. MM. Etienney, Klein, Poulain, Nicolas, Lafuma, Veyrat, Kulezewski, Eich, Chevat, Dayre, Bruno, Fabre, Gillot, Morvan, Godefroy, Lafont, Chedru, Paulin, Lenoir, Garnung,

21. Chamagne, Fratani, Tortat, Gillet, Picheyre, Royer, Persatre, Chanaud, Hulin, Cunveillé, Blojout, Garbiès, Jugnet, Robert, Wurtz.

Section médecine, troupes coloniales. — *A.* Candidats à quatre inscriptions : 1. MM. Aballéa, Astesanio, Barada, Berte, Piéri, Casile, Causse, Foucard, Mendousse, Campestre, Cadier, Valette, Le Merre, Soyer, Lathoumethie.

B. Candidats P. C. N. : 1. MM. Guidoni, Bouchard, Caubet, Leclerc, Waskovit, Goujon, Huter, Courbières, Guichard.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille de bronze est décernée à MM. les docteurs Chiappe et Raoul Mège à la Ciotat.

AVIS DE VACANCES. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Annecy est déclaré vacant (*J. O.*, 15 oct. 1930.)

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'ÉTAT. — L'Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat s'est réunie en assemblée générale à la Faculté de médecine de Paris, le 8 octobre, sous la présidence du professeur J. Guyot (de Bordeaux), président, assisté au bureau des professeurs Balthazard et Couvelaire (Paris), Jacques (Nancy), Chassevant (Alger), Patel (Lyon), Miginiac (Toulouse), Perrens, secrétaire général, Paul Delmas et Boudet (Montpellier).

Après lecture et discussion des rapports de MM. Paul Delmas, Chassevant et Boudet les vœux suivants ont été votés :

1° Affiliation à la Confédération des travailleurs intellectuels.

2° Nécessité de rattacher le P. C. N. aux facultés de médecine avec refonte de son enseignement en vue des études médicales.

3° Projet de modification dans le recrutement et la formation des sages-femmes.

1. Ne permettre l'accès des études de sages-femmes qu'à des candidates pourvues d'un certificat d'études primaires;

2. Maintenir la profession de sage-femme en l'adaptant aux conditions modernes;

3. Nécessité d'une formation intellectuelle et morale;

4. Leur assurer dans des maternités-écoles l'enseignement technique;

5. Organiser dans tout centre d'instruction un contrôle universitaire;

6° Diviser l'enseignement en trois stades avec trois certificats : *a.* certificat d'infirmière générale; *b.* certificat obstétrical; *c.* certificat de puériculture.

4° A l'occasion de la création de la Faculté de médecine de Marseille l'Association demande à M. le ministre de l'Instruction publique qu'il soit tenu compte des titres obtenus au concours et qu'il soit réservé au Corps des agrégés des facultés de médecine une large représentation dans les nominations en cours.

5° Demande l'application de la gratuité dans les établissements d'enseignement secondaire et les grandes écoles et facultés de l'Etat aux enfants des professeurs et agrégés; ces avantages n'étant pas limités aux établissements du ressort où exerce le fonctionnaire.

6° Emet le vœu que les doyens des facultés de médecine fassent partie de droit du Comité consultatif de l'enseignement supérieur, et décide à la prochaine vacance de voter pour le représentant à la Faculté d'Alger.

7° Demande l'abrogation de l'article 67 de la loi des finances de 1921 privant les professeurs de clinique des avantages des promotions aux classes supérieures.

8° Emet le vœu que les agrégés chefs de travaux remplissant dans les facultés des fonctions doubles aient toujours un traitement supérieur à la classe la plus élevée des chefs de travaux non agrégés.

9° Demande que les agrégés ne soient pas artificiellement divisés en deux catégories : avec et sans enseignement, et que tout agrégé, chargé en fait d'un enseignement, en reçoive la légitime rémunération.

10° Décide de mettre à l'étude « les répercussions de la loi sur les assurances sociales, sur l'enseignement clinique à la Faculté et dans les hôpitaux ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Louis Bosmans et Nestor Delmotte (de Bruxelles), Auguste Crochet (de Fontenay-aux-Roses), le médecin général Boisson, le docteur Félix Fighiera (de Nice), le médecin général Heuyer, du cadre de réserve, décédé à Alger à l'âge de 83 ans; le docteur Wurtz (de Bayonne); le docteur Edouard Massart (de Pont-l'Évêque). Nous adressons à son fils le docteur Raphaël Massart, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, l'expression de nos bien vives condoléances; les docteurs Henri Colin, médecin en chef honoraire de l'asile clinique Sainte-Anne, secrétaire général de la Société médico-psychologique; Lamotte, ancien interne des hôpitaux de Lille; Auguste Slosse, l'éminent professeur de chimie physiologique à l'Université de Bruxelles, directeur de l'Institut Solvay de physiologie. L'œuvre de Slosse en chimie physiologique, en biochimie pathologique et en technique bio-chimique est considérable. Avec lui disparaît un des plus grands savants de la Belgique.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 21 octobre. — Jury : MM. Brindeau, président;

J. Faure, Nobécourt et Verne. — Mme Meisel. Etude de la mortalité (premières semaines de la vie). — M. Noboa. Etude de la tuberculose du col de l'utérus. — M. Monnier. La sérothérapie suivant les formes cliniques de l'angine diphtérique.

Vendredi 24 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Loeper, président; Henry et Robin. — M. Roy. Emploi du glucoside de la salicaire en médecine vétérinaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE

LA TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE [1]

Evolution. — Les signes fonctionnels s'accusent.

L'état général est très touché :

Poussées de température,

Amaigrissement intense,

Teint terreux, asthénie,

relevant autant des lésions pulmonaires que de la localisation intestinale.

Localement le gâteau va évoluer vers la suppuration. L'abcès devient superficiel, fluctuant; ulcération de la peau et fistulisation au-dessus de l'arcade crurale.

C'est le *phlegmon pyo-stercoral*, évoluant sous le type des collections réchauffées. Aussi l'orifice fistuleux a-t-il rarement les bords décollés, violacés, irréguliers, caractéristiques de la fistule bacillaire.

L'abcès se draine mal, phases de *rétention* alternent avec des débâcles, se traduisant par de la température, des douleurs.

Il peut s'ouvrir :

Dans l'intestin, réalisant des fistules complexes;

Dans la vessie, avec pneumaturie, fécalurie, puis pyurie;

Dans le péritoine avec péritonite aiguë mortelle.

Terminaison. — En dehors de ces complications, l'évolution peut se faire vers la mort :

— Soit par localisation méningée ou évolution aiguë des lésions pulmonaires;

— Soit par cachexie, consécutive à la dénutrition et à une suppuration interminable;

— Par amylose viscérale.

FORMES CLINIQUES

1° Formes anatomiques. — 1. **La forme ulcéreuse** prédomine souvent au niveau du grêle. Elle se caractérise par une diarrhée dysentériforme, survenant sur un terrain déjà très touché.

2. **Les formes sténosantes** d'emblée peuvent réaliser un syndrome de Koenig typique.

3. **Formes localisées.** — *A l'appendice*, elles réalisent plusieurs types :

Soit *forme aiguë* simulant une appendicite et souvent reconnue à l'intervention (granulations péritonéales);

Soit *forme subaiguë* : crise prolongée d'appendicite, ne cédant pas à la glace, suivie de suppuration interminable;

Enfin *forme histologique* : ne peut être reconnue qu'à l'examen microscopique.

— *A l'iléon* : ce peut être une forme hypertrophique (très rare). Citer enfin la *forme ganglionnaire*.

2° Formes évolutives. — 1. *Forme aiguë*, granulique.

2. Forme perforante (rare).

DIAGNOSTIC

1° Forme chirurgicale. — Diagnostic positif. — Avant tout basé :

— Sur les caractères de la tumeur : régularité des contours, limitation nette et mobilité;

— Sur la radiologie;

— Sur l'examen général.

Diagnostic différentiel. — 1. Sur les symptômes fonctionnels on peut penser à :

— Une *entérite* banale, une *appendicite chronique*;

— Un syndrome de constipation droite.

2. Sur l'existence d'une tumeur :

a. On éliminera rapidement les autres tumeurs de la région :

Abcès froid de la gaine du psoas;

Tumeurs d'origine pelvienne (kyste ou fibrome);

Ptose rénale;

Sarcome de l'os iliaque.

b. C'est avant tout au *cancer du cæcum* qu'il faut songer. Mais le malade est âgé; le retentissement général est plus précoce.

Il existe de façon constante des *hémorragies*, soit macroscopiques, soit surtout microscopiques : celles-ci sont persistantes. Le cancer est peu sténosant.

L'évolution vers la fixation progressive et le *phlegmon rétro-colique* est très fréquente.

Enfin la *radiologie* montre un épaississement irrégulier du cæcum, une lumière très diminuée par une *image lacunaire*, irrégulière, avec défilé tortueux; flou péri-cæcal.

c. Citons enfin certaines inflammations subaiguës péri-cæcales, *pérityphlites* à évolution lente qui peuvent en imposer pour de la tuberculose ou du cancer auxquels elles peuvent d'ailleurs s'associer.

d. De même une *appendicite chronique* surtout rétro-cæcale; certaines formes subaiguës sous-séreuses réalisent parfois même un aspect pseudo-tumoral. La région est plus douloureuse que dans la tuberculose, la tumeur est peu mobile, mais le diagnostic est très délicat.

2° Forme entéro-péritonéale. — Le diagnostic est facilité par l'existence de lésions tuberculeuses nettes. A peine pourrait-on discuter :

— Un abcès ou un plastron appendiculaire;

— Un abcès froid d'origine osseuse;

— Surtout l'*actinomycose* que l'on éliminera par le laboratoire et le traitement d'épreuve.

TRAITEMENT

A. **Forme hypertrophique.** — Il consiste, en principe, en une hémicolectomie droite avec iléo-sigmoïdo ou transversostomie.

Résultats bons dans l'ensemble; mortalité faible (5 à 10 p. 100).

B. **Forme ulcéro-caséeuse.** — Si l'état général le permet, tenter un traitement chirurgical, surtout si les lésions sont bien localisées. Le plus souvent on procède en deux temps : 1° dérivation ou exclusion (iléo-transversostomie); 2° exérèse (dans les bons cas). Résultats beaucoup moins favorables; sinon dérivation simple et traitement médical.

Les résultats éloignés sont variables : tantôt foyer unique, on peut espérer que le malade ne récidivera pas; tantôt, au contraire, on assiste à l'évolution de lésions à distance.

Enfin, de toute façon, la guérison peut être compromise par des poussées évolutives pulmonaires ou par une généralisation.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1434, et n° 83, p. 1467.

N° 86. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 25 OCTOBRE 1930. — N° 86.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le samedi 10 janvier 1931, à 16 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du lundi 8 au mercredi 17 décembre 1930 inclusivement.

— Concours de chimiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chimiste de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 15 décembre 1930, à 9 h., à la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, n° 47.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale (Service du personnel, bureau du personnel médical), depuis le lundi 17 jusqu'au mercredi 26 novembre 1930 inclusivement, de 14 à 17 h.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — Signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie. »

MM. Klotz, 18; Moyse, 17; Caciura, 22; Roulin et Piel, 21; Aliker, 19,5; Labesse, 17; Leborgne, 13; Piraud, 17; Caby, 18.

Séance du 21 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. — Symptômes, diagnostic et complications de la luxation antéro-interne de l'épaule. »

Mlle Hahn, 19,5; MM. Delorme, 19; Meillaud, 27; Lachter-Palmer, 25; Blau, 17; Bidou, 13; Bioy, 19,5; Reboul et Laquerrière, 25; Desvignes, 12.

— Concours de l'externat. — Questions sorties au concours de l'externat :

Anatomie. — 1. Malléole péronière.
2. Insertions des ligaments croisés du genou.
3. Insertions du muscle ptérygoïdien interne.
4. Citer par ordre les branches de l'aorte abdominale en indiquant leur point d'origine par rapport aux vertèbres.
5. Citer, sans les décrire, les quatre branches terminales du crural en indiquant leur nature : motrice, sensitive ou mixte.

Pathologie externe. — 1. Souffles de l'anévrisme artériel et de l'anévrisme artérioso-veineux.
2. Enumérer brièvement les grands signes cliniques d'une hémorragie interne, quelle qu'en soit l'origine.
3. Enumérer, sans les décrire, les complications du kyste de l'ovaire en dehors de la gestation.
4. Caractères essentiels de l'origine rénale de l'hématurie.

Pathologie interne. — 1. Signes fournis par la palpation et l'auscultation du cœur au cours du rétrécissement mitral pur.
2. Examen de l'abdomen d'un malade atteint de fièvre typhoïde, non compliquée, à la période d'état.
3. Signes d'auscultation d'une caverne pulmonaire typique.
4. Signes principaux des ictères par rétention.
5. Quels sont les principaux signes qui font penser à un cancer gastrique non orificiel au début? (tubage et radio exceptés).
6. Signe de Romberg, manière de le rechercher.

A. P. I. M. — Ve session du Conseil général. — L'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) a tenu la Ve session de son Conseil général les 9, 10, 11 et 12 octobre 1930, en l'hôtel de la Confédération des syndicats médicaux, siège social de l'A. P. I. M., 95, rue du Cherche-Midi, Paris.

Sur les 29 nations afférentes à l'A. P. I. M., 17 étaient effectivement représentées par les correspondants nationaux de chaque pays, tous présidents ou secrétaires de leur groupement professionnel national.

Ces nations étaient : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Dantzig, France, Grande-Bretagne, Hollande, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Suède, Suisse, Yougoslavie.

La session a été présidée par le docteur Rystedt, correspondant national de la Suède, assisté du secrétaire général de l'A. P. I. M., docteur Fernand Decourt, correspondant national de la France.

Les principales questions à l'ordre du jour furent les suivantes :

Organisation de la lutte antituberculeuse dans les divers pays (enquête M de l'A. P. I. M.). — Rapporteur : docteur Decourt (France).

Représentation du Corps médical dans les organismes gouvernementaux et régionaux (enquête N de l'A. P. I. M.). — Rapporteur : docteur Cox (Grande-Bretagne).

La prévoyance et la bienfaisance dans le Corps médical pour le médecin et sa famille (enquête O de l'A. P. I. M.). — Rapporteur : docteur Schaeftgen (Luxembourg).

Sur ces importants sujets des conclusions furent officiellement votées. Elles paraîtront dans le nº 10 (novembre 1930) de la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale* (organe officiel de l'A. P. I. M.).

De plus, des exposés ont été faits par les représentants de chaque nation sur l'état actuel de l'assurance-maladie dans chacun de leurs pays.

Puis, fut traitée la question de la collaboration pratique de l'A. P. I. M. avec la Confédération internationale des travailleurs intellectuels (C. I. T. I.), rapporteur : docteur F. Decourt.

A la suite de l'exposé de M. Gallie, secrétaire général de la C. G. T. I., la collaboration fut votée à l'unanimité.

L'assemblée a décidé que les enquêtes de l'A. P. I. M. pour 1931 porteraient sur les deux questions suivantes :

L'assurance-maladie, en 1931, dans les divers pays;

L'organisation de la lutte contre les maladies vénériennes dans les divers pays.

La session du Conseil général, qui avait eu lieu l'année dernière à Berlin sous la présidence du docteur Farkas (Yougoslavie), se tiendra l'année prochaine à Budapest, sous la présidence du docteur Narbeshuber (Autriche).

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXVe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bordeaux, du 27 mars au 2 avril 1931.

Président : M. le docteur Pactet, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine; vice-président : M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; secrétaire général : M. le docteur D. Anglade, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon (Bordeaux).

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVe session.

PSYCHIATRIE : *Les psychoses périodiques tardives.* — Rapporteur : M. le docteur Roger Anglade, médecin-chef à l'Asile de Breuty-la-Couronne (Angoulême).

NEUROLOGIE : *Les tumeurs intramédullaires.* — Rapporteur : M. le docteur Noël Peron, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE : *Les fausses simulations des maladies mentales. Leur intérêt médico-légal.* — Rapporteur : M. le médecin commandant Fribourg-Blanc, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (Val-de-Grâce).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur D. Anglade, secrétaire général de la XXXVe session, Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Le prix de la cotisation est de 75 fr. pour les membres titulaires de l'Association, de 80 fr. pour les membres adhérents de la session et de 50 fr. pour les membres associés. Les membres titulaires et les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1931 recevront les rapports dès leur publication.

LES PRIX NOBEL 1930. — Les prix Nobel ont été fondés il y a trente ans par Alfred Nobel, le grand industriel suédois. Jusqu'ici ils ont été attribués à 147 personnes et 3 institutions.

Les prix de cette année seront au nombre de quatre. Le prix de médecine sera attribué le 31 octobre par la Faculté de médecine de Stockholm, les prix de physique et de chimie par l'Académie des sciences. L'Académie de Suède, enfin, attribuera le prix de littérature.

Le montant de chaque prix sera cette année de 172.947 couronnes suédoises (la couronne vaut 6 fr. 94).

UN MONUMENT AU DOCTEUR LANGLET, MAIRE DE REIMS. — Le Conseil municipal de Reims a voté l'ouverture d'une souscription à l'érection d'un monument au docteur Langlet, maire de Reims, qui personnifia la résistance de la ville de Reims pendant le bombardement.

La statue sera érigée sur l'artère qui porte son nom.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs René Gay et J. Brossard d'Oimpuis (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — EMBRYOLOGIE. — M. Giroud, agrégé, commencera une série de leçons d'embryologie le mardi 4 novembre 1930, à 18 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera tous les jours suivants jusqu'à l'achèvement du programme.

Embryologie générale : Eléments sexuels et fécondation. — Segmentation. — Gastrulation. — Feuillets blastodermiques. — Esquisse du développement général de l'embryon. — Annexes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

GARAGE ET PATENTE

M. Barillet, député, a demandé au ministre du budget si le garage automobile d'un médecin qui est situé hors de son habitation et chez un particulier doit être considéré comme un local professionnel et, en conséquence, être frappé de la contribution des patentes ou comme un local à destination spéciale et exempt dudit impôt.

Réponse :

— Si la voiture automobile sert à l'exercice de la profession, le garage doit être considéré comme un local professionnel. Si elle est exclusivement utilisée pour l'usage personnel, le garage constitue une dépendance de l'habitation. Dans l'un et l'autre cas, sous réserve de la réforme prévue pour l'année 1932, le garage du médecin en question est imposable.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Copenhague, 5 au 9 août 1930 (1).

Le VIIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie s'est ouvert le 4 août 1930, en présence de S. M. le Roi, au palais de Christianborg, sous la présidence de M. le professeur C. Rasch.

La délégation française était composée de MM. Darier, Audry, Milian et Louste. Parmi les dermatologistes français, étaient présents : MM. Hudelo, Sabouraud, Ravaut et Marcel Pinard, Nicolas, Petges, Pautrier, Nanta, Carle, Clément-Simon, Civatte, Jausion, Schulmann, P. Blum, G. Lévy, Mlles Eliaschef et Ullmo, Thibaut et Lévy-Franckel.

Étiologie et pathogénie de l'eczéma.

M. J. Jadassohn.

Aucune question dermatologique ne soulève plus de difficultés que celle de la classification des eczémas. Cela tient à ce que l'aptitude de la peau à réagir différemment à des causes diverses est limitée. L'auteur pose en principe qu'une classification idéale devrait se baser sur les caractères étiologiques, morphologiques et sur l'évolution de la dermatose. On peut cependant tenter une classification étiologique, à condition de ne séparer du groupe des eczémas que les faits cliniques qui dépendent de causes précises. Partant de ce principe, Jadassohn exclut du cadre de l'eczéma : 1° les *dermatoses provoquées ou entretenues par un agent pathogène local* : les dermites strepto- et straphylococciques (impétigo eczématiforme de Toroks) sont de ce nombre quoique la démonstration de leur nature microbienne soit difficile à apporter; tous les intermédiaires existent entre un eczéma envahi par les cocci et les pyodermites typiques compliquant un eczéma. Les toxines microbiennes peuvent produire des réactions simulant l'eczéma : elles seraient à ranger dans les réactions eczématoïdes; 2° la *diphtérie cutanée*; 3° l'*eczéma scrofuleux*, que sa structure histologique, son mode de réaction à la tuberculine doivent faire classer dans les tuberculides; 4° les *affections mycosiques*; pour ce groupe (tuberculides, trichophytides, levurides, mycosides), presque toujours d'origine hématogène, Jadassohn propose le nom de *microbides*; 5° il faut exclure de l'eczéma, les *séborrhéides eczématoïdes*, qui paraissent dues à un processus parasitaire évoluant sur un terrain spécial (kérose de Darier, recherches de Sabouraud). Ici, la question microbienne n'est pas tout : il faut étudier les dispositions particulières de l'organisme et des téguments sujets à cette affection; enfin, la question de l'eczématisation des eczémas séborrhéiques nécessite des recherches particulières : s'agit-il d'une exagération du processus infectieux primitif, d'une infection secondaire, ou d'une eczématisation amicrobienne, qui plaiderait en faveur d'une sensibilisation particulière des séborrhéiques; 6° ne rentrent pas non plus dans le cadre de l'eczéma, les *névrodermites*, le *lichen de Vidal*, les *prurigos diathésique et de Besnier*, qui sont proches du prurigo de Hebra. Il y a entre ces dermatoses et l'eczéma vrai, aigu et chronique, des faits de passage d'un diagnostic difficile; l'eczématisation des névrodermites est fréquente. Dans les formes disséminées, la constitution générale joue un rôle prédominant : la combinaison de ces formes avec l'asthme est un fait bien connu; Rost insiste sur l'importance de leurs relations avec le « status exsudatif » et désigne la forme disséminée des névrodermites comme *eczématoïde exsudative tardive*. Il existe des faits de névrodermite disséminée, associée ou non à l'asthme, et provoqués par la teinture à l'ursal; certains cas classés comme névrodermites appartiennent aux streptodermies de Sabouraud; 7° Jadassohn discute ensuite le classement des *dermites artificielles*; d'une façon générale, il les *considère comme des eczémas*, sauf cependant celles qui sont provoquées par la chaleur, le froid, les substances nécrosantes à doses massives.

Définition et pathogénie de l'eczéma. — Quoique la structure étiologique ait une grande importance, elle ne suffit pas à elle seule à définir l'eczéma : les facteurs étiologiques et pathogéniques doivent être pris en considération.

Jadassohn considère les *eczémas comme des toxidermies dues à des réactions cutanées, cliniquement et histologiquement bien caractérisées, contre différents irritants non microbiens.*

La notion de l'idiosyncrasie est liée aujourd'hui à celles de l'allergie, de l'anaphylaxie, de la sensibilisation et à la réaction antigène-anticorps : par là, la pathogénie de l'eczéma se rapproche de celle des maladies infectieuses, avec laquelle cependant il ne faut pas l'identifier. Jadassohn définit ensuite l'idiosyncrasie : depuis les travaux de Bloch et de Schwarzschild, réussissant à provoquer l'idiosyncrasie, la dernière barrière entre idiosyncrasie et sensibilisation semble tombée : on peut donc dire que la façon spéciale de réagir, nécessaire pour déclencher un eczéma, peut être innée, ou acquise par contact unique ou multiple avec des corps nocifs. L'eczéma devrait pouvoir être considéré comme le résultat d'une réaction antigène-anticorps : la démonstration en est faite vis-à-vis des agents chimiques, physiques, et probablement mécaniques. Restent les agents d'origine endogène; la question est encore à l'étude : cependant Rosenbund et Meyerstein ont mis en évidence, dans les selles et les urines des enfants, des agents nocifs pour les téguments.

Sensibilisation et désensibilisation. — La sensibilisation peut être mono et polyvalente : ce fait explique les phénomènes observés chez certains eczémateux, qui, après un certain temps, ne supportent plus aucune substance, et réagissent aux agents les plus différents par une aggravation de leur eczéma. Jadassohn étudie ensuite le *temps de sensibilisation*, définit son incubation et les facteurs qui l'influencent (concentration, résorbabilité de l'agent nocif, son mode d'application; rôle de l'état général du sujet, tel que l'influence de la chlorose dans l'eczéma des blanchisseuses; rôle prédisposant des maladies infectieuses, de l'alimentation, etc.), puis il passe à la question la plus importante en pratique, celle de la *désensibilisation*. Elle peut être spontanée : mais il semble y avoir de nombreuses substances vis-à-vis desquelles aucune désensibilisation ne survient (odol, primevères).

Les relations entre sensibilisation et désensibilisation sont mises en lumière par les changements frappants qui se produisent dans les modes de réaction : c'est ici qu'interviennent les phases positives et négatives décrites par Kugelmann dans la dermatite de Salvarsan.

L'alternance rythmique entre phase de réaction et phase de repos, se rapproche de l'onde de l'érythème décrite par Miescher après la rœntgenthérapie. Ces altérations de la réactivité peuvent expliquer certains caractères morphologiques des lésions cutanées, et surtout les eczémas par poussées successives, l'irritation causée par un médicament bien supporté jusqu'alors, la tolérance vis-à-vis d'un autre corps mal supporté auparavant.

Les essais de désensibilisation avec des agents spécifiques n'ont jusqu'ici pas donné de bons résultats. Plus importante pour l'instant est l'étude des différentes méthodes de désensibilisation déjà abordée par Spillmann en 1923.

Les succès des méthodes de la désensibilisation non spécifique avec le térébenthinol par la *voie cutanée* sont difficiles

(1) *Association de la Presse médicale française.*

à juger, car les malades sont mis à l'abri de l'action de la substance nocive, et d'autre part, on applique en même temps un traitement local. Nous avons, avec Geiger, obtenu les meilleurs résultats d'applications répétées de solutions de concentration progressivement croissante. Il faut remarquer en passant que les traitements empiriques de l'eczéma sont souvent basés sur des phénomènes de désensibilisation : les résultats obtenus avec des substances fortement irritantes (goudron, pyrogallol, chrysambine, résorcine) s'expliquent en partie ainsi.

Une autre méthode de désensibilisation est l'*emploi de la voie interne*, comme l'auteur l'a fait pour le mercure. Le médicament, non supporté par la peau, est alors introduit soit par la voie buccale, soit par injections : il faut alors admettre qu'il atteigne la peau sous une forme apte à la désensibilisation : s'il perd sa capacité d'irriter les téguments (iodoforme, lupulin), il perd en même temps sa force désensibilisatrice. Il faut commencer par des doses homéopathiques et ne les augmenter que très progressivement. Ces recherches ont donné quelques résultats encourageants (désensibilisation envers la térébenthine par voie buccale : Perutz; envers l'olobinthine par injections, Rossiansky, etc.).

Divers traitements ont été considérés comme désensibilisants : le soufre, le lait, la peptone, la tuberculine, l'auto- et hétérothérapie, l'opothérapie (Jausion). La modification de l'alimentation peut d'ailleurs aussi amener une diminution de la sensibilité.

Certaines recherches récentes montrent combien il faut être prudent en parlant de désensibilisation, surtout vis-à-vis des agents physiques. Miescher a réussi à rendre des téguments réfractaires en les exposant à la lumière et a constaté que dans cette « désensibilisation », l'épaississement de la couche cornée jouait le principal rôle.

Etiologie et diagnostic. — Pour la recherche des causes de l'eczéma, deux facteurs sont à considérer ; l'organisme et l'agent nocif; plus que dans toute autre affection, les qualités individuelles de la peau semblent être de la plus grande importance.

Nous avons recherché les causes individuelles de l'idiosyncrasie, de l'hypersensibilité spécifique ou non : il nous reste à dépister les causes des différences entre la possibilité de sensibilisation et de désensibilisation : on se heurte toujours aux mêmes problèmes, qui, en ce qui concerne les facteurs d'*origine interne*, sont loin d'être résolus : anomalies des échanges organiques, perturbations endocriniennes; il en est de même du rôle du système nerveux, surtout neurovégétatif; plus intéressante est la question de la « disposition allergique » chez les eczémateux : il s'agit de déterminer la fréquence des maladies allergiques (à l'exclusion de l'eczéma, de l'urticaire, de la fièvre des foins) chez les eczémateux ou dans leur famille. La maladie la plus importante de ce groupe est l'asthme. Mais si l'on sépare de l'eczéma les névrodermites, et spécialement le prurigo type Besnier, on rencontre rarement l'asthme chez les eczémateux; cependant, certaines substances, telles que l'ursal, sont susceptibles de déclencher aussi bien l'asthme que la névrodermite ou l'eczéma.

Jadassohn passe ensuite à l'étude des *irritants exogènes* qui peuvent aussi agir par la voie interne, comme le prouvent les éruptions médicamenteuses.

Depuis ces dernières années, l'*examen fonctionnel de la peau* joue dans cette étude un rôle spécial : il comprend entre autres les phénomènes d'irritation vaso-motrice (urticaire provoquée) par les procédés mécaniques et caloriques, les méthodes percutanées, l'intradermo et la cuti-réaction, la mise en contact de la peau avec des emplâtres vecteurs de produit irritant, dont on veut déterminer l'action (épreuve de la compresse, Oppenheim).

Au point de vue pratique, ces emplâtres restent en contact avec la peau jusqu'au moment où le sujet ressent des démangeaisons, ou sinon vingt-quatre heures; la peau est alors nettoyée à la benzine. Si la réaction est négative, le contrôle devra être prolongé, car il peut y avoir des réactions tardives après huit jours et davantage.

L'aptitude de la peau à réagir varie suivant le siège : l'épaisseur de la couche cornée, la pigmentation des téguments, leur tension, jouent un rôle important dans cette question.

La substance à essayer et sa concentration sont souvent difficiles à trouver; si le métier du sujet le met en contact avec un ou plusieurs irritants, le problème est simplifié : c'est par eux qu'il faut commencer.

Il peut y avoir des erreurs. Souvent les substances que manie le malade ne sont pas identiques à celles qui servent à l'étude de la réaction cutanée (impuretés). Si le genre de vie du sujet, sa profession, ne donnent aucune indication, il faudra essayer l'un après l'autre tous les produits fréquemment en cause dans la production de l'eczéma : parfois on pourra découvrir ainsi l'agent nocif (Bloch et Jäger).

Conclusions. — L'auteur résume le mode de classification qu'il a donné précédemment; il ne croit pas à la possibilité de définir étiologiquement l'eczéma, à cause de la multiplicité de ses causes; une définition pathogénique, basée sur l'hypothèse de la réaction antigène-anticorps, est plutôt à envisager : le rôle de l'organisme sera toujours prépondérant dans son apparition, puisque des agents nocifs banaux sont en cause. Rost a d'ailleurs voulu faire jouer au terrain un rôle de premier plan. Si l'auteur est d'accord avec lui pour éliminer de l'eczéma les séborrhéides et les névrodermites, il ne semble pas qu'il en soit de même de toutes les formes des eczémas infantiles : les enfants des types exsudatifs et non exsudatifs peuvent réagir de la même façon aux tests fonctionnels.

M. Bruno Bloch, co-rapporteur, se place sur le plan biologique; c'est, dit-il, le problème de la nature allergique de la réaction eczémateuse qui constitue aujourd'hui le nœud de la question.

A côté d'un nombre assez grand d'eczémas dont la cause nous échappe complètement, il en existe d'autres dont la cause nous est connue : chez de nombreux sujets, le contact de certaines substances, inoffensives pour la majorité des individus, suffit à provoquer un eczéma; cette hypersensibilité individuelle, nous la désignons sous le nom d'idiosyncrasie, et si elle survient, non pas au premier contact, mais après des influences répétées, elle prend le nom de sensibilisation.

L'idiosyncrasie, d'après Doerr, ne serait qu'un phénomène allergique. L'allergie, au sens immunbiologique du mot créé par von Pirquet, désigne un changement d'état de l'organisme qui, à la suite d'un contact avec une substance (antigène), a acquis, grâce à la formation d'anticorps spécifiques, la faculté de réagir contre l'apport renouvelé de même antigène, autrement qu'auparavant.

Cette conception de l'*eczéma, réaction allergique*, si elle était confirmée et appuyée sur des bases scientifiques solides, permettrait de résoudre une série de problèmes pathogéniques de l'eczéma, tels que par exemple l'indépendance de l'intensité de la réaction cutanée et de la qualité de la substance nocive, sa production sous des influences diverses, etc. Cette conception, Br. Bloch l'étaye par les arguments expérimentaux suivants :

L'existence des anticorps spécifiques a été démontrée par les recherches de Praussnitz Kustner. Ces auteurs injectent à un sujet normal du sérum d'un sujet idiosyncrasique, et vingt-quatre heures après inoculent à ce sujet l'antigène correspondant; une réaction urticarienne instantanée se produit; mais cette méthode, valable pour un certain nombre d'affections idiosyncrasiques (asthme, fièvre des foins, maladie du sérum, urticaire, etc.), et démontrant pour ce

groupe d'affections la réalité de la conception de Doerr, n'a donné pour l'eczéma que des résultats douteux, positifs entre les mains de Biberstein et de Perutz, avec le sang ou la sérosité des vésicules, négatifs au contraire pour Coca et pour Br. Bloch.

Aussi Br. Bloch préfère-t-il, à cette première méthode de sensibilisation passive, un deuxième procédé, celui de la sensibilisation expérimentale : elle consiste à provoquer expérimentalement une maladie qui, comme la maladie des primevères ou l'érythème salvarsanique, se comporte cliniquement comme une idiosyncrasie typique, c'est-à-dire n'apparaît que chez un nombre restreint des sujets exposés, et en apparence grâce à une prédisposition individuelle; il est clair qu'ainsi le processus idiosyncrasique perd son caractère mystérieux et s'adapte au cadre des phénomènes allergiques et anaphylactiques.

Mais il était indispensable, pour que cette maladie provoquée puisse être assimilée aux réactions allergiques à la tuberculine ou au blanc d'œuf, qu'il soit possible de la reproduire en série et au gré de l'expérimentation, et que ces faits soient confirmés par l'expérimentateur chez l'animal : c'est ce qu'a réussi à faire Frei avec le salvarsan, Meyer avec l'ursal, et l'auteur, en collaboration avec Steiner Wourlich, avec la primevère.

L'eczéma des primevères chez le cobaye. — Soixante-six cobayes ont été traités par un extrait éthéré de primevère ou la primevérine cristallisée par badigeonnages, injections intradermiques ou intracardiaques (solution à 1 p. 100). Le début de la période allergique fut constaté, après une ou plusieurs injections, par un badigeonnage de la peau avec une solution d'extrait de primevère cristallisé à 5 p. 100, et même parfois à 1 p. 10.000. Quelques heures après apparut, dans 90 p. 100 des cas, une réaction inflammatoire intense, parfois papulo-vésiculeuse, prurigineuse, et suivie de desquamation.

Chez les animaux témoins, il ne se produit aucune manifestation ou parfois une légère rougeur.

La réaction allergique se produit sept à douze jours après l'établissement du foyer primitif, et ne paraît jamais disparaître (certains cas sont suivis depuis un an). On ne peut obtenir d'immunité (anergie), même par des badigeonnages répétés et étendus.

Ainsi est réalisée chez le cobaye, par sensibilisation provoquée, une allergie contre le principe actif de la primevère qui, histologiquement et cliniquement, reproduit l'eczéma des primevères de l'homme et qui, comme chez l'homme, n'amène jamais l'immunité.

Ces faits, s'ils ne nous permettent pas d'assimiler complètement l'eczéma aux manifestations allergiques et idiosyncrasiques communes, telles que l'urticaire alimentaire, l'asthme, la maladie du pollen, nous permettent de le comprendre comme une réaction immunibiologique allergique de la peau, occupant une place à part dans le grand domaine de l'allergie.

En conséquence, tous les eczémas dont nous connaissons l'agent étiologique, qu'il soit d'origine cutanée ou sanguine, doivent rentrer dans la catégorie des eczémas allergiques. Appartiennent à cette catégorie : les eczémas d'origine chimique et physique (rayons), microbienne ou toxinique, les eczémas médicamenteux et alimentaires; les formes infectieuses, levurides de Ravaut, épidermophytides et trichoptytides, dyshidrosiformes et eczématoïdes (William, Bloch, etc.), les formes dues aux pyogènes; enfin le groupe des eczématoïdes à exsudation tardive de Rost paraît, à cause de ses relations avec l'asthme allergique, appartenir à cette classe.

Quant au deuxième groupe d'eczémas, celui dont nous ne connaissons pas encore la cause véritable, il est vraisemblable qu'en dernière analyse ils devront rentrer dans les phénomènes allergiques, mais ce n'est pas encore démontrable.

En pratique, le progrès le plus important réalisé par cette conception de l'eczéma allergique, c'est la connaissance du rôle prodigieux des facteurs exogènes dans l'étiologie des eczémas. Dans tous les cas observés, on devra faire avec soin et conscience, par l'anamnèse, l'interrogatoire, etc., la recherche de l'agent nocif et essayer les tests permettant de l'éliminer, non seulement en peau saine, mais aussi au niveau des foyers guéris; par cette méthode nous avons pu mettre en lumière les causes du 100 p. 100 des eczémas professionnels et d'une grande partie des autres, c'est-à-dire de ceux qui paraissaient être d'origine endogène, et de les reconnaître comme d'origine allergique.

Contribution à l'étude de l'eczéma professionnel.

M. Oppenheim (Vienne).

M. Oppenheim cherche tout d'abord à séparer deux types cliniques : d'une part, les toxicodermies ou dermites artificielles; d'autre part, les eczémas professionnels proprement dits : ces derniers ne surviennent que sur des téguments sensibilisés; ils persistent après et malgré la disparition de l'agent nocif; à ce type clinique s'oppose celui des dermites, dans lesquelles la réaction cutanée est fonction de l'activité de la cause irritante et disparaît avec elle. La fréquence de l'eczéma professionnel dans la main-d'œuvre féminine fait admettre que le sexe joue un rôle dans son apparition.

Les différentes statistiques (Lane, Steiner) font ressortir ce fait, que l'eczéma professionnel ne survient pas tant sous l'influence de la sensibilisation à une substance déterminée, que sous l'action de l'exposition répétée et prolongée à l'ensemble de toutes les causes d'irritation cutanée qui peuvent se présenter au cours du travail. Celles-ci agissent surtout sur la couche cornée et la graisse épidermique, et, dès que ce système de défense, lésé, fait défaut, la peau, sensibilisée allergiquement, peut devenir malade : le véritable eczéma professionnel ne doit pas être tant considéré comme un *processus allergique pur*, que comme *le résultat d'altérations physiques ou chimiques de la couche cornée et de la graisse épidermique.*

Parmi les causes de l'eczéma professionnel (eau, chaleur, froid, poussières, frictions, etc.), M. Oppenheim insiste surtout sur le rôle de l'eau, qui, après macération de la couche cornée, amène par action mécanique une fissuration des couches superficielles de l'épiderme. Il existe évidemment des facteurs de résistance variables suivant les sujets (ichtysioques, séborrhéiques, hyperhidrosiques).

A l'action nocive de l'eau s'ajoute celle des produits destinés au nettoyage de la peau : savons, alcalis, benzine, pétrole, brosses, etc.); dans de nombreuses exploitations, ce ne sont pas les substances manipulées au cours du travail, mais les procédés de nettoyage qui sont responsables de la production de l'eczéma professionnel.

M. Oppenheim, se plaçant au point de vue pratique, propose une classification des produits nocifs suivant leur mode d'action : kératolytiques (alcalis), dégraisseurs (térébenthines, benzols, naphtes), sucres, formols.

La *prophylaxie* de l'eczéma professionnel est basée sur des règles générales et sur des procédés à employer dans les cas particuliers.

Il existe une sorte de prophylaxie naturelle : dans certaines entreprises, les ouvriers s'habituent à résister aux altérations : il y a une sorte d'adaptation de la peau aux irritations extérieures : aussi a-t-on pu dire (Bethemann) que le travail ne sensibilise pas tant qu'il ne désensibilise. Le choix du personnel, l'élimination de certains sujets, l'emploi de gants de caoutchouc, la suppression du brossage, le séchage rigoureux des mains, leur graissage, sont les règles générales qui, appliquées avec soin permettent dans une certaine mesure d'éviter les maladies professionnelles.

La prophylaxie particulière de l'eczéma professionnel

consisterait à dépister le produit nocif par une recherche minutieuse : il ne faut pas trop y compter, car ces eczémas sont dus à un complexe de causes (Darier), et l'allergie spécifique est souvent difficile à trouver; la méthode des tests fonctionnels de la peau (épreuve de la compresse) ne paraît pas devoir donner des résultats encourageants et il n'y aurait que 12,5 p. 100 des eczémas professionnels qui donneraient, d'après Steiner, une réaction spécifique monovalente, c'est-à-dire correspondant spécifiquement à la substance nuisible. Les différences obtenues par les différents auteurs dans le nombre des résultats positifs donnés par les tests fonctionnels de la peau mettent en lumière l'incertitude de cette réaction. Dans deux tableaux annexés à son travail, et dus à Steiner, Oppenheim montre que les réactions cutanées aux tests fonctionnels peuvent varier, non seulement d'un âge à l'autre, mais en quelques jours.

Aussi, à cause de la difficulté d'une désensibilisation spécifique, le traitement de l'eczéma professionnel ne se distingue-t-il pas, dans ses grandes lignes, du traitement général des eczémas.

M. Oppenheim termine par des considérations de médecine sociale sur l'assimilation des eczémas professionnels aux accidents de travail, lorsque la preuve de leur origine pourra être rigoureusement établie (1).

Communications libres.

Étude expérimentale sur l'allergie dans les infections mycosiques. — M. Koyo (de Zogreb).

Sur la schizocharomycose (étude synthétique). — M. Benedik (de Leipzig).

Sur l'eczéma mycosique des mains et sa pathogénie. — M. Matras (de Vienne).

150 cas de teigne chez l'enfant traités par l'acétate de thallium. — M. E. Globus (de Wilno).

Sur la biologie des champignons pathogènes. — M. V. Mallickrodt-Haup (de Brühl, près Cologne).

Les épidermomycoses chez les nouveau-nés. — M. H.-C. J. Finsen.

Les causes de la localisation exclusive de la trichophytie sur la peau. — M. Manu Jodassohn (de Zurich).

L'hypersensibilité aux teintures pour cheveux. — M. Kaete Jaffé (de Berlin).

Le traitement abortif nuit-il au développement normal de l'immunité spécifique? Quelle est sa responsabilité dans l'accroissement de la fréquence de la parasyphilis?

M. le professeur Léopold Arzt (de Vienne).

M. Arzt discute tout d'abord la question de la guérison clinique, sérologique et biologique de la syphilis, qui, d'après certains paragraphes du rapport de Truffi, ne paraîtrait plus devoir être mise en doute. Cependant certains auteurs ont exprimé une opinion contraire : l'échec d'un traitement entrepris à la période primaire pourrait troubler gravement le développement ultérieur de l'immunité, et imprimer à l'évolution future de la maladie une allure différente de celle que nous considérons comme classique. Finger, en particulier, admet que, dans ces conditions, la syphilis perd son caractère d'affection cutanée : depuis l'introduction du salvarsan dans la thérapeutique, les manifestations cutanées ou muqueuses sont réduites au minimum; la peau perd ainsi son caractère d'organe de défense, et de ce fait, les atteintes nerveuses (tabes et paralysie générale) et vasculaires (aortite), subissent un accroissement significatif. On conçoit combien il est important de tirer au clair cette question : si réellement le traitement de la syphilis, et en particulier la salvarsanthérapie, n'avaient comme résultat que d'entraver la tendance naturelle à la guérison de la maladie et la mise en jeu des forces de résistance de l'organisme, notre conduite actuelle, et en particulier le traitement abortif, ne seraient plus justifiables.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 540 malades, traités de 1911 à 1922, dont la durée d'infection variait de huit à dix-neuf ans. Le chiffre de huit années d'observation est évidemment trop faible; mais, d'après certains auteurs, l'intensité du traitement raccourcirait la durée du temps d'incubation.

De ces 540 sujets, Arzt ne retient tout d'abord que 149 chez lesquels il a observé 48 récidives, dont 43 récidives à la fois cliniques et sérologiques (25 p. 100) et 5 récidives sérologiques pures (2 p. 100). Sur ces 149 malades, l'auteur relève 10 cas de neurosyphilis (5 tabes et 5 paralysies générales), soit 7 p. 100. Les 391 malades manquant n'ayant pas répondu à l'appel de l'auteur, ont été l'objet de recherches dans les asiles d'aliénés.

L'auteur retrouve 4 sujets atteints de parasyphilis (1 tabes, 2 paralysies générales et une syphilis spinale), éliminant certains malades atteints d'épilepsie ou de schizophrénie, affections qui, dit-il, ne peuvent être mises sur le compte d'une syphilis en évolution. La statistique des cas de parasyphilis peut donc se résumer par les chiffres suivants :

Nombre de malades ayant reçu le traitement abortif : 540; parasyphilis : 14, soit 2,5 p. 100, dont : syphilis spinale, 1 (6,29 p. 100); tabes : 6 (1 p. 100); paralysie générale : 7 (1,3 p. 100) chiffres très inférieurs à la proportion de 10,59 p. 100 (dont 3,19 p. 100 de syphilis médullaire, 2,73 p. 100 de tabes et 4,67 p. 100 de paralysie générale), donnés par la statistique de Mattauschek et Pilcz.

L'auteur fait observer, d'autre part, que certains de ses malades, traités au début de la période 1911-1922, n'avaient reçu qu'un traitement très insuffisant pour notre conception actuelle, et que sur les 14 sujets atteints de parasyphilis, 12 n'ont subi le traitement — qui cesse alors de mériter le nom de traitement abortif — qu'à la période sérologique positive; ce qui réduit à 4 p. 100 la proportion des parasyphilis observées après traitement abortif.

Quant aux deux cas restants (1 tabes et 1 paralysie générale), sans doute leur séro-réaction répétée plusieurs fois était-elle négative, mais ils présentaient déjà tous deux une réaction ganglionnaire. Ainsi, d'après ces documents, l'augmentation de la parasyphilis semble-t-elle devoir être mise sur le compte, non de traitement abortif, mais du traitement précoce.

Reprenant la question à un autre point de vue, l'auteur a recherché les antécédents thérapeutiques de 164 parasyphilitiques traités à sa clinique de 1922 à 1930. 37 de ces sujets auraient, d'après leurs dires, subi un traitement abortif, soit 23 p. 100.

L'auteur conclut que : 1° la parasyphilis n'est pas due au traitement abortif; 2° celui-ci, pratiqué à la période séronégative, est un facteur de préservation pour le système nerveux central; 3° il n'en est plus de même à la phase séropositive; il faut alors s'attendre à 4 p. 100 environ de parasyphilis; 4° on ne peut tirer de ces faits aucun argument de nature à faire admettre un rôle néfaste de la thérapeutique vis-à-vis du développement de l'immunité; 5° l'apparition des cas de paralysie générale est plutôt due à l'insuffisance et à l'irrégularité des traitements employés.

---

(1) Les rapports sur l'eczéma de MM. Darier, Sabouraud, Krzysztalowicz, Allen Pusey, Samberger et Whitefield, qui nous sont parvenus trop tard, figureront dans un prochain numéro. (*N. D. L. R.*)

Considérations cliniques sur la résistance naturelle et l'immunité spécifique dans la syphilis (processus de la période d'incubation dans l'infection primaire et seconde; conditions de la formation du chancre; exceptions à la loi de Colles. Syphilis binaire).

M. Hoffmann (de Bonn).

La résistance naturelle contre les maladies infectieuses et l'immunité acquise sont deux phénomènes distincts : cette différenciation est vraie aussi en ce qui concerne la syphilis, car, d'après les recherches expérimentales sur l'animal, aussi bien que d'après les observations faites sur l'homme, il faut accorder à la résistance ou à l'immunité naturelle une certaine importance : le fait que la région génitale est beaucoup plus souvent le siège de l'accident primitif que la région buccale ou d'autres points de corps, semble reposer en partie sur les différences de résistance à l'infection suivant les régions considérées, abstraction faite des conditions différentes de l'infection (vulnérabilité, anaérobies); l'existence d'infections asymptomatiques, qui, au point d'inoculation, ne montrent aucune lésion primaire est significative en clinique : l'infection restée latente après inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, d'un seul côté, se transforme en une infection visible, après la deuxième inoculation, faite cette fois dans la chambre antérieure du côté opposé. Pourquoi, d'autre part, n'y a-t-il si fréquemment qu'un seul accident primitif? Peut-être y a-t-il déjà, pendant cette période de première incubation, certaines forces en jeu, qui limitent la maladie au point où l'inoculation a été le plus massive, tandis qu'elles enrayent le développement de colonies voisines, plus faibles? Existe-t-il déjà en ce point une ébauche d'immunisation? Nous ne pouvons encore en décider. Cependant, à la suite de la gale ou de l'herpès de très nombreux accidents primitifs (20 ou 30) peuvent survenir : il est vraisemblable que ces maladies diminuent les forces de résistance de l'organisme.

En ce qui concerne l'immunité spécifique, il semble que l'étude des processus parasitologiques pendant la première incubation, comparant l'inoculation primaire avec l'inoculation seconde, soit particulièrement démonstrative : après la première inoculation, chez le lapin, les migrations des spirochètes paraissent se faire sans obstacle notable, tandis qu'après l'inoculation seconde cette migration est retardée (Strempel et Armuzzi). Il est à désirer que ces recherches soient reprises dans les réinfections survenant après guérison de malades traités par le salvarsan à doses suffisantes.

Quelques remarques sur la *formation du chancre*. Les modifications des réactions cutanées sont telles, dans la région atteinte, qu'aucun chancre nouveau ne peut s'y produire, si on y introduit un nouveau virus; mais ce phénomène devient moins net, si la première infection s'est faite par la voie sanguine, ou si le développement du chancre a été interrompu par une excision précoce; le phénomène redevient évident, si l'inoculation a été faite par la voie rachidienne (Strempel); cette expérience montre l'étroitesse des relations entre ces deux tissus d'origine ectodermique que sont la peau et le système nerveux central.

La loi de Colles-Baumès énonce cette vérité, que la mère d'un enfant syphilitique, même si elle paraît indemne de syphilis, ne peut, malgré les risques de contagion auxquelles elle s'expose, contracter un accident primitif. Les exceptions à cette loi peuvent s'expliquer par une surinfection et l'apparition d'une papule chancriforme. Un troisième mode d'*immunité passive* pourrait consister à stériliser l'organisme par l'accumulation des produits du spirochète, comme l'a montré Besredka dans son procédé d'épuisement des milieux de culture.

Mais il serait plus séduisant de tenter l'application de *paravaccins* : soit en provoquant une « subsyphilis » par l'atténuation, la dégénérescence des spirochètes par des procédés chimiques ou physiques, par des passages sur l'animal, ou en les inoculant à des animaux inférieurs, de façon à obtenir des races de faible virulence, à peine pathogène. Les recherches tentées par l'auteur sur les parasites suceurs (poux, puces, punaises) ne lui ont d'ailleurs permis de découvrir aucune forme nouvelle de spirochète. Enfin, peut-être pourrait-on obtenir une « co-immunité hétéro-allergique » en rendant transmissible à l'homme la syphilis du lapin, en atténuant la frambœsias ou le sodoku.

D'autres méthodes de bactériothérapie seraient aussi à prendre en considération, telles que le bactériophage de d'Hérelle, le renforcement des procédés de défense phagocytaire au moyen de l'inondation des voies sanguines par des bactéries non pathogènes. Ceci nous conduit à envisager le dernier groupe de possibilités, dont le but est d'activer la capacité de défense des leucocytes, plasmazellen, du réseau réticulo-endothélial, des glandes endocrines et hématopoïétiques, du foie, etc., soit par des produits non spécifiques, comme les protéines ou les agents chimiques, soit par des produits spécifiques, comme la luétine, ou même par des mesures générales d'hygiène (ésophylaxie d'Hoffmann).

Communications libres.

Différenciation des manifestations syphilitiques du système nerveux central par la réaction de fixation dans le liquide céphalo-rachidien pratiquée avec des extraits cérébraux. — M. Marchionini (Fribourg-en-Brisgau).

Chancres mous multiples avec septicémie à bacille de Ducrey. — M. Merther (de Dresde).

Superinfection et immunothérapie dans la syphilis. — M. G. Verroti (de Catane).

Résultats éloignés du traitement abortif dans la syphilis (cas traités de 1910 à 1920). — M. P. de Favento (de Trieste).

La circulation du salvarsan dans l'organisme. — M. B. Pontoppidau (de Copenhague).

Les manifestations de la peau et des muqueuses dans le tabes et la paralysie générale. — MM. Tscheroyoueow et W. Rachmanow (de Moscou).

La tuberculose de la peau chez les enfants et sa signification.

M. E. Brungsaard (d'Oslo).

Les recherches de l'auteur ont porté sur cent enfants de zéro à quinze ans, atteints de diverses formes de tuberculose cutanée. Dans la plupart des cas, la contagion a été familiale. *La porte d'entrée a été à peu près constamment le poumon* et la contagion remonte en général aux premières années de l'enfance; à ce moment, la tuberculose pulmonaire et surtout l'adénopathie trachéo-bronchique dominent le tableau clinique. Plus les enfants avancent en âge, plus souvent l'examen des poumons donne un résultat négatif; cela n'autorise en aucune façon à rejeter le fait de l'infection par inhalation; il est facile, en effet, de mettre en lumière ces foyers anciens à l'aide des injections de tuberculine; les foyers redeviennent alors visibles à l'écran et se révèlent par de la fièvre et des crachats bacillifères. La contagion par des crachats ou des objets souillés ne joue qu'un rôle secondaire, comme le démontre la rareté des cas où le premier accident paraît avoir été cutané ou muqueux. La tuberculose bovine ne paraît devoir être qu'exceptionnellement en cause : elle peut être considérée comme bannie de plusieurs provinces de Norvège, où cependant la tuberculose cutanée est fréquente.

M. Jesioneck (de Giessen). Chez l'animal, la peau, placée dans des conditions contraires à l'état de nature (domestication), fournit une quantité moindre de produits d'échanges à affinité tuberculeuse, que dans des conditions naturelles de vitalité. Sous l'influence de ces phénomènes de dépression, les toxines tuberculeuses deviennent capables d'attaquer les fibres conjonctives et de constituer un foyer morbide. A la suite de la formation de ce foyer apparaissent les substances réfractaires, endo-produits résorbables, résultant des réactions organiques en jeu entre l'agent tuberculeux et le tissu conjonctif. Ces substances réfractaires, chimiquement indifférentes vis-à-vis du bacille de Koch, se mélangent aux humeurs, puis aux fibres conjonctives et affaiblissent leurs affinités vis-à-vis du bacille de Koch et de ses toxines. Ceux-ci deviennent alors capables d'attaquer, non seulement les cellules adultes des fibres conjonctives et élastiques, mais aussi les cellules germinatives; d'où formation d'un foyer suppuré, où apparaissent, sous forme de cellules épithéliales, les cellules embryonnaires sécrétées malgré l'infection par les cellules germinatives. Peu à peu, les substances réfractaires atteignent le parenchyme cutané. Influencées dans leur biochimisme, les cellules de la basale épidermique de la peau sécrètent des quantités considérables d'antituberculine épidermique, que contrebat l'influence néfaste des substances réfractaires et rend aux humeurs leur faculté de détruire le bacille de Koch.

Il existe ainsi dans les humeurs du sujet tuberculeux deux sortes de produits antagonistes :

1° Les substances réfractaires dérivées du foyer morbide qui, affaiblissant l'affinité spécifique des tissus, donnent la suprématie au bacille de Koch ;

2° L'antituberculine épidermique, qui rend aux humeurs leur activité tuberculolytique. Ces recherches expérimentales placent les téguments au premier plan des forces de résistance de l'organisme contre l'infection tuberculeuse. D'où la nécessité de rendre à la peau ses propriétés naturelles, qu'elle a perdues au cours de la civilisation, en la faisant participer aux irritations naturelles, thermiques, lumineuses et mécaniques, et en lui fournissant une nourriture rationnelle, possibilité qui nous est offerte par la diète de Gerson-Sauerbruch.

M. R. Volk (de Vienne). Le type bovin du bacille de Koch ne paraît être l'agent de la tuberculose cutanée que dans un nombre restreint de cas; c'est le type humain qui est le plus souvent la cause de l'infection. Mais il ne faut pas exclure la possibilité de l'infection par le type aviaire, dont l'auteur vient d'observer une forme à début septicémique, terminée par un processus d'infiltration avec ulcérations des membres inférieurs. M. Volk discute ensuite l'existence des formes filtrantes du bacille de Koch, sur lesquelles les écoles française d'une part, allemande et italienne de l'autre, ne sont pas d'accord. Certaines recherches (Hubschmann, Felsenfeld) seraient cependant en faveur de leur existence.

La tuberculine conserve son importance, associée ou non aux sels d'or, au point de vue thérapeutique, mais surtout au point de vue diagnostique. La spécificité de ses réactions est encore discutée. L'existence d'un accident primaire tuberculeux, non admise par Brunsgaard pour qui le lupus ne survient que chez des sujets déjà en état d'allergie, a été observée par M. Volk.

La classification des tuberculoses cutanées prête encore à certaines critiques : le lupus pernio, par exemple, doit être séparé du lupus vulgaire et rangé dans le groupe des tuberculides miliaires de Boeck. Cependant la nature tuberculeuse du lupus pernio est contestée; pour Zieler, c'est un granulome à agent inconnu. Kreibich admet une certaine parenté avec la lymphogranulomatose.

Schaumann propose le nom de lymphogranulome bénin et admet son origine bovine. La constatation (kyste) du bacille de Koch dans les lésions devrait mettre fin à la discussion; mais une difficulté subsiste, à cause de la structure hautement caractéristique des lésions, que nous retrouvons d'ailleurs dans différentes formes de tuberculose cutanée ou viscérale (hyperplasie tuberculeuse sclérosante à grandes cellules de Mylius et Schürrmann). La même question se pose à propos des tuberculoses indurées de la peau (érythème induré de Bazin, sarcoïdes de Darier et de Darier-Roussy). Darier, d'ailleurs, souligne la parenté de son groupe de sarcoïdes avec les lésions du type Bazin.

Au point de vue thérapeutique, les résultats brillants de la finsenthérapie ne doivent pas faire oublier ceux de l'exérèse chirurgicale, non pas seulement dans les foyers limités, mais aussi dans les formes étendues. Sur 1.300 cas traités par ce procédé, l'auteur a eu 95 p. 100 de guérison rapide et durable. Le bistouri électrique n'apporte aucun progrès sensible. Le traitement par la diète de Gerson nous donne une méthode très active et soulève des questions théoriques intéressantes et non résolues. Combinée aux anciennes méthodes, la diète paraît favoriser la guérison.

Communications libres.

Nouveaux résultats de la diète de Gerson dans la peau et les muqueuses. — M. Wichmann (de Hambourg).

Le traitement de la tuberculose de la peau. — MM. Blumenthal, Bolner et Hofer (de Berlin).

Sur la pathogénie des tuberculides. — MM. Kren et Lowenstein (de Vienne).

Particularités du lupus nasal. — M. Wirz (de Munich).

Sur l'étiologie et la pathogénie de purpura annularis telangiectoïdes de Majocchi. — M. U. Cavalluci (de Naples).

Immunothérapie des verrues et des condylomes chez l'homme et chez l'animal. — M. Berstein (de Breslau).

Rétentions métalliques dans la pelade. — MM. H. Feik, Throne, Bindford et Myers (de New-York).

Atrophies cutanées diffuses et de types multiples, évoluant chez une malade insuffisante glandulaire et syphilitique. — M. L. Hufnagel (de Paris).

(*A suivre.*) LÉVY-FRANCKEL et THIBAUT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DES 6 ET 13 OCTOBRE 1930)

Sur l'oxydation de l'aldéhyde benzoïque. — M. E. Raymond.

Généralités de la présence d'alcaloïde chez les buxacées. — M. E. Martin Sans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1930)

Hommage à Laveran. — M. le Président annonce la prochaine inauguration au Val-de-Grâce d'un médaillon de Laveran. L'Académie sera représentée par son bureau à la cérémonie qui aura lieu le 6 novembre prochain.

Notice nécrologique. — M. MORAX donne lecture d'une notice consacrée à Henry Delagenière (du Mans), associé national récemment décédé.

Rapport. — M. RENAULT lit un rapport sur diverses demandes en autorisation concernant la fabrication et la vente des sérums.

Actinomycose. — MM. A. et R. SARTORY et J. MEYER apportent une contribution à l'étude des mycoses osseuses primitives. Ils ont observé un nouveau cas d'actinomycose osseuse à grains jaunes sans massues.

Néoplasmes de l'estomac et radiothérapie profonde. — MM. G. LION et L. KLÉMAN rapportent les observations de tumeurs de l'estomac considérées comme cancéreuses et jugées inopérables, tant à cause de leur siège et de leur étendue, que de l'état de dépérissement extrême des malades, ont été soumises d'une façon intensive à la radiothérapie profonde et sont actuellement vivantes et bien portantes, l'une six ans et six mois, l'autre cinq ans et six mois après l'application du traitement.

Eloge d'Ambroise Paré. — Nous rappelons que M. Jean-Louis Faure fera mardi prochain au cours de la séance de l'Académie une conférence sur Ambroise Paré.

Prix Vulfranc-Gerdy. — Jusqu'à présent l'Académie de médecine mettait tous les ans au concours un prix destiné à un interne des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger, Strasbourg, en vue de lui permettre d'aller étudier les propriétés des eaux minérales d'une station balnéaire qui lui était désignée. Une indemnité de 1.500 fr. lui était attribuée pour ses frais de séjour, de plus une récompense de 500 fr. pouvait lui être accordée si son rapport la méritait.

L'Académie de médecine vient de porter de 1.500 à 3.000 fr. l'indemnité de séjour et de décider que le concours aurait lieu désormais tous les deux ans. Le prochain concours aura lieu en fin novembre 1930.

Les internes qui désireraient y prendre part sont invités à adresser leur demande dès maintenant à M. le secrétaire général de l'Académie, 16, rue Bonaparte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1930)

Essai de traitement d'un cas de cirrhose alcoolique par la diathermie du foie. — MM. Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET, H. LOUTSCH et J.-H. MARCHAND présentent un malade de trente-sept ans, entré à l'hôpital il y a huit mois, en février dernier, avec une cirrhose éthylique à allure très grave dont le début remontait à quelques mois. Le malade était dans un état cachectique avec anémie marquée. On institue un traitement par la diathermie du foie par séances tri-hebdomadaires. Dès la cinquième séance l'ascite cesse d'augmenter, puis commence à diminuer. Le poids dessine une courbe descendante en même temps que l'état général commence à s'améliorer.

Actuellement, le malade a un excellent état général, s'alimente bien, circule, etc. Sa paroi abdominale plissée avec une poche flasque au niveau de l'ombilic témoigne de l'importance qu'a eue l'ascite. Intentionnellement les auteurs n'ont pas refait de séances nouvelles de diathermie, voulant juger de la stabilité du résultat obtenu.

Les auteurs ont tenu à faire connaître cette première observation qui montre que la diathermie du foie est susceptible de fournir de très intéressants résultats dans le traitement de l'ascite cirrhotique.

Méningite purulente postvaricelleuse avec réaction corticale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, A. MIGET et S. CONSTANTINESCO rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, au décours d'une varicelle, présente un épisode fébrile avec céphalée à prédominance frontale gauche et crises convulsives à début facial droit.

A son entrée à l'hôpital, il existe un syndrome méningé fruste avec ptosis gauche et anesthésie dans le domaine du frontal gauche. La ponction lombaire donne les résultats suivants : liquide clair, hypertendu, lymphocytes 191, polynucléaires 10 par millimètre cube, albumine 2 grammes, Bordet-Wassermann négatif.

Le malade succombe au cours d'une crise plus violente.

L'étude anatomique met en évidence une méningite avec liquide séro-purulent dont les lésions prédominent nettement au niveau de la partie antérieure et inférieure de l'hémisphère gauche.

Ces auteurs discutent l'étiologie de ce cas et pensent qu'il s'agit d'une méningite de nature varicelleuse. Ces réactions méningées varicelleuses discrètes ou latentes ne sont pas rares, et les complications nerveuses, actuellement à l'étude, si elles n'altèrent pas le pronostic bénin de l'affection dans la majorité des cas, sont cependant intéressantes à connaître.

Protéinémie normale au cours d'une néphrite aiguë œdémateuse; test de l'injection intraveineuse de chlorure de sodium en solution hypertonique. — MM. P. ABRAMI, Robert WALLICH et Robert WORMS ont pu mettre en évidence, par l'injection intraveineuse de 20 centimètres cubes d'une solution de NaCl à 20 p. 100, une certaine fragilité de l'équilibre protéique, caractérisée par un abaissement momentané de la sérine sous l'influence de cette injection. Ce phénomène qui s'est produit pendant la période d'état de la maladie a disparu après la guérison clinique.

Tumeur pylorique à évolution fébrile prolongée (vingt-six mois). — M. MASSELOT (de Tunis).

Pneumothorax controlatéral. — M. Ch. MANTOUX rapporte l'observation d'un homme âgé de soixante-sept ans, atteint de tuberculose ulcéro-fibreuse du côté gauche. L'existence d'adhérences anciennes rendant impossible la pratique d'un pneumothorax du côté atteint, on fit une insufflation du côté opposé qui entraîna une forte rétraction du médiastin du côté malade, à la suite de quoi l'on vit l'expectoration diminuer de près de moitié.

MM. Etienne MAY et J. STÉHELIN rapportent une observation d'**ascite foudroyante développée en quelques heures au cours d'une cirrhose latente.** Un tel fait impose la notion, pour expliquer les accidents aigus des cirrhoses, d'un facteur humoral hydropigène dont la nature est encore totalement inconnue.

M. PILOD (du Val-de-Grâce) présente la communication de M. ESQUIER sur un **cas de méningite ourlienne primitive.**

Deux cas d'endocardite maligne aiguë à forme méningée. — MM. E. DE MASSARY et Y. BOQUIEN rapportent deux observations de formes méningées de l'endocardite maligne aiguë. Ils insistent sur :

1° L'importance du syndrome méningé qui peut aller jusqu'à simuler une méningite cérébro-spinale;

2° Les modifications du liquide céphalo-rachidien, polynucléose abondante dans un cas, mononucléose dans l'autre;

3° L'existence de paralysies sous forme d'hémiplégies, exceptionnelles dans les méningites aiguës;

4° L'absence de signes cardiaques;

5° Enfin, les phénomènes généraux accompagnés d'arthralgies précédant la localisation méningée plaident en faveur d'une streptococcie.

Dans ces deux observations on trouva à l'autopsie, outre des lésions d'endocardite aiguë, dans l'une une hémorragie sous-pie-mérienne, dans l'autre un foyer de ramollissement cérébral.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1930)

M. GOSSET, président, fait part du décès de M. Delagénière (du Mans).

Méthode d'injections artérielles. — M. HARTMANN fait un rapport sur un travail de MM. Malhoto Saïto, Kazunori Kamichawa et Hideyoshu Yanagcizawa (Japon). Ces auteurs injectent la substance opaque (lipiodol) dans une artère collatérale et obtiennent d'intéressantes radiographies.

Fermeture intra-péritonéale des anus contre nature du gros intestin. — M. BASSET rapporte ce travail de M. Murard (du Creusot). La méthode extra-péritonéale ne protège pas la fermeture par un plan péritonéal, laisse l'intestin adhérent à la paroi. A condition de choisir bien son moment, selon les conceptions de M. Duval, la méthode intra-péritonéale n'est pas grave, 7 cas, 7 succès.

M. Basset réunit 148 cas avec seulement 2 décès pour la méthode intra-péritonéale.

M. PICOT fait remarquer qu'on a quelquefois des ennuis du côté de la peau, qu'on évite en laissant la paroi fermée et la peau ouverte.

Rupture traumatique de la rate, hémorragie intra-péritonéale sans contracture pariétale. — M. PROUST rapporte cette observation de M. Lecercle (de Damas), et rappelle que l'hémorragie intra-abdominale n'entraîne pas logiquement le ventre de bois.

M. DUVAL remarque que dans 2 cas de grossesse tubaire ses assistants ont constaté le ventre de bois, et le sang était stérile.

M. HARTMANN considère qu'il peut y avoir absence de contracture ou contracture suivant les cas, et rappelle un cas personnel de rupture du foie avec contracture.

M. BROCQ, dans une rupture spontanée d'une rate normale, avait cru sur la contracture, à l'existence d'un ulcère gastrique.

M. PICOT a vu une contracture abdominale chez l'enfant, avec simple hématome rétro-péritonéal.

M. MATHIEU rappelle que chez les enfants, on observe souvent de la contracture abdominale après contusion, alors qu'il n'existe aucune lésion intra-péritonéale.

M. DUJARIER pense que la contracture peut se voir, l'absence de contracture aussi.

M. DUVAL remarque que, même en dehors des contusions abdominales, les hémorragies intra-abdominales peuvent provoquer de la contracture.

M. BASSET pense que la contracture impose l'intervention et que l'absence de contracture n'implique pas l'abstention opératoire.

M. THIÉRY a observé une rupture du pédicule de la rate, ayant libéré cet organe dans l'abdomen.

Pour M. J.-L. FAURE, la contracture est simplement le résultat de la douleur.

M. MONDOR pense que dans les hémorragies intra-péritonéales spontanées, la contracture n'est pas un signe habituel.

M. DUVAL fait remarquer que sans être un signe habituel, la contracture peut exister.

M. GOSSET ajoute que, sur une série de 12 blessés tombés dans des conditions identiques, le seul qui présentait de la contracture abdominale avait une rupture viscérale.

M. PROUST ne nie pas que la contracture puisse exister en certains cas.

Résection du genou. — M. SORREL dit que le rapprochement des surfaces osseuses par ostéosynthèse métallique expose à des inconvénients ainsi que le prouvent une série d'examens et de réopérations tardives. M. Sorrel fait passer une série de projections prouvant ces inconvénients et montrant sa technique personnelle de résection, qui assure la coaptation osseuse par rapprochement de deux volets aponévrotiques, et par plâtre. C'est lorsque la phase de réparation commence qu'on doit pratiquer la résection, et non pas dans la période dangereuse d'envahissement organique et de destruction locale. Il s'appuie sur une statistique de 125 cas.

M. CUNÉO conseille de mettre le membre vertical pour faire l'appareil plâtré.

M. MATHIEU est partisan de l'ostéosynthèse par fils et de la méthode de Fredet.

M. LAPOINTE n'est pas partisan de la suture osseuse dans les résections,

M. LENORMANT croit qu'il vaut mieux éviter la synthèse osseuse, mais pense que l'intervention est indiquée dès que le diagnostic est devenu évident, et que d'ailleurs le processus d'évolution ne laisse pas toujours le choix du moment opératoire.

M. BROCQ remarque que M. Lejars, en 1907, rejetait déjà l'ostéosynthèse.

LIVRES NOUVEAUX

Pathogénie et traitement de l'asthme bronchique (1) par A. HAIBE. Mémoire à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Dans ce long mémoire, que vient de couronner l'Académie royale, le distingué directeur de l'Institut de bactériologie et d'hygiène de la province de Namur relate une douzaine de très intéressantes observations prises dans ses archives personnelles à l'appui de ses conceptions pathogéniques et comme exemple des succès auxquels peut mener le traitement qu'elles comportent.

Pour l'auteur, 80 p. 100 des expectorations des asthmatiques renferment le streptocoque hémolytique, et l'importance de son rôle est attestée par les caractères de l'intradermo-réaction. L'auteur a observé que des injections de vaccin in situ arrivent à créer un état réfractaire local et que des injections pratiquées en des points de l'organisme à chaque fois différents permettent à l'immunité de se généraliser. L'effet de ces injections est de provoquer au début une leucocytose pulmonaire marquée, de stimuler la leucocytose générale et de provoquer une polynucléose neutrophile qui correspond à une inversion de la formule sanguine habituelle aux asthmatiques.

Il résulte de ce traitement une atténuation ou une suppression des symptômes propres à l'asthme et de ceux de la bronchite concomitante. Il s'agit là de tentatives poursuivies depuis plus de douze ans. En ne tablant que sur les résultats obtenus dans les six premières années et qui se sont conservés depuis, l'auteur accuse 40 p. 100 de guérisons, 40 p. 100 d'amélioration appréciable contre 15 à 20 p. 100 seulement d'échecs.

R. L.

(1) Lica Henriette Simont, Bruxelles, *L'Avenir*, 1929.

L'Asthme infantile (1), par A. HAIBE.

L'auteur a étudié à la lumière des mêmes conceptions l'asthme infantile et rapporte un certain nombre d'intéressantes observations. Pour lui, dans la seconde enfance surtout il faut faire parmi les causes de l'asthme une place importante aux affections respiratoires. Les agents en sont le plus souvent le staphylocoque et le streptocoque, causes de trachéo-bronchites, point de départ des sensibilisations. Un traitement combinant l'autohémothérapie et la vaccinothérapie agit à la fois sur tous les éléments de ce complexus sans présenter aucun danger pour le petit malade. L'auteur a pu obtenir jusqu'à 95 p. 100 de succès par cette méthode, moyennant une judicieuse critique des indications.

R. L.

La Autonomia del Corazón [L'autonomie du cœur] (2), par le professeur-docteur Alejandro LIPSCHÜTZ. Conférences prononcées à l'Institut de physiologie de l'Université de Concepción-Santiago (Chili).

En trois brèves mais substantielles conférences, suivies des plus importantes indications bibliographiques, l'auteur étudie les conceptions actuellement admises touchant le fonctionnement de l'appareil cardiaque : l'autonomie du cœur et de ses parties, théories myogène et neurogène touchant les incitations motrices; anatomie et physiologie du système autonome du cœur; les hormones cardiaques; la transmission humorale des incitations vagales et sympathiques. Trois conférences claires et complètes dans leur concision.

R. L.

Les Dilatations de l'estomac. Sémiologie et thérapeutique des distensions gastriques (3), par le docteur René GAULTIER, président de la Société de médecine de Paris, président de la Société de thérapeutique. Deuxième édition.

L'auteur donne, dans ses grandes lignes, la description des dilatations d'estomac en deux groupes pathogéniques : estomacs distendus par ectasie gastrique, estomacs distendus par sténose ou par spasme. Pour les premiers, il indique les nouvelles méthodes de traitement, telles que la gastrotonométrie clinique permet de les entreprendre et de les diriger; pour les autres, il insiste sur les méthodes chirurgicales dans les cas de sténoses et sur la dilatation pylorique d'Einhorn dans les cas de spasmes; enfin, l'auteur a écrit un chapitre à part des dilatations aiguës de l'estomac, ces distensions gazeuses énormes avec les symptômes angoissants de la grande aérophagie, aérophagie dramatique des dyspeptiques nerveux et aussi ces dilatations aiguës postopératoires, aboutissant au collapsus cardiaque sur la nature desquelles on a discuté assez longuement ces dernières années.

Pathogénie, symptomatologie générale et spéciale et traitement forment un ensemble intéressant et utile au praticien.

L. G.

(1) Académie royale de médecine de Belgique, 26 mai 1928.
(2) Concepción (Chili). Edition de la *Revue Atenea*, 1929.
(3) in-16 de 115 pages avec 20 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
et Cie
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
BOURGEOIS
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic du chancre syphilitique de la verge. — Causes, signes et diagnostic du phlegmon périnéphrétique. »

MM. Bloch, 27; Guisson, 11; Ferroir, 18; Pyt et Bastien, 22; Brunel, 24; Pham, 25; Perreau et Lafam, 19; Arvay, 21.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Piquet, Violet, Métafiot, Gayet, Gouverneur, Jeune, Moreau, Sprécher, Boijean, Goutorbe, Mathieu, Riotte, Aussédat, Dumont, Joly, Romagny, Sauzay, Bérard, Gonin, Mlle Rebatel, MM. Chastel, Michel, Favet, Long, Scherrer, Thomasset Verboud, Bovier-Lapierre, Charvet, Damic, Aumeunier, Collet, Ouche, Mlle Duvernay, MM. Morel, Perrin, Tourenc, Chapuis, Decour, Gras, Tardy, Rozières, Mlle Cellière, MM. Chaumonnot, Dor, Roman, Basson, Beaune, Colomb, Rossignol, Rozier, Fumoux, Meyrieux, Mlle Charton, MM. Cuiran, Leriche, Martignon, Didier-Laurent, Fan, Roche, Bourgeois, Ferrari, Cuttier, Petchot-Bacqué, Purgy, Achard, Beaussier, Mlle Peillard, M. Boudet, Mlle de Colonjon, MM. Donnat, Prost, Mathevon, Pellarin, Chavanne, Cuzin, Godinot, Jurus, Mlle Bonnet, MM. Carrière, Garnier, Préault.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise) est vacant par suite du décès de M. le docteur Chèze.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de revision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur E. Sergent et du docteur C. Lian, agrégé, par MM. le professeur E. Sergent, Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, Lian, agrégés, médecins des hôpitaux; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux; Joannon, agrégé; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Le cours commencera le 3 novembre et se terminera le 8 novembre. Il portera sur les principales notions nouvelles et pratiques de l'année en pathologie interne.

Un certificat sera délivré aux élèves ayant suivi régulièrement le cours.

Droit d'inscription : 250 fr.

S'inscrire à la Faculté de médecine les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., au secrétariat, guichet n° 4, ou bien tous les jours, de 9 h. à 11 h., et de 14 h. à 17 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.).

HÔPITAL BROCA. (Service des docteurs TOURAINE et WEISSENBACH.) — Un cours élémentaire de dermato-vénéréologie aura lieu du 24 novembre au 22 décembre 1930. Ce cours s'adresse particulièrement aux étudiants en fin d'études, aux jeunes médecins qui désirent acquérir les notions essentielles de la pratique des affections cutanées et vénériennes.

Chaque leçon a lieu le matin à 11 h. et permet d'assister, à partir de 9 h. 1/2, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie et de blennorragie, aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 100 fr.

S'inscrire auprès du docteur Renault, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

Le même cours aura lieu du 4 mai au 2 juin 1931.

Émile GLEY

Nous apprenons avec une vive émotion et une peine profonde la mort d'Emile Gley, professeur de biologie générale au Collège de France, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

Né à Epinal en 1857, Gley connut à son début les difficultés de l'existence et n'eut que plus de mérite à faire brillamment ses études dans les facultés de Montpellier et de Nancy. Il devint docteur en médecine et licencié ès lettres. Arrivé au Collège de France, il entra dans le laboratoire de Marey. Toute sa vie Gley resta le fidèle défenseur de ce maître qui n'eut pas de son vivant la réputation qu'il méritait. Aussi, avec son autre maître Richet, s'appliqua-t-il dans de nombreuses circonstances à faire rendre à Marey la justice qui lui était due.

Gley était un pur savant, modeste et désintéressé. Il fut un des plus grands physiologistes de notre époque. C'était un maître doué d'une éloquence remarquable faite de clarté, de précision, servie par une diction impeccable, une voix forte et bien timbrée. Cette éloquence, qui donnait tant d'éclat à son enseignement, lui permit d'être bien souvent le bon ambassadeur de la France à l'étranger. Il était, en effet, de ces orateurs qui savent se faire écouter, et pendant son passage à la présidence de l'Académie de médecine nous avons eu maintes fois l'occasion de l'entendre et de l'admirer.

Nous nous souvenons d'une séance de l'Académie dans laquelle il eut l'occasion de féliciter son vénérable doyen M. Guéniot de sa verte vieillesse. Il trouva des termes émouvants qui soulevèrent des applaudissements unanimes.

Les travaux de Gley furent considérables. Il est impossible de les rappeler en quelques lignes. En attendant de le faire dans un article ultérieur, signalons seulement ses recherches ingénieuses sur le fonctionnement du cœur, sur la fonction antitoxique du foie, sur les fonctions des glandes en particulier des glandes thyroïdes et parathyroïdes, des glandes surrénales.

L'an dernier, l'Académie des sciences lui décerna un des grands prix Osiris, couronnant ainsi toute une vie de travail et de dévouement à la science.

La mort de Gley est une grande perte pour la science française qu'il représentait avec tant d'éclat. C'est aussi une perte sensible pour tous ceux qui l'ont connu et admiré.

Dr A. BROCHIN.

Paul BUSQUET

Le docteur Paul Busquet, bibliothécaire de l'Académie de médecine vient de disparaître subitement à l'âge de soixante-cinq ans.

Mardi dernier, il était encore à l'Académie accueillant aimablement, comme de coutume, ses confrères dans son cabinet de travail.

Jeudi, il n'était plus.

Paul Busquet, médecin colonel en retraite, a consacré son existence à de nombreuses recherches biologiques parmi lesquelles on doit citer surtout celles qui l'ont conduit à l'autosérothérapie.

Il publia ses premiers travaux sur ce sujet dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux* dès 1898. Il y a peu de mois, il publiait une revue d'ensemble de ses recherches dans la *Gazette des hôpitaux* (1), montrant les résultats obtenus par l'autosérothérapie dans le traitement des urticaires, des prurits, de l'eczéma, de la furonculose, du purigo de Hebra et du psoriasis. Il est bon de rappeler cela, car le nom de Busquet est trop souvent oublié.

Lorsque, après la guerre, il devint bibliothécaire de l'Académie en remplacement de M. Wickersheimer, actuellement à Strasbourg, Busquet commença la publication de différents ouvrages d'histoire de la médecine parmi lesquels nous rappellerons son beau volume sur les « aphorismes de Corvisart », et ses « Biographies médicales ».

Busquet sera vivement regretté par tous ceux qui ont pu apprécier ses qualités de travailleur, sa courtoisie parfaite et son aménité toujours égale. Très tristement, nous prions Madame et Mademoiselle Busquet de bien vouloir agréer l'expression de nos condoléances respectueuses et émues.

F. L. S.

(1) *Gaz. hôp.*. 1930, n° 60.

LIVRES NOUVEAUX

La Toux chez les enfants (1), par P. GAUTIER, professeur de clinique infantile à l'Université de Genève.

L'enfant ne crache pas, c'est donc un symptôme connexe précieux qui fait défaut au clinicien pour reconnaître l'origine d'une toux.

Après avoir étudié en détail le symptôme lui-même, l'auteur aborde l'étude de son étiologie : affections des voies respiratoires inférieures naturellement mais aussi voies supérieures si importantes chez l'enfant, pharynx, larynx, rhino-pharynx et fosses nasales où le réflexe peut trouver son origine; infections générales, parasitoses, affections cardiaques. Une étude particulière est consacrée à la toux du nourrisson et à celle des affections tuberculeuses point nodal du problème clinique.

Longue étude diagnostique où les étiologies sont étudiées en fonction des caractères objectifs de la toux. La toux a ses complications propres en dehors de celles qui s'ajoutent à l'affection causale et dont l'étude est un prélude indiqué à l'important chapitre de thérapeutique qui termine cette étude très substantielle, synthèse clinique précieuse à l'étudiant et au praticien.

R. L.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LE SERVICE DES TRAINS DE VOYAGEURS EST MAINTENU PENDANT L'HIVER ENTRE CHAMONIX, ARGENTIÈRE ET MONTROC-LE PLANET. — Les trains de voyageurs de la ligne électrique de Saint-Gervais à Chamonix et Vallorcine, qui pendant l'hiver ne circulaient pas entre les Tines et Vallorcine, sont maintenus cette année jusqu'à Montroc-Le Planet.

D'importants travaux de protection de la ligne ont été en effet exécutés et les hivernants pourront aisément atteindre en chemin de fer, pendant la prochaine saison, les hauts champs de ski d'Argentière et du Planet.

(1) Paris 1930, Bibliothèque de pathologie infantile. — L'Expansion scientifique française.

STASE PAPILLAIRE

ET

MÉNINGITE TUBERCULEUSE POSTTYPHOIDIQUE[1]

Par Henri ROGER, Henri SEDAN et AZALBERT
(de Marseille).

Mlle Jauss..., âgée de seize ans, contracte, en même temps que sa jeune sœur, une fièvre typhoïde due à l'absorption de coquillages. Cette fièvre typhoïde, vérifiée par un séro-diagnostic et une hémoculture positifs pour l'Eberth, évolue d'une façon assez bénigne, en trois semaines environ, fin novembre et début de décembre 1929, traitée par le sérum de Rodet. Après une apyrexie d'une quinzaine survient une rechute de dix jours. La convalescence est normale.

L'enfant allait bien, avait repris un bon état général, quand, au début du mois de mars 1930, elle se met à maigrir et à présenter pendant trois à quatre jours des vomissements faciles, un peu de céphalée, de somnolence, d'obnubilation intellectuelle, avec des rêvasseries nocturnes au cours desquelles elle se lève. Il n'y a pas de fièvre, mais le pouls est ralenti à 60. La raideur de la nuque et le Kernig font penser à une méningite.

On discute alors le diagnostic de *méningite posttyphoïdique* et celui de *méningite tuberculeuse*.

Sans doute la méningite est plus fréquente au début ou au cours de la fièvre typhoïde; mais elle peut cependant survenir à la convalescence (Milhit. *La méd. moderne*, janv. 1913), rarement, il est vrai, deux mois après la fin de l'infection éberthienne.

La fièvre typhoïde peut, chez certains sujets, plus rarement il est vrai que d'autres infections aiguës, comme rougeole et coqueluche, « faire le lit » à la tuberculose. Le plus souvent elle provoque une tuberculose pulmonaire, à marche plus ou moins rapide, qui se complique de granulie, avec ou sans localisation méningée (Léon Bernard). Chez notre malade il n'existe aucune localisation pulmonaire apparente.

Un examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué le 8 mars, vient nous faire rejeter ces deux diagnostics.

Le liquide coule en jet, mais le chiffre de leucocytes ne dépasse pas 2 par millimètre cube, et celui de l'albumine 0,30. Pas de bacilles de Koch, pas de germes à l'examen direct, ni en culture. Bordet-Wassermann négatif.

Quand nous voyons cette malade avec le docteur Azalbert le 10 mars, elle somnole un peu, mais répond correctement aux questions posées, signale une céphalée frontale et rétroorbitaire, une bonne vision, mais avec, la veille, une diplopie nette de quelques minutes de durée. Elle est constipée.

Nous ne trouvons qu'un syndrome de raideur de la nuque et du rachis, avec abolition des rotuliens (déjà remarquée il y a quelques jours) et diminution considérable des achilléens, sans Babinski. Il n'y a jamais eu de troubles auditifs, d'otorrhée ancienne ou récente. La température ne dépasse pas 37°5.

L'examen négatif du liquide céphalo-rachidien nous fait penser à une hypertension intracranienne réalisant un syndrome méningé (sans réaction albumineuse ni cytologique) accompagnant une encéphalite ou plutôt une suppuration cérébrale éberthienne.

Sans doute pareils *abcès éberthiens* sont exceptionnels. Mais nous en avons observé, avec le professeur Brémond, un cas siégeant dans le lobe temporal gauche. Il s'était traduit par de l'aphasie et par une crise jacksonienne; il compliquait une ostéite temporale post-typhoïdique et se termina par une méningite éberthienne (Soc. O. N. O. Sud-Est, 23 mai 1925, in *Rev. O. N. O.*, p. 687-695). Nous sommes naturellement portés à en rapprocher le cas présent.

L'examen ophtalmologique du docteur Sedan, *stase papillaire bilatérale* nette assez accusée, nous confirme dans cette hypothèse.

Mais une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le 12, vient nous jeter dans une cruelle incertitude. Tension au Claude en position couchée 80, et 25 après soustraction de 15 centimètres cubes; albumine 0g80, plus de 200 leucocytes par millimètre cube, lymphocytose très abondante avec quelques polynucléaires, glucose très diminué, NaCl 6,80, pas de bacilles de Koch; benjoin colloïdal négatif. Le liquide céphalo-rachidien, ensemencé directement avec une émulsion de bacilles d'Eberth, agglutine partiellement ces bacilles.

Cette modification considérable et brutale du liquide céphalo-rachidien pose à nouveau le problème de la méningite tuberculeuse, qui cliniquement paraissait au début le plus probable, mais que le premier examen négatif du liquide et la stase papillaire avaient fait rejeter.

Nous passons une semaine de pénible incertitude, cependant que le tableau clinique s'aggrave et que nous essayons, par une série d'épreuves de laboratoire complémentaires, de trancher ce problème de diagnostic délicat entre une méningite tuberculeuse anormale avec liquide céphalo-rachidien non pathologique au début et avec stase papillaire, et celui d'un abcès cérébral éberthien compliqué secondairement d'une réaction méningée.

La température, primitivement normale, s'est, au moment de la deuxième ponction lombaire révélant pareille réaction cytoalbumineuse, élevée un jour à 39 degrés, pour osciller ensuite entre 37°8 et 38°2. Le pouls ne dépasse guère 80, sauf un jour où il s'élève à 100.

La torpeur s'est accusée. La malade ne répond plus, sauf parfois quelques mots, après une ponction lombaire. Elle a de l'incontinence d'urines.

Les réflexes rotuliens sont revenus, même un peu vifs, plus à droite qu'à gauche, avec Babinski droit, parfois cependant Babinski bilatéral. Plus tard les réflexes s'abolissent à nouveau. Il existe un léger syndrome d'irritation et de déficit pyramidal droit, il est vrai intermittent, avec une parésie faciale, variable, plus souvent à droite, mais parfois à gauche. Trois crises d'épilepsie jacksonienne surviennent les derniers jours, dont l'une à début nettement faciobrachial droit. La recherche de la sensibilité, au début quand la torpeur n'était pas trop accusée, paraissait montrer une hémihypoesthésie droite.

Il y a un léger strabisme variable et de l'inégalité pupillaire alternante.

Il existe toujours du Kernig.

Nous faisons rechercher, dans deux laboratoires différents et avec un soin tout spécial, le bacille de

---

(1) Communication à la Société d'otoneuroophtalmologie du sud-est.

Koch et le bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien : mais les réponses sont toujours négatives. Nous trouvons successivement des tensions de 60 et 80 au début, ramenées à 20 et 25 après soustraction de 15 centimètres cubes. L'albumine oscille entre 0g60 et 0g80. Les leucocytes passent de 110 à 52 (surtout lymphos). Le sucre tombe à 0,20. Les chlorures baissent de 6,5 à 5,6.

Nous faisons pratiquer une numération globulaire (4.720.000) et une formule leucocytaire. La leucocytose à 17.000, avec formule polynucléaire, 86 p. 100, nous semble pouvoir être rapportée à une suppuration cérébrale plutôt qu'à la tuberculose des méninges.

L'urée sanguine est de 0,35. Le séro de Widal est positif au 1/50.

Quand un examen du fond d'œil pratiqué huit jours après le premier nous indique non seulement une stase papillaire bilatérale aussi accusée, mais encore un début d'atrophie, la balance paraît plutôt pencher en faveur d'une réaction méningée secondaire à un abcès cérébral éberthien.

Et non sans avoir exposé à la famille toutes nos hésitations, nous conseillons une trépanation exploratrice (avec large volet temporopariétal), qui peut sauver la malade au cas où *nous aurions la chance de tomber sur une collection suppurée,* et qui ne peut guère aggraver l'évolution au cas de méningite tuberculeuse.

Le docteur Arnaud veut bien réaliser le 20 mars 1930, à la simple anesthésie locale, cette intervention. Nous faisons trépaner du côté gauche, en raison des petits signes pyramidaux droits, il est vrai, inconstants.

Le cerveau, très congestionné, fait immédiatement hernie. Un essai de ponction ventriculaire étant infructueux, on soustrait par ponction lombaire 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, pour réduire cette hernie.

Avant de faire aucune tentative de ponction à la recherche d'un abcès, on examine attentivement les circonvolutions cérébrales : le long des veines pie-mériennes énormément dilatées et congestionnées, on aperçoit trois à quatre petits tubercules miliaires jaunâtres caractéristiques.

La preuve anatomique de la granulie méningée est malheureusement faite. On referme le volet temporopariétal.

La mort survient au bout de trente-six heures, après une période d'hyperthermie.

L'évolution totale a été d'une vingtaine de jours.

Comme surcroît de preuve, les liquides céphalo-rachidiens, que nous avions fait inoculer par précaution le 13 mars et le 17 mars au cobaye, se sont montrés tuberculigènes.

Le premier cobaye qui avait augmenté de poids, fut sacrifié au soixante-deuxième jour : le cœur, les poumons, le foie étaient normaux. La rate n'était pas hypertrophiée, mais présentait cinq à six granulations typiques assez volumineuses. A la région lombaire un gros ganglion caséifié contenait de rares bacilles de Koch.

Le cobaye inoculé avec le deuxième liquide, un peu plus tardivement, ne fut sacrifié qu'au cent troisième jour, en état général assez satisfaisant : il présentait des lésions macroscopiques nettes de la rate et du poumon; le suc du ganglion hypertrophié contenait de nombreux bacilles de Koch.

Il s'agissait donc bien d'une méningite tuberculeuse, présentant une triple particularité, évolution après une fièvre typhoïde, premier examen du liquide céphalo-rachidien normal, stase papillaire.

1. **Méningite tuberculeuse posttyphoïdique.** — La méningite tuberculeuse évolue parfois après une infection, mais souvent après une infection anergisante, comme rougeole, coqueluche. Il est plus rare de la voir compliquer une fièvre typhoïde nettement caractérisée par l'hémoculture ou l'agglutination. Par contre, une granulie méningée succède assez souvent à une première infection d'allure typhoïdique, mais avec hémoculture et séro Widal négatifs, et qui n'est, en réalité, qu'une typhobacillose.

Les hasards de la clinique viennent cependant de nous faire observer, chez un adulte, une méningite tuberculeuse, huit mois après une fièvre, de trois mois de durée, d'allure typhoïdique, que la séro-agglutination, encore persistante à 1/100 au moment de la méningite terminale, nous permet de rattacher à une infection éberthienne. Ici aussi, il n'y avait pas eu de localisation pulmonaire appréciable entre l'évolution des deux affections. Mais à l'inverse du cas présent, l'examen du fond d'œil ne nous a pas montré de stase papillaire.

Les relations qui unissent méningite tuberculeuse et fièvre typhoïde ne se réduisent pas à la seule évolution de certaines sérites bacillaires plus ou moins tardivement après une infection éberthienne.

Dans de rares cas, on trouve, au cours de la typhoïde, à la fois le bacille de Koch et le bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien (Giraudet, Chantemesse et Ramond, Comby).

Enfin, certaines méningites typhoïdiques primitives prennent le masque d'une méningite tuberculeuse, soit à cause d'une formule lymphocytaire (Vaquez, Méry et Babonneix, *Soc. méd. des hôp.*, 1902, p. 126), soit à cause de l'association de manifestations pleurales simulant la pleurésie tuberculeuse (*Soc. méd. des hôp.*, 28 juin 1916).

2. **Méningite tuberculeuse avec premier examen du liquide céphalo-rachidien négatif.** — Il est curieux de constater l'absence de réaction albuminocytologique (2 leucocytes et 0,30 d'albumine) lors de la première ponction, alors que le syndrome méningé était net, et alors que la seconde ponction devait retirer, quatre jours après, un liquide si riche en leucocytes (plus de 200, à type surtout lymphocytaire) et avec 0g80 d'albumine.

La réaction leucocytaire ne manque, en effet, qu'exceptionnellement dans la méningite tuberculeuse. Signalons cependant des faits déjà anciens de Courmont et Montagard, Roque et Chalier, Rénon et Tixier, Villaret et Tixier, Poly, de Meyer, Hammay (*Th. de Bordeaux*, 1911-12). Plus récemment, Caussade et Giraud (*Revue méd. de l'Est*, 1926, n° 8) ont publié l'observation d'une méningite tuberculeuse à évolution suraiguë (quatre jours), au cours d'une

granulie chez un nourrisson, sans réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Renault et Libert, à la Société de pédiatrie (21 déc. 1920) signalent le cas d'une méningite caséeuse, datant de trois semaines, où le liquide céphalo-rachidien contient un bacille de Koch sans lymphocytose. Au cours d'une discussion ouverte à l'occasion de ce cas, Guinon relate le retard d'une semaine des signes biologiques sur les signes cliniques. Barbier, Méry citent des observations analogues, en particulier un cas où des ponctions lombaires avec lymphocytose négative avaient fait repousser par plusieurs consultants le diagnostic de méningite tuberculeuse, qui ne fut fait que l'avant-veille de la mort.

Laederich, nous-mêmes avons observé un cas où seule la deuxième ponction décela, comme dans le cas présent, la lymphocytose habituelle.

Abel, dans une étude sur les anomalies de la cytologie dans la méningite tuberculeuse (*Revue méd. de l'Est*, 47e année, t. CII, p. 139 à 160) ne retrouve dans la littérature que 12 cas de méningite tuberculeuse confirmés avec examen cytologique négatif.

Plus exceptionnels sont les cas comme le nôtre, où la lymphocytose et l'hyperalbuminose sont simultanément absentes : tels celui de Demole (*Rev. suisse de méd.*, 30 déc. 1915), les deux cas de Giroux (*Paris méd.*, 10 juillet 1920, p. 46).

3. Méningite tuberculeuse et stase papillaire. — Le nerf optique dans la méningite tuberculeuse a fait l'objet d'un petit nombre de travaux.

La plupart des auteurs signalent un certain degré de névrite inflammatoire. Pour Terrien (*La médecine*, janvier 1921, p. 261), il s'agit surtout de névrite périphérique ou de périnévrite : au début les enveloppes seules sont intéressées et les faisceaux ne sont pris que secondairement. Léri (*Société ophtal.*, 2 nov. 1909), sur une série de coupes des voies optiques d'un malade mort de méningite tuberculeuse, constate un épais manchon leucocytaire autour du nerf optique; de ce manchon partaient des gaines lymphocytaires périvasculaires qui pénétraient plus ou moins loin dans l'intérieur du nerf; au niveau des points où les amas lymphocytaires étaient les plus abondants, il existait dans la portion périphérique du nerf, de véritables atrophies partielles du tissu nerveux.

Il existe souvent de la papillite, rarement de la stase papillaire. Pour Uthoff, il existe de la papillite dans 25 p. 100, de l'hyperhémie papillaire dans 50 p. 100, de la stase papillaire dans 5 p. 100 et de la névrite rétrobulbaire dans 4 p. 100 des cas.

Dupuy-Dutemps (Congrès d'ophtalmologie, 1909) n'a rencontré la stase papillaire que trois fois dans 30 cas de méningite tuberculeuse. La rareté relative de ce symptôme malgré l'hypertension constante du liquide céphalo-rachidien est due, pour cet auteur, à la présence d'exsudats, empêchant la distension des gaines du nerf optique et, par conséquent, la compression de la veine centrale de la rétine et la stase. La fréquence de la papillite s'explique, au contraire, par la constatation d'une inflammation étendue aux gaines (Opin. *Ibid*, 1909).

Signalons le travail d'Igersheimer (*Von Graefes Archiv. f. Ophtal.*, juil. 1924, p. 267) qui indique que la stase papillaire est tout à fait exceptionnelle dans la méningite tuberculeuse.

Ginestous (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 22 fév. 1920) rapporte un cas où une immobilité papillaire complète en mydriase et de la stase papillaire lui permirent chez un enfant somnolent de prévoir la méningite tuberculeuse.

Terris, dans une revue générale récente (*Gaz. des hôpit.*, 3 et 5 mai 1923) insiste sur la rareté de la stase papillaire malgré l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (3 cas personnels négatifs).

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Copenhague, 5 au 9 août 1930 (1).

Étiologie et pathogénie de l'eczéma.

M. Darier (Paris), rapporteur.

Après avoir refusé d'admettre qu'il y ait identité entre une simple dermite et un eczéma, l'auteur distingue trois conceptions dans l'eczéma.

1° *Conception morphologique.* — L'eczéma est une dermo-épidermite de type spécial, provoquée par une infinité de causes externes ou internes. C'est l'eczéma syndrome;

2° *Conception nodologique.* — Il existe d'une part un eczéma maladie et d'autre part des dermites eczématiformes;

3° *Conception biologique.* — L'eczéma devient la prédisposition morbide d'un organisme, une réaction humorale de certains tempéraments qui se manifeste par une réaction cutanée.

M. Darier donne ensuite les caractères histologiques de l'eczéma (spongiose, acanthose) et cite les principales formes cliniques : l'eczéma aigu de Wilson, l'eczéma vulgaire, l'eczéma figuré, les eczémas compliqués d'autres dermatoses, l'eczéma érythrodermique. L'eczématose n'ayant aucune individualité précise, est à rejeter.

Étiologie. — Les causes de l'eczéma sont infiniment nombreuses, mais elles n'agissent que par l'intermédiaire de la prédisposition morbide.

On peut distinguer :

Les eczémas de cause externe (mécaniques, physiques, chimiques, parasitaires);

Les eczémas de cause interne. Il faut faire intervenir l'hérédité syphilitique ou tuberculeuse ou même autotoxique, les troubles du tube digestif ou des émonctoires, du rein en particulier.

Pathogénie. — Les causes eczématogènes n'agissent que par une prédisposition morbide, — idiosyncrasie, disait-on autrefois; — que par un état allergique ou — anaphylactique, dit-on aujourd'hui.

Ces deux notions ne sont nullement identiques; l'allergie — spécifique ou non spécifique — siège soit dans les humeurs, soit dans les tissus, et il est difficile d'admettre que l'idiosyncrasie résulte d'une allergie occulte et congénitale consistant en la transmission placentaire d'un nombre illimité d'anticorps.

L'idiosyncrasie est le point faible de la théorie de l'allergie.

---

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 86, p. 1513.

Il ne faut pas confondre intolérance et intoxication et les caractères différentiels ont été mis en évidence par A. Tzanck; l'intolérance révèle l'importance de la sursensibilité personnelle et démontre la relativité du facteur « poison ».

En résumé, l'eczéma appartient à la catégorie des maladies cutanées allergiques (urticaire, maladie de Quincke, prurigo, Duhring, asthme, coryza sporadique, fièvre des foins). A l'appui de cette assertion, il faut citer l'association eczéma-asthme, eczéma-prurigo qui sont une preuve clinique. Il existe un autre ordre de preuves, expérimental celui-là, dans les recherches du laboratoire, cuti-réactions, transmission passive.

La pénétration des agents d'eczématisation ou d'allergie peut se faire soit par la voie externe ou cutanée, soit par la voie interne.

C'est à Bruno Bloch et à Peter que nous devons la preuve expérimentale qu'un eczéma peut résulter d'une substance apportée à la peau par la circulation sanguine; en particulier, l'iode et le formol. Mais les voies respiratoires ou digestives sont des portes d'entrée fréquentes.

Il est assez naturel de penser qu'on a cherché à mettre en évidence un état allergique par différents procédés biologiques tels que les cuti-réactions, tests cutanés, transmission passive. Jadassohn a très heureusement groupé ces méthodes sous le terme : « examen fonctionnel de la peau ».

Mais de suite se sont élevées des critiques. Les épreuves cutanées donnent souvent des résultats d'interprétation difficile; elles peuvent être dangereuses en créant une véritable sensibilisation. La valeur des réactions cutanées est discutée : faut-il accorder de l'importance à la réaction immédiate ou à la réaction tardive? La réaction locale n'est pas conforme à la lésion primitive; elle consiste rarement en une eczématisation.

La méthode de Prausnitz-Kastner compte de nombreux échecs non seulement en cas d'idiosyncrasies, mais encore en cas de certaines sursensibilités (iode, formol, arsenic, antipyrine, ursol, primula, ail).

La transmission peut être obtenue par voie digestive.

Mécanisme des lésions. — Ici on se trouve plutôt en présence d'interprétations que de faits dûment établis.

S'agit-il d'une altération primitive des cellules malpighiennes, d'une vaso-dilatation des capillaires, bien que Lewis ne soit pas de cet avis et admette le rôle primordial des cellules malpighiennes? L'intervention du système nerveux autonome est indiscutable; le prurit en est une preuve.

Quelques pathogénies spéciales. — a. *L'eczéma traumatique.* — En cas de prédisposition particulière, un traumatisme continu peut déterminer une réaction eczématiforme de la peau.

b. *L'eczéma de cause physique.*

c. *Eczémas parasitaires.*

d. *Eczémas microbiens.* — Le rôle des microbes est toujours difficile à apprécier en raison de leur présence habituelle sur une peau normale; mais des intradermo-réactions avec des lysats d'auto-vaccins ont démontré l'état allergique. Cette allergisation fait rentrer de plein droit les eczématisations microbiennes dans l'eczéma.

e. *Les eczémas mycosiques* ont pris dans ces dernières années la plus grande importance.

La trichophytie cutanée, les trichophytides peuvent affecter les caractères cliniques et histologiques de l'eczéma et les travaux du professeur Br. Bloch et de Jadassohn ont démontré l'allergie des trichophytiques grâce à la trichophytine.

L'épidermophytie présente la même histoire que la trichophytie; elle se caractérise très souvent par des intertrigos, des dyshidroses, et l'eczéma marginé de Hébra, elle se révèle aussi par des épidermophytides, elle s'accompagne d'un état d'allergie indiscutable.

Il existe également des microsporides et des favides inhabitées.

L'importance des levures fut longtemps discutée. Dans cette voie, ce sont les résultats obtenus par M. Ravaut qui sont les plus importants. Cet auteur a pu isoler une levure d'une dizaine de grands intertrigos et, à l'aide d'une levurine préparée par filtration de cultures vieillies, il a reproduit expérimentalement des levurides de forme eczématide.

Eczémas d'origine alimentaire. — Il est évident que les aliments nocifs n'agissent pas dans leur état premier, dans l'état où ils se trouvent lorsqu'ils sont ingérés. Ce sont leurs produits de désintégration qui deviennent nocifs; il faudrait donc incriminer des albumines dégradées. Celles-ci viennent de faire l'objet de quelques recherches et il en est une, l'histamine, qui reproduit tous les symptômes de l'anaphylaxie.

Depuis novembre 1920, Barber et Ariel ont mis en évidence dans les urines des sujets en état de crise allergique des substances qu'ils appellent « protéases ».

Rôle des troubles organiques et fonctionnels de la nutrition et du métabolisme. — Les anciens auteurs ont attribué l'eczéma aux troubles humoraux qui existent dans les diverses maladies de la nutrition, mais il n'a pas été prouvé que l'eczéma dépendît soit de la goutte, soit du diabète et pût être regardé comme une maladie par ralentissement de la nutrition.

C'est bien plutôt une réaction de l'organisme, ou mieux des téguments contre les poisons, les « auto-toxines eczématogènes ».

En résumé, l'eczéma se révèle par une réaction cutanée : l'eczématisation; il est provoqué par des causes multiples. L'une d'elle, plus importante, constitue la dominante étiologique.

M. Krzysztalowicz (Varsovie), rapporteur. Le terme *eczéma* est trop vague; il faut lui donner un sens plus précis.

Il est bon, par conséquent, d'exclure de l'eczéma proprement dit un certain nombre de lésions cutanées telles que l'eczéma séborrhéique de Unna, les pityriasis, les épidermomycoses, les dermatites traumatiques, les folliculites et enfin l'impétigo.

Il faut rompre avec cette habitude, à savoir d'appeler eczéma les lésions eczématoïdes de la gale, de l'impétigo, de certaines auto-intoxications (diabète), et enfin de quelques toxidermies, arsenicales ou autres.

Le prurigo lui-même ne devra pas être confondu et sera nettement isolé de l'eczéma.

Mais, après avoir ainsi limité l'eczéma, il ne faudrait pas le considérer pour cela comme une maladie nettement individualisée; il relève, au contraire, de causes multiples et constitue encore un large syndrome.

M. Allen Pusey (Chicago), rapporteur. L'eczéma est une dermite d'un aspect particulier; ce n'est pas une maladie, il résulte d'un conflit entre des agents soit exogènes, soit endogènes, et les cellules de la peau.

Lorsque celles-ci réagissent à une très légère excitation, c'est alors qu'intervient la sensibilisation individuelle ou exactement l'allergie.

Quand nous parlons d'allergie, nous ne prononçons pas simplement un mot nouveau; il y a là une conception plus précise de l'eczéma.

Les recherches de ces dernières années montrent, en effet, que l'eczéma est une réaction cutanée d'un état allergique.

M. Sabouraud (Paris), rapporteur. L'étiologie de l'eczéma tend de plus en plus à devenir un problème de physiologie; l'auteur ne cherche pas à approfondir la question à ce point de vue, mais il expose les résultats auxquels l'ont conduit ses travaux antérieurs.

Il distingue les « faux eczémas » des vrais et il retranche de l'eczéma trois pseudo-eczémas qui sont microbiens :

1° L'ancien eczéma séborrhéique de Unna;

2° L'ancien eczéma impétigineux dû au streptocoque;

3° Des éruptions staphylococciques du cuir chevelu (acnés nécrotiques miliaires).

Mais les microbes ne font qu'expliquer la lésion, ils ne rendent compte ni de sa ténacité ni de ses récidives; il y a donc là un *nescio quid ignotum*.

Il y a certainement identité de nature entre les sensibilités chimiques et les réceptivités microbiennes.

D'ailleurs la question des sensibilités électives dépasse de beaucoup le cadre de l'eczéma et nous ne pouvons pas définir l'eczéma par hypersensibilité de la peau, car alors nous ferons rentrer dans l'eczéma un grand nombre d'autres affections qui n'ont aucun lien avec lui, telle l'urticaire.

Nous ne pouvons pas davantage prendre pour base de différenciation une altération histologique (spongiose ou vésiculation). Nous considérerions alors les épidermophyties, les dyshidroses comme de l'eczéma.

Pour résoudre le problème, il faudrait montrer :

1° Pourquoi et comment une peau ne peut pas tolérer certaines substances et réagit par de l'eczéma;

2° Comment une peau pourrait être rendue réfractaire.

Les recherches récentes ont avant tout modifié la conception de l'eczéma.

Alors que les anciens auteurs faisaient de l'eczéma un trouble humoral, un trouble organique profond, nous le localisons et nous le considérons comme une sensibilité cutanée anormale.

M. Samberger (Prague), rapporteur. Il se borne à considérer la physiologie pathologique de l'eczéma. Pour l'interpréter exactement, il faut se rendre compte que les œdèmes cutanés sont au nombre de deux : l'un est un œdème passif, transsudatoire qui n'a aucun rapport avec l'eczéma, l'autre un œdème actif. Celui-ci résulte des troubles de l'endothélium des capillaires. Il joue un rôle important dans l'eczéma vulgaire — ou lymphatique — qui repose sur un trouble du substratum anatomo-pathologique : 1° l'inflammation superficielle, 2° l'hypersécrétion de lymphe dans les papilles. Ces deux processus rivalisent pendant tout le cours de la maladie.

Tous les eczémateux ont un appareil lymphogène hypersensible, et les substances lymphogogènes sont eczématogènes.

Il en résulte une conclusion thérapeutique; il faut employer des pâtes qui luttent contre la composante lymphatique.

Quant à l'eczéma séborréique, il résulte d'une perturbation dans les fonctions des cellules cornées, qui fabriquent de la graisse en excès.

Il est possible que les deux eczémas se combinent l'un avec l'autre.

M. Whitfield (Londres), rapporteur, fait jouer un rôle important à l'auto-sensibilisation dans la pathogénie de l'eczéma; il fait état d'un certain nombre de faits cliniques pour démontrer que des sujets sont sensibles, soit à leur propre sang, soit aux sérosités organiques, telles que le liquide de vésicules d'eczéma.

Ces diverses constatations conduisent à attribuer un rôle important aux produits de destruction tissulaire dans la généralisation des eczémas.

Discussion.

M. Darier. De l'analyse des différents rapports il résulte que l'eczéma ne peut être considéré comme une maladie.

D'après l'auteur, il est en outre impossible d'extraire du groupe eczéma des types morbides étiologiquement définis; l'eczéma désigne avant tout un processus spécial, la spongiose.

Il a des analogues en dermatologie, ce sont par exemple l'urticaire et les névrodermites.

Quant aux causes de l'eczéma, elles concernent bien plus le sujet lui-même que l'agent nocif incriminé. L'eczéma devient ainsi une réaction d'intolérance et non une toxidermie; l'allergie est un mécanisme à invoquer fréquemment, mais il ne faut pas oublier le rôle du système endocrino-sympathique.

Le terme *eczéma* n'a qu'un sens morphologique, et les dénominations telles qu'eczéma parasitaire, médicamenteux, etc., sont parfaitement inexactes.

Communications.

L'eczéma. — M. G. Milian. En présence d'un symptôme morbide, le médecin cherche d'abord quel est l'organe malade : l'hémiplégie, c'est le cerveau; l'ictère, c'est le foie. Mais quand nous voyons l'altération de la peau du myxœdème, nous savons que ce n'est pas la peau qui est primitivement atteinte, c'est le corps thyroïde.

L'eczéma est une affection de la peau due à l'altération du système sympathique vaso-moteur. Les raisons en sont les suivantes : Le *prurit*, symptôme initial qui précède la vésicule, est dû non aux nerfs sensitifs usuels mais au système sympathique. Le tabes, maladie du système sensitif, ne s'accompagne pas de prurit. Par contre, les affections vasomotrices comme l'urticaire s'en accompagnent obligatoirement. La *congestion*, l'*œdème* papillaire, la *spongiose* consécutive sont également du même ordre, et la vésicule eczématique n'est que l'aboutissant de tout cela, aboutissant qui est d'ailleurs d'une extrême banalité.

Il nous apparaît donc que l'eczéma est une maladie du système sympathique vaso-moteur, et il nous est permis, de par la clinique, de penser qu'il y en a deux localisations anatomiques principales : l'eczéma d'origine *périphérique*, comme l'eczéma du sein, de la gale, par exemple; l'eczéma d'origine *centrale*, siégeant par exemple d'un seul coup à la tête et aux avant-bras; localisation simultanée tellement usuelle qu'il ne peut y avoir pure coïncidence et qu'une cause nerveuse centrale y doit présider (sympathique cervical, colonne de Clarke).

Etiologie. — Etant donnée cette façon d'envisager les choses et de raisonner comme pour les autres maladies, il devient obligatoire d'en diviser les causes comme pour les autres maladies. Il y a des causes efficientes, prédisposantes et déterminantes.

Les causes *efficientes*, c'est-à-dire *altérantes*, sont les causes habituelles des maladies générales :

Infectieuses ou parasitaires.	Aiguës.	Streptocoques.
		Levures.
		Acarus scabiei.
	Chroniques.	Tuberculose (usuel).
		Goutte (usuel).
		Syphilis (plus rare).
Chimiques.		Le ciment.
		L'eau de Javel.
		La primevère.
		La paraphénylènediamine, etc.
Physiques.		Traumatismes répétés.
		Lumière.

Ce tableau n'a pas la prétention d'être complet.

Causes prédisposantes. — La lésion nerveuse peut rester latente, mais la vaso-motricité cutanée n'en est pas moins méiopragique et tous irritants internes peuvent la réveiller, comme la marche réveille la claudication intermittente.

La lésion constituée est devenue une prédisposition qu'il est inutile d'appeler sensibilisation.

En dehors de cette prédisposition capitale, la chaleur, le froid, sont des causes prédisposantes considérables en matière d'eczéma, la chaleur favorisant les eczémas aigus, le froid les eczémas torpides cyanotiques qui relèvent usuellement de la tuberculose.

Les *causes déterminantes* sont toutes les causes externes ou internes qu'il me paraît inutile d'appeler antigènes, pas plus que je n'appelle *cliniquement* antigène le pneumocoque de la pneumonie (quoiqu'il en serve pour fabriquer les anticorps qui amènent la guérison).

Le traumatisme, le séjour répété des mains dans l'eau, l'émotion, tous les irritants externes ou internes (absorption de vin, repas copieux, digestion laborieuse, mets vaso-dilatateurs) déclenchent la méiopragie, mais sans avoir rien de spécifique, tant le système sympathique surtout lésé est sensible à des irritants impondérables (l'émotion, la frayeur, le chagrin).

Mais on peut dire que toutes ces causes déterminantes que l'on étudie avec tant de passion et de néologismes dans l'eczéma ne sont que des accessoires dans la cause véritable de l'eczéma.

Au contraire une poussée de tuberculose, de goutte, de syphilis devient une cause à la fois efficiente et déterminante capitale, et je sais bien qu'il m'a suffi de quelques granules de colchique pour guérir une poussée d'eczéma reconnu goutteux.

Pathogénie des eczémas. — M. P. RAVAUT (de Paris). Lorsqu'en 1923, au Congrès de Strasbourg, dans son rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation en dermatologie, l'auteur fit de l'eczéma une maladie de sensibilisation, de nombreuses critiques lui furent opposées. Aujourd'hui presque tous les rapporteurs placent la question sur ce terrain.

Après avoir exposé les différentes phases marquant ce retour à la pathologie humorale, il schématise la question en la ramenant à l'intervention de deux grands facteurs : l'antigène et la sensibilisine. Inactifs isolément, ils ne produisent l'eczéma qu'en se combinant.

L'antigène est représenté par de très nombreux corps venant de l'extérieur ou se produisant dans l'intérieur de l'organisme, mais agissant par la répétition de leur action, à doses parfois infinitésimales.

La sensibilisine résulte des diverses modifications héréditaires ou acquises que les infections, les intoxications ont fait subir à nos tissus; il en résulte un état humoral spécial, susceptible de se disloquer facilement, permettant la combinaison avec l'antigène. Les plus fréquentes de toutes ces causes sont la tuberculose et la syphilis, surtout héréditaire. Il reproche aux rapporteurs de ne pas avoir essayé de pénétrer cette question capitale du terrain.

Partant de ces données, il reconnaît trois grandes circonstances productrices d'eczéma :

1° Un antigène banal parasitaire ou chimique crée une lésion qui, au lieu de guérir, s'eczématise sur place, s'il existe une sensibilisine : *ce sont les eczématisations*.

2° Les mêmes lésions primaires peuvent se compliquer de lésions secondaires, à distance, d'origine allergique, comme il l'a démontré avec ses élèves : *ce sont les parakératoses de Brocq ou eczématides de Darier*.

3° Il existe des eczémas dont la lésion primaire, antigénique, ne se voit pas d'emblée; elle siège surtout dans l'intérieur de l'organisme, et sa nature doit être recherchée et prouvée par des moyens expérimentaux : *ce sont les eczémas dits diathésiques*.

La thérapeutique s'adressera :

1° A l'antigène : pour le supprimer ou le neutraliser;

2° A la sensibilisine : en traitant le terrain qui en a permis la production;

3° Au choc qui résulte du conflit entre ces deux substances : on l'atténuera par les méthodes de désensibilisation qui, le plus souvent, ne sont que palliatives, alors que seules les deux premières sont véritablement curatrices.

Immunité, superinfection, réinfection dans la syphilis. — M. MARIO TRUFFI (de Padoue). Dans l'espèce humaine il n'existe pas une immunité naturelle vis-à-vis de la syphilis.

Bien des espèces animales considérées jusqu'à ces derniers temps comme réfractaires à la syphilis ne le sont qu'apparemment.

L'immunité conférée par une première infection de syphilis n'est pas complète.

Les accidents de réinoculation suivent généralement le type des manifestations de la période dans laquelle le syphilitique se trouve. Ils peuvent être déterminés tant par l'inoculation de virus du malade même que de virus hétérogène. S'il y a des différences pour l'intensité des lésions et pour la fréquence des résultats positifs, il est indéniable que des spirochètes provenant de l'extérieur sur les téguments puissent pénétrer dans l'organisme sans déterminer aucune lésion au point d'inoculation.

Déjà dans la période de première incubation peuvent s'établir des conditions d'immunité incomplète.

Dans la période de deuxième incubation, l'immunité va progressivement en augmentant. La lésion de réinoculation offre, dans la première partie de la période, le type du chancre induré; vers la fin elle a tendance à prendre l'aspect d'une papule. L'incubation en est généralement raccourcie et son évolution abortive.

Pendant la période des manifestations générales l'état d'immunité est plus accentué. La réinoculation détermine souvent un accident papuleux.

Pendant la latence, l'immunité, très prononcée dans les premiers temps, subit dans la suite une atténuation; on peut avoir alors des accidents de réinoculation plus profonds et aussi des manifestations de diffusion à distance.

Les téguments dans la période tertiaire réagissent presque toujours très vivement à la réinoculation. L'immunité montre une considérable atténuation.

Dans la paralysie générale, les téguments sont presque absolument réfractaires à une nouvelle inoculation. Ce caractère ne semble pas lié à un état d'anergie active, puisqu'il est prouvé que les spirochètes peuvent traverser, sans déterminer aucune réaction visible, la barrière cutanée.

Ce phénomène est moins absolu dans le tabes.

L'infection congénitale peut ne laisser aucune immunité pour une nouvelle infection. L'accident de réinoculation peut, sur les téguments, être identique à celui qui se montre sur un individu sain, ou bien suivre le type des lésions qui s'observent aux différentes périodes de la syphilis acquise.

Bien qu'il n'y ait pas de documentations absolues, mathématiques pour prouver qu'un individu qui a contracté la syphilis peut être considéré guéri de son infection, on peut admettre, au point de vue pratique, la possibilité pour un homme syphilitique de guérir. On ne peut pas nier pourtant l'existence des cas de réinfection considérée comme une nouvelle infection d'un organisme présumé guéri de l'infection première et ayant une évolution identique à celle qu'on observe chez un individu sain.

Les cas de réinfection sont devenus bien plus nombreux après l'introduction de la thérapeutique arsenicale et notamment chez les individus soumis à un traitement intensif dès les premiers moments de l'infection.

Dans l'impossibilité de donner une valeur absolue aux critères de guérison, on ne peut fixer une limitation exacte entre la superinfection et la réinfection, c'est-à-dire établir où l'une finit et où l'autre commence.

La transmission de la syphilis aux animaux et au lapin en particulier éclaircit les phénomènes d'immunité.

Pour l'homme, et pour l'animal aussi, on ne peut fournir la démonstration de l'existence de souches diverses de spirochètes doués de la propriété de se localiser sur des organes déterminés. Mais il n'est pas possible d'exclure (bien que le fait soit dépourvu d'importance pratique) un certain organo-

tropisme lié aux conditions dans lesquelles le parasite a longtemps vécu.

Bien qu'on puisse admettre qu'il y a des liens étroits entre l'allergie et l'immunité (dans le sens que la première est une des expressions de la deuxième), il n'est pas possible de donner la démonstration, dans la syphilis, d'une concordance exacte entre ces deux états.

Dans les liquides organiques on ne peut pas mettre en évidence des anticorps contre le spirochète.

Il est probable que les substances immunisantes contre la syphilis sont d'origine tissulaire plutôt qu'humorale. Mais nous ne connaissons pas encore quels sont les éléments cellulaires députés à la défense, ni les modalités de cette défense.

Aussi nous ne connaissons pas pourquoi la maladie, à certains moments, montre de la tendance à se localiser à un seul système ou à un seul organe ou à une partie seulement de cet organe.

L'immunité dans la syphilis n'est pas une immunité vraie, mais une immunité liée à l'infection et qui dure jusqu'à ce qu'il y ait infection. Elle n'est pas transmissible, sinon avec l'infection.

Chez l'homme, l'immunité existe contre tous les virus (panimmunité); chez le lapin, au contraire, il y a différence de réaction de virus à virus (mono-immunité).

Le traitement intensif pratiqué dans les premiers temps de l'infection tranche l'immunité parce que probablement il tranche aussi l'infection. Il est très difficile d'atteindre ce résultat dans les périodes consécutives de la maladie.

Il y a des causes qui peuvent avoir une influence sur les conditions de l'immunité, telles des causes toxiques (alcoolisme, tabagisme, etc.), infectieuses (malaria, framboesis, fièvre récurrente, etc.), des dysendocrinies, etc.

L'immunisation active et passive ne donne aucun résultat ni au point de vue prophylactique ni au point de vue curatif.

De l'immunité, de la réinfection, de la superinfection syphilitique. — M. Al. Brown (New-York).

Etat réfractaire des lapins syphilitiques à la réinoculation (superinfection et réinfection). — MM. Matsumoto (Kyoto) et Mestchersky (Moscou).

Récidives cutanéo-muqueuses dans la syphilis primaire et leur différenciation des réinfections. — MM. John H. Stokes, Harold N. Cok, Joseph E. Moore, Paul A. O'Lemy, Thomas Parran et Udo J. Wile (Philadelphie).

Les tuberculides et leur traitement.

M. Adamson (Londres), rapporteur.

Le traitement de la tuberculose de la peau. — M. Reyn (Copenhague).

La tuberculose cutanée. — M. Torrin (Madrid).

Traitement du lupus vulgaire. — M. François (Anvers).

Les tuberculoses cutanées, leur incidence dans quelques régions de l'Amérique du Sud. — M. Rabello (Rio-de-Janeiro).

Communications.

Les deux grandes formes de la tuberculose cutanée et leurs causes. — M. P. Ravaut (Paris). Les recherches expérimentales ont toujours opposé l'un à l'autre deux grands types de tuberculose cutanée : d'une part, le lupus et les tuberculoses cutanées vraies dans lesquelles on retrouve facilement le bacille de Koch, et d'autre part, les tuberculides qui ne se montrent qu'exceptionnellement virulentes.

Ayant récemment démontré avec MM. Valtis, Vélis et Van Denise la présence de l'ultravirus tuberculeux dans des tuberculides papulo-nécrotiques et des sarcoïdes, ainsi que dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides papulo-nécrotiques, l'auteur croit légitime de considérer deux types de tuberculose cutanée :

1° L'un correspondant au groupe des tuberculides qui seraient produites par l'ultravirus tuberculeux parvenant au contact de la peau par la voie sanguine;

2° L'autre répondant au lupus, aux tuberculoses banales, déterminées par la forme bacillaire du bacille de Koch et d'origine externe.

Peut-être l'ultravirus confère-t-il un certain degré d'immunité.

En thérapeutique, cette distinction se justifie également. Le groupe des tuberculides est beaucoup plus accessible à la chimiothérapie (iode, arsenic, or) ou aux divers antigènes tuberculeux, alors que le lupus et les autres formes sont surtout justiciables de traitements locaux (agents physiques, caustiques, scarifications et surtout diathermo-coagulation).

Le traitement du lupus tuberculeux cutané. — MM. Louste et Thibaut. Les traitements médicaux sont notoirement insuffisants, quelquefois même dangereux; il n'est donc pas indiqué d'avoir recours soit à la chimiothérapie, soit à la tuberculinothérapie.

Les seuls procédés qui méritent surtout d'être pris en considération sont ceux qui font intervenir des agents destructeurs puissants.

Il faut, avant de les employer, s'assurer de l'état des muqueuses, de la muqueuse nasale en particulier; si elle présente des points lupiques, il est absolument nécessaire de les traiter et de les guérir pour ne pas s'exposer à des récidives Cette précaution étant prise, le traitement sera variable. d'une part selon les dimensions du lupus, d'autre part selon son siège.

Petits et moyens lupus. — Ils doivent être excisés, et l'excision sera suivie d'une suture immédiate. La cicatrisation est obtenue en huit jours et la cicatrice est souvent parfaite, à peine visible. Le chéloïde que l'on serait en droit de redouter est assez rare.

Grands lupus. — Ils se divisent en deux catégories :

1° Il s'agit de lupus présentant de larges surfaces cicatricielles au milieu desquelles se trouvent des foyers lupiques plus ou moins étendus, généralement situés en bordure.

Nous pouvons avoir recours à l'exérèse ou plus exactement à des *exérèses successives* avec suture qui feront disparaître l'une après l'autre les zones lupiques.

Bien que nous soyons au milieu d'un tissu scléreux, la réunion par première intention s'obtient parfaitement.

2° Grands lupus avec lupomes disséminés dans toute leur étendue. — Par suite de la large brèche opératoire, la suture ne peut être faite, et il faut avoir recours à la greffe.

La chirurgie est ici moins recommandable, il est préférable d'user soit de la finsenthérapie, soit de l'électro-coagulation.

Lupus d'après le siège. Lupus des paupières. — En raison de la proximité des globes oculaires, tous les procédés sont d'application difficiles; l'exérèse avec greffe est le meilleur de tous.

Lupus des narines et du pavillon de l'oreille. — Ici l'exérèse doit céder la place à des procédés qui respectent davantage la physionomie du malade : l'électro-coagulation, la finsenthérapie sont surtout à employer dans ce cas.

Les anciennes méthodes qui employaient les agents caustiques chimiques, la galvanocautérisation, les scarifications, le curettage ont des indications de plus en plus limitées, nous ne retiendrons que les scarifications qui trouvent encore leur emploi dans les lupus végétants pour faire tomber les gros bourgeons lupiques.

La cicatrice ne tardera pas à se faire, il restera un lupus plan cicatriciel qui relèvera soit de l'exérèse, soit l'électro-coagulation, soit de la finsenthérapie.

Quant à la radiothérapie, elle a été longtemps prônée, elle a été essayée de différentes façons, avec ou sans filtration, avec des séances courtes ou longues. Les résultats sont sou-

vent nuls, presque toujours mauvais. Les rayons X doivent cesser d'être employer dans la cure des lupus.

En résumé, un lupus doit être considéré comme une tumeur maligne; il relève comme elle de l'extirpation précoce et il entraîne ultérieurement la même surveillance pour éviter les récidives.

La gangrène cutanée. — M. MILIAN. « La gangrène cutanée d'origine infectieuse et non due à une oblitération artérielle a toujours été l'objet de nombreuses discussions sans qu'on soit jamais arrivé à la détermination exacte du germe qui en est la cause. C'est ainsi par exemple que, pour la gangrène foudroyante des organes génitaux, on considérait jusqu'alors que le streptocoque était l'agent pathogène. Il n'en est rien, car les streptocoques qu'on peut isoler de cette gangrène n'ont aucun pouvoir escarrifiant lorsqu'on les inocule à l'animal.

Il n'en est pas de même du bacille de la gangrène cutanée, qui est la cause usuelle de la gangrène de la peau.

Nous avons en effet découvert en 1917 un cocco-bacille que nous avons décrit sous le nom de *Bacillus gangrenæ cutis* qui se présente comme un petit bacille, à bouts arrondis, avec espace grêle central.

Il a des formes courtes presque cocciennes et des formes longues, voire même filamenteuses. Ce micro-organisme ne prend pas le Gram. Il est mobile sur place, mais progresse peu ou pas dans le champ du microscope, il est d'ailleurs pourvu de cils et l'ensemencement dans l'eau de condensation d'un tube de gélose donne après vingt-quatre heures une colonisation sur presque toute la surface de la gélose. La gélatine est liquéfiée; la liquéfaction commence dès le lendemain. En bouillon, il produit un trouble opalin avec ondes moirées à l'agitation, plus tard des amas pulvérulents au fond du tube.

L'odeur de ces cultures est putride, pénétrante, assez caractéristique. Sur gélose, la nappe formée est transparente. La bile n'est pas un milieu de culture favorable, mais elle ne l'empêche pas, il est anaérobie facultatif; le glucose, à l'exclusion de tous les autres sucres, subit la fermentation.



Ce germe n'est pas hémolytique, il pousse fort bien associé au streptocoque et au staphylocoque. Par sa morphologie, il se rapproche des pasteurella; par ses caractères culturaux, du groupe des protéus. Inoculé au lapin, il produit par injection intradermique une gangrène des plus caractéristiques, dont nous avons apporté des moulages et qui se produit non pas seulement au point inoculé, mais à distance, ce qui montre les propriétés réellement gangréneuses de ce microorganisme. Le *Bacillus gangrenæ cutis* a été observé pour la première fois par nous dans un cas de gangrène foudroyante des organes génitaux et nous l'y avons retrouvé depuis d'une manière constante. Il y est souvent associé au streptocoque et ce streptocoque inoculé à l'animal ne donne pas de gangrène. Il est intéressant de souligner que, contrairement à la notion généralement répandue, les gangrènes sont produites uniquement par les anaérobies stricts : ce bacille est un aérobie parfait et il est en même temps un aérobie facultatif.

Nous avons trouvé le bacille de la gangrène cutanée dans d'autres affections, mais nous le voyons compliquer toute une autre série de maladies cutanées. Nous l'avons observé surtout dans la maladie de Duhring, où il transforme les érosions consécutives à l'exfoliation bulleuse en ulcérations parfois extrêmement étendues et d'un caractère gangréneux épouvantablement douloureux et il peut servir de point de départ à une septicémie. »

On trouve également le bacille de la gangrène cutanée dans les ulcères de jambe et les escarres. On l'a vu aussi dans un cas de purpura gangréneux.

Ce bacille est enfin capable de pénétrer dans la circulation générale et de faire une véritable septicémie parfois déclenchée par biotropisme par les injections de « 914 ».

LÉVY-FRANCKEL et THIBAUT.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Parmi les fractures de l'extrémité inférieure du radius la plus fréquente est la fracture dite de Pouteau-Colles.

Elle est caractérisée par un *trait* à 15 millimètres audessus de l'interligne, par un *déplacement* en dehors et en arrière de l'épiphyse, enfin par le fait que c'est une *fracture engrenée*.

Mais il en existe d'autres types plus complexes dont le diagnostic nécessite la radiographie.

ÉTIOLOGIE

La fracture du radius se rencontre avant tout chez l'adulte. *La cause* est le plus souvent indirecte :

— Chute sur la paume en hyperextension (hyperextension appuyée);

— Retour de manivelle non lâchée (car lâchée, fracture de l'avant-bras).

Elle reconnaît deux pathogénies :

a. Ecrasement par transmission directe du choc par le condyle carpien, dans les chutes sur la paume;

b. Arrachement, mécanisme plus rare, déterminant des fractures partielles ou complexes. Se voit dans les chutes en flexion ou choc sur les têtes métacarpiennes.

CLINIQUE

1° **Fracture de Pouteau classique.** — Après une chute sur la paume, le blessé accuse de la douleur, de l'impotence, en général incomplète.

EXAMEN. — Il se présente à l'examen dans l'attitude classique des traumatisés du membre supérieur : l'avant-bras blessé soutenu par la main saine.

Parfois déjà un peu d'œdème, une ecchymose palmaire; mais ils ne masquent pas les *déformations caractéristiques* :

1° *De face* la main est déjetée *en dehors*; l'axe de la main ne coïncide plus avec l'axe antibrachial, l'ensemble décrivant la classique *baïonnette*.

De profil la main est déjetée *en arrière*.

A la face dorsale une saillie qui répond au fragment épiphysaire; cette saillie est surmontée d'une dépression. Du côté palmaire, déformations inverses. C'est le *dos de fourchette* caractéristique.

2° *A la palpation*. — 1. *Douleur provoquée*. — On provoque une douleur exquise, bien localisée à 15-20 millimètres audessus de l'interligne, en avant et en arrière.

2. ASCENSION DE LA STYLOÏDE RADIALE. — La ligne bi-styloïdienne est devenue *horizontale* ou même oblique en haut, en dehors. Cette ascension, décrite sous le nom de *signe de Laugier*, constitue un signe pathognomonique.

Tels sont les signes capitaux de la fracture. A titre plus accessoire, signaler :

— La *corde des radiaux*, sous-tendus par le fragment inférieur, et le soulèvement de la radiale dans la tabatière anatomique.

— L'absence de mobilité et de crépitation, car il s'agit d'une *fracture engrenée*.

— Le *décalage* de l'épiphyse radiale, qui se met en rotation interne légère.

Explorer, en outre, les *mouvements* qui ne sont entravés qu'au niveau du poignet et libres au niveau des doigts.

Penser aux *complications possibles* : palper la styloïde cubitale qui peut être arrachée; explorer la région de la tabatière où le scaphoïde peut être fracturé; chercher la luxation rétro-lunaire du grand os et le diastasis radiocubital.

Mais toutes ces complications seront surtout décelées par la *radiographie*.

RADIOGRAPHIE. — 1° Sur le cliché *de face* on jugera :

— *Le trait* : horizontal, légèrement concave en haut; à 15 ou 20 millimètres de l'interligne, à l'union du cylindre compact diaphysaire et de l'épiphyse spongieuse.

— *Le déplacement* : dans le sens transversal, l'épiphyse est déportée en dehors de l'axe diaphysaire, en même temps que remontée et légèrement décalée (en rotation interne).

2° Sur le cliché *de profil* :

— *Le déplacement* sagittal : l'épiphyse est déportée en arrière. En outre, il y a *interpénétration*; la diaphyse pénètre l'épiphyse, surtout en arrière; et *rotation* : le fragment inférieur tend à basculer; sa face antérieure est angulée sur la face antérieure de la diaphyse.

Des fissures peuvent en outre se surajouter; elles réalisent des *traits articulaires* avec :

— Fragments marginaux qui détachent un fragment antérieur (Letenneur) ou postérieur (Rhéa-Barton) de l'épiphyse;

— Fragments cunéens internes ou externes qui détachent un fragment latéral;

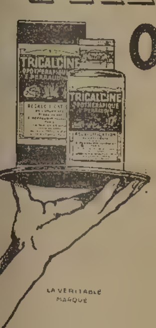
— Ou traits irréguliers (en V, en T, en Y).

On recherchera les lésions cubitales ou carpiennes associées, le diastasis radio-cubital.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 88. — SAMEDI 1er NOVEMBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 1er NOVEMBRE 1930. — N° 88.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 27 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer de l'œsophage. — Panaris du pouce. »

MM. Scheid, 18,5; Lemelletier, 19; Moreaux, 16; Demart, 11; Alpern, 24; Leiffring, 25; Turiaf, 17; Lucas, 19; de Pariente, 23,5; Iliovici, 14.

Séance du 29 octobre. — Questions données : « Symptômes et évolution de la néphrite aiguë scarlatineuse. — Signes et diagnostic des fractures du rocher. »

MM. Cachin (Charles), 16; Macé de Lépinay, 23; Marcy, 15; Falk, 13; Bernaud et Pescarolo, 17; Dormay, 19; Barthélemy, 25; Albeaux, 27.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Questions données à la composition écrite :
1° Configuration extérieure et rapports du duodénum.
2° Signes et diagnostic des tumeurs du rein.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Il est supprimé trois emplois d'assistants à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le nombre des assistants des Facultés de l'Université de Paris, réparti antérieurement comme suit : médecine, 73; sciences, 75 (nombre à ramener progressivement à 55); pharmacie, 33, est réparti désormais ainsi qu'il suit : médecine, 70; sciences, 75 (nombre à ramener progressivement à 55); pharmacie, 33.

(*Voir la suite des « Informations », p. 1556.*)

Henry DELAGENIÈRE

Allocution prononcée à la Société nationale de chirurgie par M. le professeur GOSSET, président.

Depuis notre dernière réunion de juillet, nous avons à déplorer une très grande perte pour la chirurgie et pour notre Société. Notre collègue Delagenière (du Mans), l'ami de la plupart d'entre nous, a succombé il y a quelques jours.

Henry Delagenière avait su conquérir une des premières places dans la chirurgie française. Son nom était connu du monde entier; et, cependant, il ne s'était pas fixé dans une ville de Faculté ou d'Ecole de médecine, il était simplement allé exercer au Mans, où il travailla pendant quarante années, de 1890 à 1930, mais avec quel lustre !

Il fut un des premiers internes en chirurgie de Paris à avoir le courage de partir en province pour créer un grand service, loin de tout centre chirurgical, loin de tout centre d'enseignement. En même temps que Témoin, à Bourges, que Defontaine, au Creusot, Delagenière, aux temps héroïques de notre art, s'installe au Mans; il crée un magnifique centre chirurgical, il continue à y poursuivre des recherches scientifiques, il publie, il invente, et finalement laisse, en chirurgie, un nom aussi grand que celui des plus grands.

Henry Delagenière naquit à Paris, le 30 avril 1858.

Son père était architecte de la ville de Paris.

De vieille noblesse bressane, il appartenait à la religion réformée.

Un Pierre de la Gelière (orthographe de l'époque), son huitième ascendant en ligne directe, se trouvait, avec Ambroise Paré, aux côtés de l'amiral de Coligny, à la Saint-Barthélemy. Après la réforme, le nom de famille devint Delagenière.

Le père d'Henry Delagenière se retira à Angers, après 1870, et c'est là, dans un admirable milieu de morale sévère, de goûts scientifiques et philosophiques, que notre futur collègue fut élevé. Aussi toute sa vie chirurgicale, du premier au dernier jour, a-t-elle été un exemple de travail, de conscience, de droiture, d'honnêteté, de désintéressement. Nul, mieux que lui, n'a honoré notre admirable profession,

la première de toutes, sans contredit, par le travail sans relâche qu'elle demande, les connaissances étendues qu'elle nécessite, l'abnégation totale qu'elle exige et les formidables responsabilités qu'elle entraîne. Quoi qu'on fasse, quelles que soient les atteintes momentanées que subira le corps chirurgical de la part des Pouvoirs publics qui ne nous connaissent pas, il n'en restera pas moins le premier organisme de tout grand pays civilisé, le plus désintéressé et le plus bienfaisant (nous l'avons assez prouvé pendant la Grande Guerre!) et la vénération et l'estime dont sont entourés, individuellement, tous les chirurgiens montrent bien que rien ne pourra diminuer l'auréole méritée que nous avons conquise grâce à notre travail, notre talent et notre conscience. De telles affirmations, évidentes pour ceux qui savent réfléchir, méritent d'être formulées à l'époque, attristante pour la dignité du corps chirurgical, que nous traversons actuellement.

Henry Delagenière fit ses études au lycée, puis à l'Ecole de médecine d'Angers. Il y fut interne, puis prosecteur, et enfin vint à Paris où il fut nommé à l'internat en 1885.

Il fut l'interne de Horteloup, de Monod, de Lucas-Championnière, de Terrier. C'est Terrier qui fut son maître de prédilection, qui l'initia à l'asepsie chirurgicale, qui lui donna une méthode et le soutint de ses conseils lorsqu'il vint s'établir au Mans. Delagenière était devenu l'ami de Terrier, il propagea sa méthode et ses idées, il lui conserva une fidèle reconnaissance et je ne puis résister au désir de vous reproduire les paroles prononcées par Delagenière, en février 1929, à l'inauguration du monument de Terrier, à la Faculté de médecine : « C'est cette idée de Terrier (la décentralisation chirurgicale) que j'ai été l'un des premiers à mettre en pratique dans un milieu dépourvu de toutes ressources scientifiques et dont l'hôpital m'était fermé pour quatorze ans. Or, c'est alors que j'ai trouvé chez cet excellent homme d'action le plus grand dévouement. Il s'intéresse à mon installation chirurgicale au Mans et me donne les conseils les plus utiles; il m'aide de sa grande pratique chirurgicale pour poser certaines indications opératoires; il n'hésite pas, à plusieurs reprises, à venir au Mans me soutenir de son autorité pour des cas particulièrement graves. Enfin, il me donne des preuves si grandes d'attachement et d'une portée si bienfaisante qu'elles sont toujours restées pour moi un réel soutien moral pendant toute ma carrière. » Il n'y a pas un mot à ajouter, il n'y a qu'à admirer, et le maître et le disciple !

Dès son installation au Mans, Henry Delagenière opère, invente et publie. Et pour pouvoir disposer d'une tribune il fonde les *Archives provinciales de chirurgie*, excellente publication que tous ceux de ma génération ont été à même de consulter et d'apprécier. Il prend part à la fondation du Congrès français de chirurgie, dont il eut l'honneur d'être président en 1910. En 1892, par conséquent très peu de temps après s'être fixé au Mans, votre Société, appréciant son labeur d'une façon toute particulière, l'avait nommé membre correspondant. Il était, depuis 1910, membre associé de l'Académie de médecine.

Delagenière a beaucoup publié; je rappelle sa thèse sur la cholécysto-entérostomie, ses travaux sur l'hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes, son livre sur la chirurgie de l'utérus qui lui valut le prix Laborie à l'Académie de médecine, ses recherches sur la chirurgie du poumon et l'innocuité du pneumothorax, ses publications sur la cure de la hernie crurale, sur la chirurgie des voies biliaires, sur le drain à soupape dans la pleurotomie simple. Il est deux publications que j'ai réservées, car elles ont vraiment une valeur toute particulière, ce sont ses travaux sur la position inclinée pour les interventions gynécologiques — point sur lequel on ne lui a pas rendu pleine justice —, et ses belles recherches, pendant la guerre, sur la greffe ostéo-périostique. On peut dire que les greffes ostéo-périostiques, suivant la méthode de Delagenière, ont été adoptées et employées par tous les chirurgiens.

Et, quand on songe que Delagenière a pu réaliser ces importants travaux sans moyens de recherche, sans laboratoire spécial, dans l'isolement pour ainsi dire, on est obligé de reconnaître que son mérite est encore plus considérable. Il a voulu montrer que la préface de Leudet, que nous avons tous méditée pendant notre jeunesse, ne doit pas être prise à la lettre. Vous vous rappelez que Leudet, interne des hôpitaux de Paris, je crois même médaillé d'or, et qui était venu se fixer à Rouen, publia quelques volumes d'observations et de faits cliniques, qui ont une réelle valeur. Mais, dans sa préface, Leudet met en garde les jeunes, qui ont l'amour du travail et de la recherche, contre l'isolement de la province. Eh bien! Delagenière a montré que, malgré cet isolement, on pouvait travailler en province et laisser une œuvre de haute valeur.

A côté du grand chirurgien, il y avait l'homme, et l'homme était grand, lui aussi, par sa haute tenue morale. Si l'on veut se rendre compte du rôle admirable de probité parfaite et de haute conscience que peut remplir, en province surtout, un chirurgien du caractère de celui dont nous regrettons aujourd'hui la disparition, il suffit de lire le fascicule qui a été imprimé, il y a quelques mois, à propos de la médaille remise à Delagenière par ses élèves et ses amis, lorsqu'il a pris volontairement sa retraite. Vous y trouverez l'adresse parfaite du Conseil municipal du Mans, de la Commission administrative des hospices; vous y lirez les belles pages consacrées par le professeur Hartmann à son ami de quarante ans, et vous lirez surtout la belle réponse de Delagenière. Il remercie tous ses amis, ses collaborateurs, il leur attribue tous les mérites dans l'œuvre qu'il a pu mener à bien et il s'y dévoile l'homme de travail et de modestie que nous avons admiré pendant cette longue période chirurgicale.

Il s'est retiré volontairement, avec la joie immense de passer le flambeau à un fils qui en est particulièrement digne et avec la profonde satisfaction de savoir que son œuvre serait continuée avec les mêmes aspirations élevées.

A la famille de notre éminent collègue, à son fils Yves Delagenière, à ses deux gendres, nos collègues Aubertin et Cathala, l'un et l'autre membres du corps des hôpitaux et de la Faculté de Paris, je puis affirmer, en votre nom, que la mémoire de Henry Delagenière (du Mans) sera toujours vénérée dans cette enceinte.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'adonis agit surtout en soutenant le cœur en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 6 novembre. — Jury : MM. Bernard, président; Chabrol, Sézary et Verne. — Mme Martiney-Gagey. Etudes sur les antécédents de malades tuberculeux pulmonaires.

Vendredi 7 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; Lesbouyries et Panisset. — M. Calavrias. Etude sur l'étiologie de l'avortement des juments.

REVUE GÉNÉRALE

HERNIES INTERNES

Par A. FOLLIASSON,
Interne des hôpitaux de Paris,
Préparateur à la Faculté.

Définition. — On décrit sous ce nom des *incarcérations viscérales se faisant dans les fossettes péritonéales normales ou anormales.*

Le terme de « hernie » appliqué à de pareilles lésions est en soi assez critiquable, une hernie étant « l'issue hors de la cavité abdominale de viscères qui dissocient certains éléments de la paroi et en refoulent d'autres devant eux, les téguments étant intacts. » Quoi qu'il en soit, l'usage de ce terme a prévalu, l'existence d'un sac, d'un collet, la nécessité de débridement dans les cas d'étranglement des viscères incarcérés, établissant une parenté relative avec la hernie banale.

Décrites d'abord en tant que découvertes nécropsiques et comme anomalies de développement, ces incarcérations viscérales furent étudiées au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux cas, au double point de vue clinique et thérapeutique. Il faut être au courant de leur existence, soit qu'elles réalisent un syndrome d'obstruction intestinale chronique, soit que, sous la forme d'occlusion aiguë, elles déroutent le chirurgien qui doit être averti de leur variété, de leurs rapports anatomiques pour ne pas s'exposer à commettre de graves fautes opératoires. Il serait donc souhaitable qu'elles tendent à être de moins en moins « les occlusions les plus insoupçonnées (Mondor) ».

Historique. — Depuis le mémoire fondamental de Treitz en 1857 (cet auteur n'envisageant d'ailleurs que les hernies péri-duodénales) ces lésions ont fait l'objet de nombreux travaux. Parmi les plus importants il convient de citer les mémoires de Lantzert (1872), Broesike (1891), Jonnesco (*Hernies internes*, Paris, 1890), Poisson (Th. de Paris, 1895), Moynihan et Dopson (1906), Jeanbrau et Riche, 1906 (ces auteurs limitant leur étude à l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow), Miraschi dont la thèse (Paris, 1917) est une importante contribution à l'étude des hernies péri-duodénales, Bolognesi qui dans la *Clinica chirurgica* (1917) fait un exposé très détaillé de la question, basé sur des recherches anatomiques très poussées, Andrews (Edmound) 1923. A la Société de chirurgie de Paris, Kummer, en 1921, apporte une observation de hernie péri-duodénale fort intéressante surtout au point de vue radiographique. Cadenat, en 1925, à propos d'un cas de Bernardbeig, fait une importante communication sur les hernies péri-duodénales droites. En 1926, Forlini, dans une Revue générale (*Arch. ital. de chir.*) reprend la question au point de vue anatomique. Plus récemment, Hartmann apporte deux observations de hernie péri-duodénale. Lombard (1923), Godart et Smith (1928) étudient les hernies de l'arrière cavité des épiploons. Enfin Bohême décrit particulièrement les hernies péri-cæcales. A ces travaux principaux on peut ajouter encore quelques observations isolées que nous aurons l'occasion de citer au cours de cet article.

Classification et Anatomie pathologique. — Ces incarcérations viscérales, par ordre de fréquence, peuvent se rencontrer : au niveau des fossettes péri-duodénales, dans l'arrière cavité des épiploons, dans les fossettes péri-cæcales, dans la fossette sigmoïdienne.

Plus rarement, elles se font dans une fossette pré ou rétro-vésicale, dans le ligament large, dans un recessus paracolique, dans un diverticule séreux tendu par une veine colique marginale comme il nous a été donné d'en observer un exemple. Il convient aussi de rapprocher de ces cas l'observation de Grégoire où l'intervention montra l'intestin grêle entièrement rétro-péritonéal.

La proportion réciproque de ces différentes variétés serait, pour Bolognesi, de 100 cas du type duodénal pour 30 seulement du type cæcal et 4 du type sigmoïdien. L'arrière cavité pour sa part, réunirait une trentaine de cas (Mondor).

I

HERNIES PÉRI-DUODÉNALES

A. **Siège.** — Une distinction s'impose immédiatement entre les hernies péri-duodénales droites et les hernies péri-duodénales gauches.

a. **Hernies péri-duodénales gauches.** — Elles peuvent se faire (schéma 1).

1. Dans la fossette paraduodénale.

Large cul-de-sac péritonéal (Lantzert) situé à gauche et à une certaine distance de la portion ascendante du duodénum *derrière un repli séreux soulevé par l'artère colique gauche supérieure*, repli paraduodénal mésentère de ce vaisseau; falciforme, il constitue la paroi antérieure de la fossette, sa face antérieure étant libre, la postérieure regardant la cavité de la fossette.

2. Dans la fossette duodénale supérieure (Jonnesco) 48 p. 100 (Forlini).

Située au niveau de l'extrémité supérieure de la portion ascendante du duodénum, elle est limitée par celui-ci à droite, en arrière par le péritoine pariétal, en avant par un repli péritonéal, le repli duodénal supérieur, *repli presque toujours vasculaire, la veine mésentérique inférieure cheminant dans son épaisseur.*

L'orifice d'entrée regarde en bas et s'oppose à celui de la fossette duodénale inférieure.

3. Dans la fossette duodéno-jéjunale supérieure, ou mésocolique (Besike) 14 p. 100 (Forlini).

Ses parois sont formées en arrière par le mésocôlon transverse; en avant par l'angle duodéno-jéjunal; latéralement par deux replis séreux triangulaires, les replis duodéno-jéjunaux droit et gauche. *La veine mésentérique supérieure n'est pas éloignée au bord libre de la fossette.*

Hormis la fossette paraduodénale, les autres ne

représentent que des dépressions insignifiantes et peu susceptibles d'admettre un segment intestinal. Telle est l'opinion de Short.

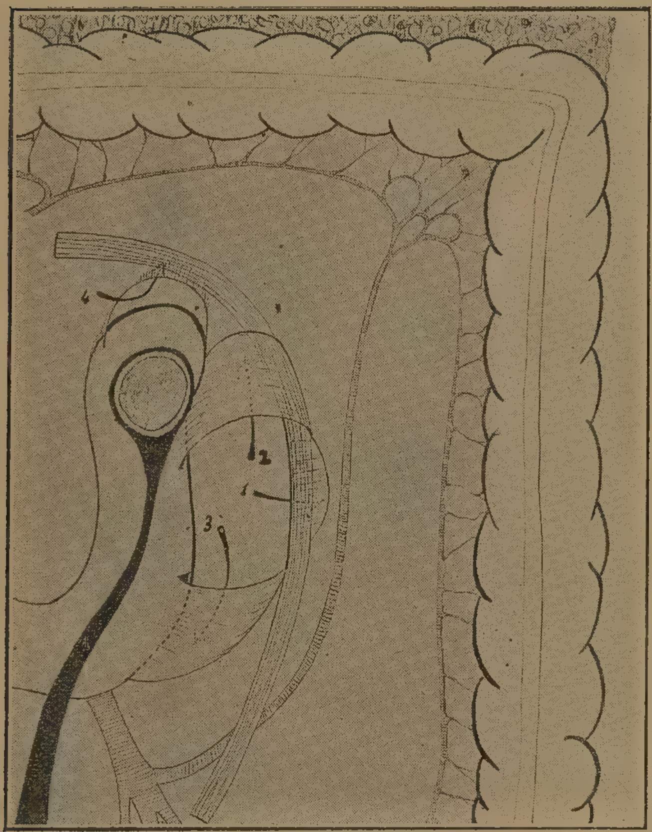


SCHÉMA 1. — *Fossettes périduodénales.* — 1. F. paraduodénale de Lantzert. — 2. F. duodénale supérieure. — 3. F. duodénale inférieure. — 4. F. duodéno-jéjunale supérieure ou mésocolique.

b. Hernies péri-duodénales droites. — Ces hernies peuvent se faire :

1° Dans la fossette duodénale inférieure (Jonnesco) 68 p. 100 (Forlini).

Située le long de la partie initiale de la portion ascendante du duodénum, elle a la forme d'un cornet d'abondance, accolé à l'intestin qu'il embrasse dans sa concavité. Le sommet de la fossette est dirigé à droite et touche presque la racine du mésentère. L'orifice est tourné en haut. Un repli péritonéal triangulaire tendu du duodénum au péritoine pariétal ferme en avant la fossette : c'est *le repli duodénal inférieur avasculaire.* Dans quelques cas les cornes gauches du bord libre des deux replis duodénaux inférieur et supérieur peuvent venir en contact : on se trouve alors en présence d'un orifice d'entrée commun aux deux fossettes duodénales. Cet orifice commun est longé à gauche par *l'arc vasculaire de Treitz formé par l'artère colique gauche supérieure* et *la veine mésentérique inférieure.*

2° Dans la fossette mésentérico-pariétale de Waldeyer (schémas 2 et 3).

Située (Brœsike) entre le mésentère et le péritoine pariétal, la limite supérieure répond à la troisième portion du duodénum et à l'origine du jéjunum. La paroi postérieure est constituée par le péritoine pariétal, la paroi antérieure formée par le mésentère. L'orifice d'entrée orienté en bas et à gauche est compris entre un repli postérieur falciforme (dont la corne supérieure se perd sous le jéjunum, dont la partie moyenne répond à la colonne vertébrale, à l'aorte et à la veine cave, tandis que la corne inférieure se perd sous la racine du mésentère) et un repli antérieur qui est la racine même du

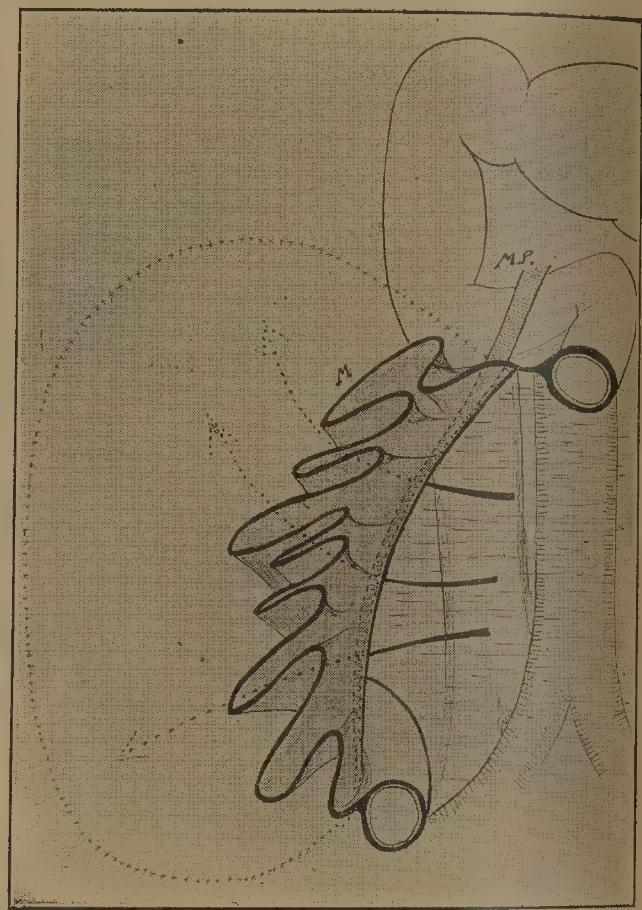


SCHÉMA 2. — *Fossette mésentérico-pariétale.* — MS. Artère mésentérique supérieure. — M. Mésentère.



SCHÉMA 3 (Bernardbeig). — 1. Disposition normale chez l'adulte. Soudure du mésocôlon primitif et du côlon ascendant à la paroi (segment supérieur de coupe transversale du tronc). — 2. Mésentérium commun flottant. — 3. Disposition réalisée chez le malade de Bernardbeig : le grêle et le mésentère sont passés par une rotation de 200 degrés environ en arrière de l'artère mésentérique en clivant le fascia accolé.

mésentère, suivie par l'*artère mésentérique.* Le fond de la fossette s'insinue entre le méso-côlon ascendant et le péritoine pariétal, atteignant quelquefois l'angle hépatique du côlon, pouvant même dépasser le bord externe du côlon ascendant. Classiquement la présence d'un pareil diverticule s'explique ainsi : (Miraschi). « Le mésentère commun se fixe en pre-

mier lieu suivant la ligne qui correspond au tronc de la mésentérique supérieure, par soudure entre la face postérieure du méso et le péritoine sous-jacent.

Ainsi le méso primitif commun aux deux branches de l'anse intestinale se subdivise en deux mésos secondaires propres à chacune des branches de l'anse mais à racine commune.

L'un flotte à gauche et au-dessous du tronc de l'artère, c'est le méso de l'intestin grêle, le mésentère proprement dit, et l'autre flotte à droite et au-dessus du tronc de la mésentérique supérieure, il répond au côlon.

La fusion se fait par étapes, elle progresse de haut en bas et de la ligne médiane vers le côté droit. Aussi la ligne d'implantation apparente du méso autour de laquelle flotte le côlon ascendant, se déplace-t-elle de plus en plus vers le flanc ».

La notion d'une fixation de la mésentérique supérieure respectant sa portion juxta-duodénale et portant uniquement sur sa terminaison permettrait donc de saisir la création de cette fossette. En réalité la fixation du méso-côlon ascendant se fait en premier lieu au niveau du côlon et se poursuit de droite à gauche : que l'on suppose cet accolement incomplet au niveau de la portion juxta-duodénale de ce côlon et une fossette mésentérico-pariétale du type habituel pourra prendre naissance. Ceci explique aussi que dans certaines observations (celle de Flechtenmacher par exemple) le bord libre de l'orifice de la fossette soit parcourue par l'*artère colique droite*. Bernardbeig dans son observation donne de lumineux schémas sur la disposition de la fossette mésentérico-pariétale.

3° Dans la fossette rétro-duodénale.

Cette fossette (Jonnesco) est limitée : en avant par la face postérieure des portions horizontale et ascendante du duodénum, en arrière par l'*aorte abdominale saillante dans la cavité de la fossette*, latéralement par deux replis séreux, les replis duodéno-pariétaux droit et gauche. Il semble n'exister qu'un seul cas de hernie produite dans cette fossette, celui de S. W. Summer. Chez son malade tout l'intestin grêle était contenu dans un énorme sac formé en arrière par le péritoine pariétal postérieur; en avant par un feuillet péritonéal épais contenant le pancréas, le duodénum et l'angle duodéno-jéjunal, le jéjunum à son origine était inclus dans ce feuillet et s'en dégageait peu à peu pour devenir libre dans l'intérieur du sac. Le gros intestin était normal et le méso-côlon transverse entièrement libre passait comme un arc en travers du sac qu'il comprimait sans s'y accoler. Il s'agissait donc d'un cas exceptionnel de hernie rétro-péritonéale derrière un méso-duodéno-pancréas non accolé et très développé.

Il est souvent difficile de reconnaître soit à l'opération, soit à l'autopsie, quelle est la fossette point de départ et siège de l'incarcération viscérale, ceci pour les raisons suivantes : variété des fossettes et, surtout dans les cas de hernies anciennes et volumineuses, impossibilité quelquefois de déterminer de façon précise le collet qui, très étendu, paraît avoir perdu tout rapport avec la région duodénale.

B. **Volume.** — Au point de vue du volume, il est classique depuis Jonnesco de distinguer ces incarcérations viscérales en *petites*, *moyennes*, *volumineuses* ou *complètes*, ces dernières occupant toute la cavité abdominale et contenant en entier ou à peu près l'intestin grêle.

C. **Rapports.** — Il est de toute évidence qu'une petite hernie siégera contre le flanc gauche de la colonne vertébrale en rapport avec le pédicule rénal, le rein gauche, le psoas.

Dans les hernies moyennes, les rapports s'étendent et se font avec le pancréas, la rate, le côlon descendant.

En cas d'incarcération de la majeure partie du grêle, le sac péritonéal volumineux entre en rapport avec l'estomac et le méso-côlon transverse en haut; à droite avec le côlon ascendant; à gauche avec la rate, le côlon descendant; en bas dans certains cas, la tuméfaction plonge dans le petit bassin atteignant le côlon pelvien. Le cadre colique encadre alors en fer à cheval la tumeur. Dans d'autres cas le côlon transverse passe en cravate au-devant d'elle, les côlons ascendant et descendant occupant leur situation normale.

Dans le cas de hernie péri-duodénale droite, développée aux dépens de la fossette mésentérico-pariétale, le côlon ascendant, le cæcum, sont repoussés en avant vers la ligne médiane par la masse grêle en situation rétro-cæco-colique. Dans le cas de Nagel, le cæcum, le côlon ascendant, le transverse étaient entièrement à gauche de la ligne médiane. Enfin dans l'observation de Bernardbeig, l'appendice en situation latéro-cæcale externe, était étalé au-devant de la poche herniaire.

Quant au grand épiploon, il masque la tuméfaction, ou bien se trouve rétracté à son pôle supérieur.

D. **Collet.** — Il a une forme plus ou moins irrégulière, des dimensions variables, pouvant aller de 1 centimètre de diamètre à peine à 12 centimètres et même plus (Bolognesi).

Son bord postérieur se continue avec le péritoine postérieur de la région. Le bord antérieur libre représente le point de réflexion du péritoine dans la fossette.

Nous avons vu les *rapports vasculaires* du collet : ils ont un *double intérêt : topographique;* ils préciseront le siège exact de la fossette ayant été le point de départ de la hernie; *opératoire :* il faudra toujours les avoir présents à l'esprit au cours de l'intervention, faute de quoi on s'exposerait à des sections fâcheuses.

E. **Structure de la poche herniaire.** — Elle est variable suivant qu'on l'envisage au niveau du collet ou au niveau de la poche elle-même.

Le collet a un bord postérieur formé d'un seul feuillet péritonéal, alors que le bord antérieur en comprend deux.

La paroi elle-même est formée par un double feuillet péritonéal, cela se conçoit; *elle peut être transparente*, *avasculaire* — circonstance favorable pour l'opérateur en ce sens que laissant voir der-

rière elle les anses intestinales, elle fixe immédiatement sur le diagnostic — *ou bien épaisse, irrégulière, parcourue par de gros vaisseaux*, pouvant faire croire à une paroi kystique ou à une tumeur maligne; on a même signalé la présence de ganglions inclus dans son épaisseur.

Dans le cas de hernie développée dans la fossette mésentérico-pariétale, la paroi antérieure du sac est formée par le méso-côlon ascendant contenant les *vaisseaux coliques* et par le côlon ascendant.

F. **Contenu.** — De façon constante, des anses grêles au niveau desquelles il est fréquent de noter des troubles de stase veineuse. Le mésentère hernié est souvent parsemé de cicatrices blanchâtres superficielles, épaississements scléreux du tissu souspéritonéal. On a noté dans certains cas une transformation fibreuse d'une portion plus ou moins étendue, quelquefois du mésentère en entier. D'autres fois, au lieu de présenter ces lésions « rétractiles » le mésentère est aminci et allongé à l'extrême. Il existe assez souvent à l'intérieur du sac des phénomènes inflammatoires chroniques s'accompagnant de péritonite adhésive, soudant les anses intestinales au sac, à l'épiploon. Tout ce qui précède explique les erreurs de diagnostic commises par les chirurgiens au cours de l'intervention, une fois arrivés sur la tuméfaction dont l'aspect est très souvent « déconcertant ». Dans le cas de Christophe, la hernie fut prise pour une tumeur ganglionnaire rétro-péritonéale, elle fut ponctionnée et un fragment de la paroi prélevé pour biopsie. Cette dernière montra la structure d'une paroi intestinale normale, le malade présenta une fistule intestinale et à l'autopsie on reconnut qu'il s'agissait d'une hernie péri-duodénale.

Dans le cas d'occlusion intrassaculaire aiguë, il existe un épanchement plus ou moins abondant de liquide hématique, louche, voire même purulent. Les anses intestinales présentent les lésions qu'on est accoutumé de rencontrer en pareil cas, allant de la simple congestion jusqu'à la gangrène.

II

HERNIES PÉRI-CÆCALES

Syn. hernie de Rieux.

A. **Siège.** — Elles peuvent se faire :

Dans la fossette rétro-cæcale : variété postérieure; dans les fossettes iléo-cæcale ou iléo-appendiculaire : variété antérieure.

1. Fossette rétro-cæcale.

Elle se trouve derrière le cæcum et le côlon ascendant. Limitée latéralement par deux replis : pariéto-cæcal à droite, mésentérico-pariétal à gauche; en arrière par le péritoine de la fosse iliaque et de la fosse lombaire. L'orifice est tourné en bas et à gauche. Le cul-de-sac qui lui fait suite est infundibiliforme, il se prolonge souvent par son sommet jusqu'au duodénum et au rein.

2. Fossette iléo-cæcale.

Située au niveau de l'angle iléo-cæcal, c'est une fente allongée de haut en bas; sa paroi antérieure est formée par le repli séreux mésentérico-cæcal, sa paroi postérieure par la face antérieure du mésentère et de l'iléon; son orifice orienté à gauche est limité par le bord libre du repli mésentérico-cæcal. Son fond dirigé à droite répond à la paroi antéro-interne du cæcum et du côlon ascendant. *Dans l'épaisseur du repli mésentérico-cæcal court l'artère cæcale antérieure.*

3. Fossette iléo-appendiculaire.

Fossette profonde, elle est située entre le méso-appendice en arrière, le repli iléo-appendiculaire en avant, l'iléon en haut, l'appendice en bas. Son orifice regarde à gauche et en bas, il est limité par le bord libre du repli iléo-appendiculaire, le méso-appendice et par l'iléon. *L'artère appendiculaire et l'artère récurrente iléale constituent les rapports vasculaires de l'orifice de la fossette.*

La hernie la plus fréquemment observée est la rétro-cæcale; les incarcérations dans les fossettes iléo-cæcale et appendiculaire étant extrêmement rares, bien que ces fossettes soient les plus constantes de celles que l'on rencontre au voisinage du cæcum.

B. **Volume.** — De même que les hernies périduodénales, elles peuvent être petites, moyennes, complètes, contenant en entier ou à peu près la masse grêle.

C. **Sac.** — Il peut être de forme variable : de petit volume il occupe la fosse iliaque droite; très développé, il peut remplir tout l'abdomen; mais généralement il conserve une large base d'implantation dans la fosse iliaque droite.

Dans les hernies rétro-cæcales, le sac occupe la fosse iliaque ou lombaire, le cæcum est repoussé en haut, en avant et en dedans.

Au contraire dans les hernies des fossettes iléo-cæcale et iléo-appendiculaire, il se développe contre la face interne du cæcum : de petit ou de moyen volume, il sera en rapport en avant et en dedans avec des anses grêles, très volumineux il aura avec les côlons des rapports identiques à ceux décrits plus haut pour les hernies péri-duodénales complètes.

D. **Collet.** — Plus ou moins large suivant les dimensions de la hernie.

Il est *avasculaire* dans les hernies rétro-cæcales et formé par le péritoine pariétal postérieur et le cæcum; dans les autres variétés par les replis iléo-cæcal et iléo-appendiculaire, il est alors *vasculaire*.

E. **Structure.** — Elle ne diffère en rien de ce qu'on observe au niveau des hernies péri-duodénales.

F. **Contenu.** — Il est formé par du grêle. On peut voir l'intestin se disposer en W (hernie dite de Short). Dans son récent traité, Mondor apporte une belle observation de cette hernie en W avec étranglement rétrograde (schéma 4).

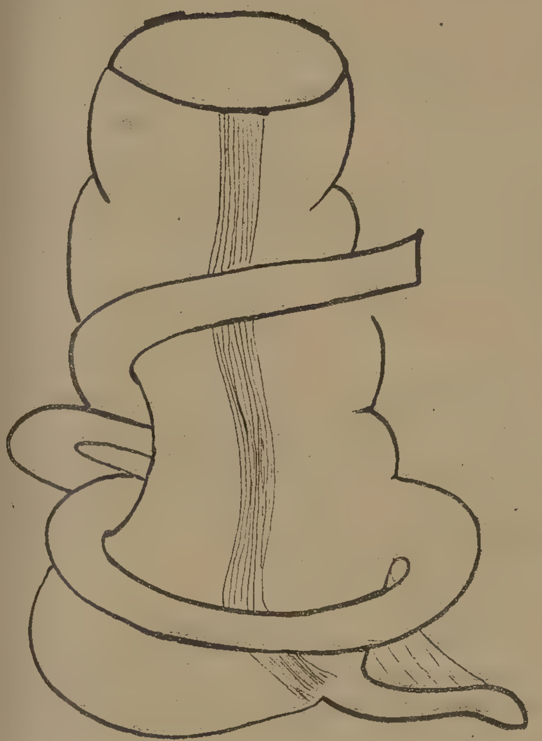


SCHÉMA 4. — *Hernie de Short* (d'après Boheme).

III

HERNIES DE L'ARRIÈRE CAVITÉ DES ÉPIPLOONS

Ces hernies peuvent se faire à travers l'hiatus de Winslow ou à travers le méso-côlon transverse

1. **Hernies à travers l'hiatus de Winslow** — Treitz leur refuse la qualité de hernies internes « je ne regarde même pas comme hernies internes la pénétration de l'intestin dans le trou de Winslow et il est possible d'en donner des raisons sérieuses, car dans ce cas l'intestin se glisse simplement dans une fente ouverte et il n'y a pas là formation d'un sac herniaire particulier ».

Jeanbrau et Riche, dans leur travail de la *Revue de chirurgie*, appuient cette opinion, l'analogie leur paraissant difficile à établir entre la cavité rétro-stomacale constante, à peu près invariable chez tous les sujets, et les vrais sacs herniaires.

Rokitanski (1859), Gruber (1861), Jonnesco (1890), s'étaient élevés contre cette exclusion de Treitz. Evidemment, le terme de hernie est impropre comme il a été dit plus haut, mais on devrait, en raisonnant comme Treitz, Jeanbrau et Riche, exclure du cadre des hernies externes celles qui se produisent dans un canal péritonéo-vaginal resté perméable. « Dans un cas comme dans l'autre il existe en effet un canal ouvert et un sac pré-formé; une pareille exclusion ne viendrait à l'idée de personne (Jonnesco). »

A. Collet. — C'est l'hiatus de Winslow. Considéré isolément, c'est un orifice allongé dans le sens vertical, limité en arrière par la veine cave inférieure, en haut par le tubercule caudé du lobe de Spiegel, en avant par le ligament duodéno-hépatique dans sa portion répondant à la partie droite du tronc de la veine porte, un peu en dedans du cholédoque. La limite inférieure a une *importance chirurgicale considérable* : les uns la montrent formée par la faux de l'hépatique, ce qui est inexact, la faux de l'hépatique étant en plein vestibule de l'arrière cavité et distante de 2 ou 3 centimètres au moins du bord inférieur de l'hiatus qui est constitué en réalité par un repli péritonéal tendu de la première portion du duodénum à la veine cave. C'est le ligament duodéno-hépato-cave. Lorsqu'on refoule en avant le petit épiploon, ce ligament forme une bride faisant saillie vers le haut. L'intestin s'engageant dans l'hiatus produira le même résultat.

Jeanbrau et Riche insistent beaucoup sur *les rapports que présentent le cholédoque et la veine porte dans le pédicule hépatique* car là est pour eux la *clef du débridement de l'hiatus de Winslow. C'est en passant par l'espace interporto-choledocien que l'on pourra exécuter cette manœuvre.*

B. Sac. — Evidemment il n'y en a pas, étant donnée la préexistence à peu près constante dans sa forme et ses dimensions de l'arrière cavité chez tous les sujets. L'hiatus franchi ainsi que le vestibule, on pénètre par le foramen bursæ omentalis dans la portion principale de l'arrière cavité, derrière l'estomac et la pars flaccida du petit épiploon, il sera facile d'effondrer cette dernière pour accéder directement sur les anses grêles incarcérées dans l'arrrière cavité.

C. Contenu. — La présence de l'intestin grêle dans l'arrière-cavité est deux fois plus fréquente que celle du gros intestin. Le grand épiploon est beaucoup plus rarement rencontré.

Les viscères incarcérés se mettront en rapport avec les organes limitant l'arrière cavité : aorte, estomac, foie, pancréas, rate. On a noté des perforations secondaires du péritoine de l'arrière-cavité au niveau du méso-côlon transverse, ou au niveau de la pars flaccida du petit épiploon; ceci créant les *variétés dites « complexes »* d'incarcérations intestinales à travers l'hiatus.

D'ailleurs l'étranglement intestinal est presque la règle, il est toujours produit par les bords de l'hiatus. Les lésions de l'intestin incarcéré n'ont rien de spécial à cette variété d'occlusion.

2. **Hernies à travers le méso-côlon transverse.** — Indépendamment des hernies consécutives à un traumatisme opératoire ou accidentel, à des lésions inflammatoires ou néoplasiques, il faut faire une place (Lombard-Godart et Smith) :

a. A des hernies se faisant par des *brèches préexistant dans le méso* : brèches dues à la résorption partielle et tardive des deux lames du méso par ailleurs absolument normales. Dans ce cas il n'y a pas de sac péritonéal au-devant des viscères hernies : *hernie trans-méso colique*. L'observation de Kagan est un bel exemple de cette variété d'incarcération.

b. A des hernies se faisant *par des récessus péritonéaux.* (Ederlen et Gasser-Reinhardt.)

L'un situé notamment dans la boucle de la colique moyenne près de l'insertion pariétale du méso-côlon.

Ces diverticules à ouverture inférieure font saillie

en doigt de gant dans l'arrière cavité. En effet, suivant le point où on l'examine, la texture du méso-côlon transverse est variable : il existe une grande bandelette centrale antéro-postérieure, elle est épaissie, formée de tissu conjonctif parfois mélangé de graisse, vers les deux angles, il existe aussi un épaississement marqué du méso. Ces épaississements répondent aux zones vasculaires (Laban). Il n'y a rien d'étonnant à ce que des hernies puissent se faire au niveau des zones faibles limitées par ces bandelettes.

Dans cette variété il y a un sac, les viscères herniés étant recouverts par le double feuillet du méso-côlon : *hernie sous-méso-colique.*



SCHÉMA 5. — *Trajet des hernies transmésocoliques* (d'après Lombard).

A. Sac. — Ce sac en se développant (schéma 5) atteint la face postérieure de l'estomac, la petite courbure peut même franchir l'épiploon gastro-hépatique (observation de Mayo) voire même s'engager de façon rétrograde dans l'hiatus de Winslow. Ce sac formé par le méso-distendu se rompant, la hernie sous-méso-colique pourrait se transformer en hernie trans-méso-colique avec intestin libre dans l'arrière cavité et au delà (Lombart).

B. Collet. — Le collet de pareilles hernies, qu'elles soient sous-méso-coliques ou trans-méso-coliques, est de largeur variable; il peut être orienté d'avant en arrière, ou transversalement (cas de Koch).

Siégeant à gauche de l'artère colique moyenne il a donc des rapports étroits avec ce vaisseau et avec l'arcade de Riolan.

C. Contenu. — Anses grêles. Dans le cas de Kagan il s'y joignait la paroi postérieure de l'estomac.

IV

HERNIES DE LA FOSSETTE INTERSIGMOIDE

A. **Siège.** — En attirant l'anse sigmoïde en haut et en avant, on aperçoit presque toujours sur la face postérieure du méso-côlon, au niveau de son bord pariétal ou racine, un orifice qui conduit dans un cul-de-sac séreux : c'est l'orifice d'entrée de la fossette intersigmoïde, *orifice siégeant sur le bord interne du psoas devant l'artère iliaque primitive gauche croisée par l'uretère* et doublée du péritoine pariétal. En haut, en avant, à droite et à gauche, il est limité par le méso-côlon dans l'épaisseur duquel cheminent les *trois artères sigmoïdiennes* qui entourent l'orifice. Cet orifice donne accès dans une fossette très profonde, véritable tunnel insinué entre le méso-côlon pelvien et le péritoine pariétal.

B. **Rapports.** — Dans les hernies de moyen volume, le côlon pelvien est repoussé vers la droite, la tuméfaction se développant dans la fosse iliaque gauche ou remontant sur le flanc de l'aorte.

C. **Collet.** — L'orifice herniaire a des rapports étroits avec les *vaisseaux sigmoïdes et les vaisseaux iliaques primitifs.*

D. **Contenu.** — Il est constitué le plus souvent par des anses grêles qui avant de pénétrer dans la fossette cravatent la face antérieure de l'anse sigmoïde, la croisant de droite à gauche (Erkes).

(*A suivre.*)

QUATRIÈME CENTENAIRE

D'AMBROISE PARÉ

COMMÉMORATION DE SON ŒUVRE

Par M. Jean-Louis FAURE,
Membre de l'Académie de médecine.

. . . .

Voici quatre cents ans qu'Ambroise Paré entrait à l'Hôtel-Dieu, comme compagnon chirurgien. Il avait à peine vingt ans.

Son père, qui était à Laval, où il fabriquait des coffrets, un de ces artisans de valeur, comme la vieille France en renfermait tant, avait remarqué son aptitude au travail, à la réflexion et avait voulu le préparer à quelque carrière plus noble que la sienne, en lui faisant apprendre le latin! Il l'avait confié, non sans quelque hésitation, au chapelain Dorsey, car il était de ces hommes qui, à cette époque où l'esprit commençait à briser ses chaînes, avaient quelque tendance à adopter les idées de cette réforme qui bouleversait en Europe les âmes et les consciences. Mais le chapelain employa plus souvent son élève à ratisser son jardin et à promener sa mule qu'à étudier ses déclinaisons. En sorte qu'au bout de quelque temps, il parut évident que le jeune Ambroise ne saurait jamais le latin.

Il avait un frère aîné, apprenti barbier chirurgien. Pourquoi ne serait-il pas, lui aussi, barbier chirurgien! Quant à aller plus loin et à devenir chirurgien barbier, c'est-à-dire un chirurgien véritable, consacré par la Faculté, il n'y fallait pas songer. L'ignorance du latin était là, qui s'y opposerait toujours. Il entra donc à titre d'aide chez un barbier de Laval, qui commença par lui faire balayer sa boutique, et l'initia de la façon la plus sommaire à l'art de couper les cheveux, de raser, gardant pour lui les saignées et les petites interventions plus sérieuses. Il acquit néanmoins, par la force des choses, les éléments de son métier. Mais au bout de

trois ans, fatigué de ne plus rien apprendre, il alla à Angers, où il n'apprit pas davantage.

Découragé, il se demandait ce qu'il allait faire, lorsque son autre frère, qui aidait son père dans son métier de coffretier, résolut d'aller chercher fortune à Paris. Ambroise se décida à partir avec lui et c'est ainsi que, tout en travaillant à raser, à tondre et à friser de vieilles perruques, il aidait le nouveau maître chez lequel il était entré dans ses petites opérations et dans les saignées. Mais il était déjà possédé par le démon de la chirurgie. Il lisait tout ce qu'il pouvait dans les rares traductions qui existaient alors de Galien, de Guy de Chauliac, de Jean de Vigo, dont le livre récent, qui avait eu un succès prodigieux, n'était cependant, au dire de Malgaigne, qu'une compilation désordonnée.

Et puis, sa journée finie, il allait à l'Ecole de médecine de la rue de la Bucherie, où il suivait les cours, écoutait les leçons du maître et assistait aux dissections.

Mais il sortit vite de la foule, car les choses n'allaient guère autrement qu'aujourd'hui. Il travaillait, il fallait même qu'il fit preuve de qualités exceptionnelles puisqu'il fut remarqué par divers professeurs, et en particulier par Dubois, qui avait latinisé son nom et qui n'était autre que l'illustre Sylvius. Et comme on avait besoin, à l'Hôtel-Dieu, d'un compagnon chirurgien, il fut choisi pour remplir cet emploi!

Et voilà comment le petit apprenti barbier de la boutique de Laval était maintenant devenu compagnon chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le hasard, qui mène le monde, décida de sa destinée. Il l'avait déjà bien servi, quand il l'avait conduit à l'Hôtel-Dieu, ce qui lui donna l'occasion de mettre en œuvre ses qualités d'observateur, et aussi son courage, car durant la peste de 1633, il fut appelé à de rudes besognes. Mais il était pauvre, et il fallait vivre, en attendant de passer ses épreuves, qu'il ne subit en réalité que beaucoup plus tard. Il chercha donc ce qu'il pourrait faire.

Le roi François 1er préparait à cette époque — nous sommes en 1636 — une expédition en Italie pour aller combattre le duc de Savoie, allié de l'empereur Charles-Quint. M. de Montejean, qui occupait un haut grade dans cette petite armée, cherchait un chirurgien. On lui présenta Ambroise Paré, qui lui plut et qu'il accepta.

Et voici notre héros parti pour la première de ces expéditions militaires qui firent de lui le chirurgien des champs de bataille et qui permirent à son génie naissant, ou plutôt à cette sorte de génie qui n'est que le bon sens et la clarté d'esprit, de donner libre cours à ses inspirations et qui devaient le conduire peu à peu à celle de ses découvertes qui devait l'immortaliser.....

La ligature des vaisseaux.

Cependant les événements suivaient leur cours. François Ier mourut. Mais la guerre avec les Impériaux reprenait bientôt aux marches de Lorraine. Malgré qu'il fût bon catholique, Henri II ne dédaignait pas l'alliance des princes protestants d'Allemagne contre les Impériaux. Ambroise Paré suivit encore M. de Rohan. On prit Toul, on prit Metz. On alla jusqu'en Allemagne. Et c'est au retour, à Damvilliers, sous une tente proche de celle de M. de Rohan, qu'Ambroise Paré, appliqua pour la première fois, dans une amputation, la ligature des artères et conquit l'immortalité!

M. de Rohan, devisait sous sa tente avec quelques amis, lorsqu'un coup de couleuvrine traversa la tente et brisa la jambe d'un d'entre eux. Ambroise Paré, immédiatement appelé, vit que la blessure était grave, car on savait depuis longtemps que la pourriture se mettait aux chairs déchiquetées et aux os fracassés, et que seule l'amputation pouvait sauver le blessé en le débarrassant de ce foyer de gangrène et de mort. Mais l'amputation était alors chose difficile pour le chirurgien et terrible pour le blessé. C'était relativement peu de chose que l'incision des chairs et le grincement de la scie pénétrant dans l'os dénudé. Le temps était rapide et les malades savaient qu'après tout, la vie valait bien quelques secondes de souffrance! Mais il fallait arrêter le sang. Et ce n'était plus ici, comme dans les plaies déchirées, l'huile de Sambuc bouillante, mais le fer rouge, qui était là, tout près, chauffant sous les yeux du patient et qu'on enfonçait profondément dans les chairs jusqu'au point où saignait l'artère rétractée. Tels étaient les préceptes des anciens. Qui donc aurait osé ne pas les suivre aveuglément? Ambroise Paré osa! Et cependant, ils étaient là, nombreux, les chirurgiens qui le regardaient faire, prêts à critiquer ce barbier, qui n'avait pas encore tous les grades de la Faculté. Il y avait même Mgr l'Evêque, avec sa mitre en tête et sa crosse dorée. Mais il n'était pas comme Ambroise Paré, et il savait, lui, le latin, et, pendant que Paré travaillait, il récitait à demi-voix les prières des agonisants!

Il s'agissait d'une amputation de jambe. Celle-ci fut vite coupée. Mais au moment où on passait au chirurgien les fers rougis à feu, celui-ci, à la stupéfaction de tous, les repoussa et mettant en œuvre une idée qu'il portait sans doute depuis longtemps dans sa tête, il prit un bout de fil, saisit l'artère tibiale avec un bec de corbin, et y mit une ligature. Il y eut des murmures discrets, on blâmait ce jeune imprudent qui osait délibérément enfreindre les enseignements des anciens. Mais, quelques jours après, le blessé était guéri, et Ambroise Paré le renvoyait chez lui, « gaillard, avec une jambe de bois et disant qu'il en estait quitte à bon marché de n'avoir esté misérablement brûlé pour lui estancher le sang! » (Léon Michelet.)

C'est ainsi qu'Ambroise Paré pratiqua pour la première fois la ligature des artères dans une amputation et s'éleva d'un seul coup d'aile au premier rang de ceux qui ont bien travaillé pour la chirurgie, et qui ont rendu aux hommes, leurs frères, un service dont nul ne saurait mesurer l'étendue! Qu'importent maintenant tous les autres travaux, et ses titres et même sa gloire? Le voilà maintenant par ce geste si simple, — par ce fil délicat posé sur un vaisseau, — entré dans l'histoire éternelle!

Et cependant la ligature des vaisseaux était connue depuis longtemps! On liait les vaisseaux saignants dans les plaies ordinaires. Pourquoi ne s'en servait-on pas dans les amputations? Servitude de l'esprit! fétichisme incurable! Hippocrate ne disait-il pas qu' « il est bon, en toute playe, de laisser fluer le sang, parce que la partie, par ce moyen, est moins sujette à une inflammation »? Et on laissait fluer le sang, quitte à l'arrêter par la suite par le supplice du fer rouge! Et la grande révolution, et le magnifique effort de l'esprit n'est pas tant d'avoir appliqué aux amputations cette ligature qu'on faisait ailleurs, et que Galien recommandait même de faire avec des boyaux préparés, devançant ainsi de dix-sept siècles le catgut d'aujourd'hui, que d'avoir vaincu la routine, déraciné le préjugé et porté un coup mortel aux idées anciennes dans ce qu'elles peuvent avoir d'absurde et de contraire à la raison. Car celles-ci touchent au cœur des hommes par d'indestructibles racines! Il semble que l'esprit humain soit incapable de briser le moule dans lequel il a été coulé par les générations disparues. Comme le bronze inaltérable il garde l'empreinte reçue. Pour lui donner une forme nouvelle, il faut le jeter de nouveau au creuset bouillonnant!

Ne l'avons-nous pas vu, il y a un demi-siècle, à la tribune même de notre compagnie, quand la voix d'hommes éminents par leur haute culture de leur intelligence, s'élevait en critiques âpres et passionnées contre celui dont le génie révélait un monde nouveau et apportait aux hommes le salut et la vérité!.....

Les examens au temps d'Ambroise Paré.

La tranquillité revenue, Ambroise Paré songea qu'il n'était toujours que barbier chirurgien. Malgré son titre de

chirurgien du roi — et peut-être même à cause de ce titre — il souffrit intérieurement de cette infériorité que certains confrères jaloux, qui n'avaient pour eux que leurs parchemins, se plaisaient à faire ressortir, et il songea à prendre son diplôme devant le Collège royal des chirurgiens. Celui-ci, qui venait de remplacer la confrérie de Saint-Côme, portait ombrage à la Faculté de la rue de la Bucherie qui, par des mesures et ordonnances dans le détail desquelles nous n'entrerons pas, tâchait d'entraver son action. Un des amis d'Ambroise Paré, Me Etienne Larivière, qui faisait partie du nouveau collège, s'avisa que l'entrée d'Ambroise Paré dans le sein de la nouvelle organisation donnerait à celle-ci quelque éclat, et aussi, par l'influence de Paré sur le roi, quelque puissance. Et il vint à point pour tirer Ambroise Paré d'embarras. Celui-ci n'envisageait pas sans quelque inquiétude l'examen qu'il fallait passer, et pour lequel il se sentait mal préparé. Il s'était mis à piocher le latin, mais il se savait encore très inférieur sous ce rapport au dernier des candidats à la maîtrise. Car c'était un étudiant comme on en voit peu! Quand il avait abordé l'étude des malades, lorsqu'il avait été nommé compagnon chirurgien à l'Hôtel-Dieu, plus de vingt ans auparavant, ce n'est pas dans les livres qu'il allait chercher des leçons. C'est dans l'observation directe de la maladie et de ses ravages. Aussi, quand on lui imposa l'obligation, très lourde à son génie rebelle à la contrainte, de se plier à la discipline commune, ce n'est pas sans difficultés qu'il essaya de s'adapter à des études qui paraissaient faciles à des jeunes gens qui s'y préparaient parfois dès leur enfance, alors qu'il ne connaissait, lui, que ce que lui avait enseigné toute une vie de travail et de méditation.

Mais les critiques que l'on peut faire aux examens ne s'appliquent pas seulement à ceux que nous connaissons aujourd'hui. Malgré la jalousie qui fermentait au cœur d'un certain nombre de membres du Collège des chirurgiens, quelques-uns avaient, heureusement, pour Ambroise Paré, une admiration secrète et même profonde, et l'on fit pour lui ce que l'on ferait peut-être encore si un cas analogue venait à se présenter. Me Larivière composa un jury spécial, choisi parmi ses partisans, on changea la date ordinaire et le lieu de la réunion, on convint même par avance de certaines questions et réponses. Mais les réponses d'Ambroise Paré furent faites dans un latin si déplorable qu'il y eut quelque flottement dans le jury. Il obtint cependant les deux tiers des suffrages et fut admis à la maîtrise — mais à la condition expresse « d'apprendre le latin et la chirurgie ».

Et nous n'avons pas assez de critiques pour les examens actuels! Rien n'est changé sous le soleil — si ce n'est cependant que les reproches que l'on peut nous faire semblent plutôt devoir s'exercer en sens inverse — et que nous n'avons pas souvent à nous prononcer sur des candidats de la taille de notre héros.....

Les livres d'Ambroise Paré.

..... Rentré à Paris, ayant quelque loisir, et malgré les exigences d'une clientèle attirée par la renommée qui commençait à se faire autour de son nom, et toujours poussé par Sylvius, il se mit au travail et écrivit son ouvrage sur *La méthode de traiter les plaies faites par harquebuses et bâtons à feu*, etc. C'était en 1545. C'est donc à trente-cinq ans qu'il eut pour la première fois la joie de se voir imprimé!

Et voici que son ignorance de la langue latine, qui lui faisait défaut, suppléée par son génie naturel, nous a donné un livre savoureux, pittoresque, où éclatent à chaque instant les mots étincelants sortis du vieux terroir français et dont les écrivains du grand siècle, en donnant à la langue sa noblesse et sa pureté, l'ont malheureusement dépouillée.....

En 1561, il publiait *La méthode curative des playes et fractures de la tête humaine*. Livre rempli de figures de scies, d'instruments et de diverses sortes de trépans, qui nous montrent à quel degré extraordinaire de perfection était déjà parvenu l'outillage chirurgical. La même année paraissait l'*Anatomie universelle du corps humain*, dédié au très illustre et très débonnaire Roy de Navarre.

Ce livre est très intéressant à parcourir. Un certain nombre de figures sont empruntées à Vésale, au grand Vésale peut-on dire, car peu d'hommes ont poussé aussi loin que ce grand anatomiste l'amour de la recherche et le talent d'observation. Au dire de Paré, Vésale l'avait autorisé à publier ses dessins lors de son passage à Paris, au moment de l'agonie de Henri II.

En 1564, paraissaient *dix livres de chirurgie*, puis, en 1568, le *Traité de la peste, de la petite vérole et rougeole, avec une brève description de la lèpre*.

En 1572 parurent *cinq livres de chirurgie*. Puis, en 1573, encore *deux livres*. C'est en 1575 que parurent ses œuvres complètes, classées en 26 livres, dans lesquelles ses travaux antérieurs sont plus ou moins remaniés.....

Les croyances d'Ambroise Paré.

Ambroise Paré était huguenot.

M. Carlos d'Eschevannes est très préoccupé de savoir si Paré était protestant ou s'il était resté catholique. Il discute longuement la question et se rallie à cette dernière opinion. C'est d'ailleurs celle de Malgaigne qui ne nous donne, en faveur de cette hypothèse, que les arguments les plus détestables. Je ne me chargerai pas de trancher ce différend, bien que les dangers certains qu'il a courus pendant les jours tragiques de la Saint-Barthélemy me fassent adopter la première et penser qu'il avait embrassé la foi des huguenots. Peu importe d'ailleurs. Il me suffit de savoir qu'il eut une âme de Chrétien. J'entends par là qu'il conforma sa vie à l'esprit du Christ, sans s'occuper de celui de ses ministres. C'était un honnête homme, juste et charitable, plein de pitié pour les douleurs humaines, bon, tolérant et large d'esprit! Quelle qu'ait été sa foi, il lui avait emprunté ce qu'il y a de bon dans toutes les religions, les idées droites et généreuses que, par la force des choses, elles incorporent dans leurs règles étroites et qui sont du domaine de la morale universelle.

. . . .

Enfin, chose admirable en ces temps si troublés, il avait conservé quelque chose de plus beau, de plus profond et de plus généreux, un grand esprit de tolérance, si rare à cette époque, aussi bien chez les Huguenots que chez ceux qui demeuraient fidèles à l'autorité souveraine du Pontife romain. Il ne comprenait point que l'on prît ombrage à la foi des autres, ni que les autres aient rien à voir avec ce qui se passait au fond de sa propre conscience. Encore moins comprenait-il que ce pauvre royaume de France, déjà si éprouvé par les guerres avec les Anglais, qui pendant tout un siècle l'avaient ravagé, et presque achevé par la guerre avec l'empereur Charles-Quint, au point qu'on se demandait ce qu'il adviendrait de la France si tous les fils de Catherine, qui semblaient d'une race dégénérée, venaient à mourir sans enfants, il ne comprenait pas que des Français, qui avaient déjà tant souffert, tournassent leurs armes contre d'autres Français, même en combattant pour leur foi!

C'était donc un esprit libre! Mais combien d'esprits libres, ou qui se croient tels, demeurent esclaves, emprisonnés dans l'ignorance et dans la servitude! Et c'est ici qu'il faut donner toute sa valeur à une circonstance qui décida peut-être de la haute fortune de cet homme, qui ne s'éleva au premier rang et ne devint le père de la chirurgie, que parce qu'il s'était fait tout seul!

Ambroise Paré ne savait pas le latin! Et si cette lacune l'avait privé d'une certaine discipline de l'esprit que beaucoup jugent aujourd'hui, et avec raison, nécessaire à son développement, elle l'avait en même temps affranchi, au moins en ce qui concerne la médecine, d'une aveugle soumis-

sion aux idées de son temps, irrémédiablement embourbé dans les traditions galéniques.

En sorte que cette ignorance de la langue, qui l'eût mis à même de lire l'Evangile sacré des médecins de cette époque, lui permit de conserver cette indépendance de l'esprit, qui demeure une des plus hautes qualités de l'homme, parce qu'elle lui donne la force de lutter contre la routine éternelle, et de s'affranchir des erreurs léguées par le passé, pour travailler en liberté à la recherche de la vérité.

Ce n'est pas, cependant, dans une enceinte comme celle-ci que nous avons le droit de médire de la tradition. Car si les siècles passés ont accumulé les erreurs et nous les ont transmises, ils ont aussi accumulé des vérités éternelles, et nous vivons sur le travail de ceux qui nous ont précédés.

Et puis aussi, après ce que nous avons vu et ce que nous avons aujourd'hui sous les yeux, nous n'avons pas le droit de prononcer à la légère ce mot magnifique de liberté, surtout quand nous l'appliquons aux manifestations de l'esprit, dans lequel ne sauraient naître spontanément les règles de la vérité souveraine. Car l'esprit, comme le corps, comme les muscles, a besoin d'une direction, d'une discipline solide, sans laquelle il peut s'égarer sur les chemins qui semblent mener vers les sommets et qui conduisent aux abîmes!

Ah! sans doute, il est facile de s'hypnotiser sur les mots et de se lancer au galop sur la route enchantée des rêves et des illusions! Sans doute, il est facile, au matin d'un beau jour d'été de voir du haut de la colline le soleil monter lentement dans les brumes de l'horizon! Mais qui donc peut savoir, avant qu'il ne descende aux mystères du crépuscule, qui peut savoir si ces rayons, qui portent avec eux la lumière et la vie, viendront, avant la fin de la même journée, dorer les blés pour la moisson prochaine, ou rougir la fumée planant sur le carnage des batailles.

Et qui donc pourrait dire, à l'aube rayonnante d'une révolution, si les nuages empourprés qui, dans les vapeurs de l'aurore cachent encore le soleil, doivent leur pourpre à sa lumière, ou bien aux flots de sang qu'elle fera couler!

A chaque instant, dans ce monde en perpétuelle évolution, s'organise le grand combat entre la tradition et la liberté de l'esprit. C'est de cette lutte éternelle que surgit le progrès, ou qu'apparaît la régression et se précipite la décadence!

De temps en temps surgit un homme capable d'accélérer ou de ralentir cette marche fatale de l'humanité vers le bien ou vers le mal, vers la vie ou vers la mort! Gloire à celui qui sait choisir, entre les forces du bien et les puissances du mal, et qui porte une âme assez haute pour prendre dans la tradition ce qu'elle a de bon, tout en gardant l'indépendance de sa pensée et en marchant d'un cœur intrépide dans les chemins de l'Avenir!

Ambroise Paré fut un de ces esprits libres et clairs, courageux et puissants qui s'engagent droit devant eux sur la route éternelle qui conduit à la vérité, et dont l'âme possède cette flamme intérieure qui ne s'allume que chez ceux qui sont marqués par le destin!

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1930)

Prix Albert Ier de Monaco. — MM. E. Roux, L.-E. Bouvier, P. Vieille, P. Villard, L. Mangin, Ch. Richet et L. Joubin sont désignés pour former, avec le bureau de l'Académie, la Commission du prix Albert Ier de Monaco.

Cérémonie Laveran. — MM. E. Roux, A. Lacroix et F. Mesnil sont désignés pour représenter l'Académie à la pose d'un médaillon de A. Laveran qui doit avoir lieu le 6 novembre 1930, au Val-de-Grâce.

Persistance de l'activité phagocytaire du thymus au cours de son involution. — MM. R. ARGAUD et M. PESQUE.

Sur une théorie physico-chimique de la sexualité. — M. Ph. JOYET-LAVERGNE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1930)

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. le professeur Gley, ancien président, et il donne lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques.

La séance est suspendue pendant quelques minutes en signe de deuil.

— A la reprise M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Paul Busquet, bibliothécaire de l'Académie.

Inauguration d'un monument du souvenir français en Serbie. — L'Académie charge M. Auvray de la représenter à cette cérémonie qui aura lieu à Belgrade le 11 novembre prochain.

La VIIe Conférence internationale de la tuberculose à Oslo. — M. Léon BERNARD rend compte de la Conférence qui s'est tenue à Oslo en août 1930.

La *Gazette des hôpitaux* a publié (4 oct. 1930, n° 80) le résumé des travaux de la Conférence. Retenons donc surtout de l'exposé de M. Léon Bernard ce qu'il a dit du B. C. G.

Les onze rapports étudiant la question ont proclamé l'innocuité absolue de la méthode et reconnu la valeur immunisante du vaccin.

Le chef de la délégation allemande avait demandé qu'on ne soulève pas dans le débat les tristes événements de Lubeck, à propos desquels il a mis hors de cause les souches de B. C. G. de l'Institut Pasteur, l'enquête ayant déjà révélé qu'elles avaient été ultérieurement contaminées, par des fautes de manipulation. L'impression d'ensemble qui s'est dégagée des débats a été entièrement favorable au B. C. G. ainsi que l'a enregistré le Président de la Conférence, qui, aux applaudissements de tous, a chaleureusement félicité M. Calmette.

M. Léon Bernard a terminé son exposé, très applaudi, en exprimant la gratitude des Français pour l'accueil particulièrement cordial qui leur a été fait par les savants norvégiens et leur gouvernement.

Éloge d'Ambroise Paré. — Devant un amphithéâtre rempli comme aux plus grands jours, M. J.-L. Faure a fait la très belle Conférence dont nous sommes heureux de donner plus haut quelques extraits.

Cet éloge dans lequel les détails historiques et les anecdotes alternaient avec des pensées de haute philosophie n'a pas déçu les auditeurs qui ont encore présente à l'esprit la brillante série des éloges prononcés à la Société de chirurgie par M. J.-L. Faure.

— En raison de la fête de la Victoire, la séance du 11 novembre n'aura pas lieu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1930)

L'absorption du B. C. G. « per os » chez le jeune lapin. — M. P. NÉLIS montre la facilité avec laquelle les bacilles acido-résistants, y compris le B. C. G., passent à travers la muqueuse digestive du jeune animal.

Sur l'innocuité du B. C. G. — MM. P. Nélis et E. Picard. L'inoculation sous-cutanée de doses massives de B. C. G. chez le cobaye gravide ne permet pas de déceler la moindre altération imputable au B. C. G.

Les auteurs n'ont pu ni mettre en évidence le passage du B. C. G. de la mère à l'embryon, ni relever chez les jeunes issus de mères inoculées la formation d'une lésion tuberculeuse quelconque, ni provoquer l'apparition d'une lésion tuberculeuse chez des cobayes sains réinoculés avec du pus riche en B. C. G.

Ils concluent à l'innocuité de la souche B. C. G.

Nouvelle race de streptophage isolée d'une eau d'égout. — M. W. I. Gough a réussi à isoler d'une eau d'égout une race de bactériophage pour un streptocoque anhémolytique provenant d'un cas de pyorrhée alvéolaire. La polyvalence de cette race est remarquable : elle est active pour diverses souches de streptocoques hémolytiques et anhémolytiques.

Parallélisme entre le « pouvoir floculant » de l'anatoxine diphtérique et de « son pouvoir dissociant » vis-à-vis du complexe toxine-antitoxine. — M. G. Ramon. L'anatoxine diphtérique ajoutée à un mélange neutre de toxine et d'antitoxine spécifiques, dissocie ce mélange et s'unissant à l'antitoxine grâce à son affinité pour elle libère de la toxine, de telle sorte que le complexe toxine + antitoxine + anatoxine se montre toxique pour le cobaye auquel on l'injecte. Ce « pouvoir dissociant » est en relation directe avec le pouvoir floculant. La réaction de floculation permet donc d'apprécier facilement, à moindres frais, et mieux que toute autre méthode, les différentes propriétés de l'anatoxine dont l'ensemble constitue ce que nous avons appelé la valeur antigène intrinsèque.

Influence de la concentration des solutions sur la résorption et l'action pharmaco-dynamique de l'adrénaline. — MM. Maurice Renaud et Miget. Les effets d'une injection d'une substance quelconque ne dépend pas seulement du rapport entre la masse de la substance injectée et le poids de l'animal. Ils sont avant tout fonction de la façon dont la substance arrive au contact des éléments sensibles et les imprègne. Les modalités de la diffusion des substances médicamenteuses et toxiques jouent un rôle essentiel dans la détermination des propriétés pharmaco-dynamiques.

Un des facteurs les plus importants parmi ceux qui règlent la mise en circulation des produits injectés paraît être la concentration de la solution dont dépend le taux que le corps peut atteindre à un moment donné dans les humeurs.

Les expériences les plus démonstratives sont celles qu'on peut faire avec l'adrénaline.

Elles montrent qu'une excitation brutale des centres nerveux est nécessaire pour entraîner la mort, qui ne peut se produire que si le taux de l'adrénaline dans les humeurs atteint une certaine concentration. En raison de la rapidité avec laquelle l'adrénaline diffuse et s'élimine, cette concentration mortelle ne peut être atteinte que si la dose mortelle injectée est mise en circulation avec une vitesse suffisante.

Pour obtenir avec l'adrénaline par injection sous-cutanée un effet déterminé, il faut donc injecter une dose d'autant plus élevée que la solution est plus diluée.

Les facteurs de la résorption (concentration, équilibre ionique, etc.), sont donc dans certaines circonstances les vrais facteurs déterminants de la gravité d'une intoxication.

Modification d'une race de bactériophage par adaptation sur des formes bactériennes secondaires. — MM. V. Sertic et W. I. Gough. La race de bactériophage étudiée par les auteurs subit en s'adaptant des modifications profondes de la morphologie de ses colonies, notamment la perte de la zone de lysine. Ces expériences, qui démontrent qu'un bactériophage de lignée pure en s'adaptant peut donner des lignées avec de profondes modifications de propriétés, parlent en faveur de la conception de d'Hérelle sur l'unicité de l'espèce du « protobios bactériophagus ».

La plaquettose digestive. — MM. Ed. Benhamou et A. Nouchy rapportent les expériences qui leur ont permis de décrire une plaquettose digestive, c'est-à-dire une augmentation temporaire du chiffre des thrombocytes, contemporaine de la digestion.

La plaquettose qui suit l'ingestion des différents aliments se manifeste par des variations numériques importantes qui sont surtout marquées pour la viande, le lait et les fruits, moins pour le beurre, moins encore pour les légumes verts. L'épreuve est toujours négative avec l'eau pure.

La plaquettose digestive est précoce; elle est appréciable déjà à la 20e minute. Elle atteint progressivement son acmé de la 40e à la 60e minute, puis décroît pour retrouver le chiffre d'avant l'épreuve vers la 180e minute.

Elle semble constante chez l'homme normal : les auteurs l'ont retrouvée avec le même rythme, non seulement chez l'adulte, mais encore chez le vieillard, chez l'enfant, chez le nourrisson après la tétée maternelle ou après l'allaitement artificiel. Elle existe également chez le sujet splénectomisé.

Quel que soit le rôle joué par les plaquettes dans la digestion, la notion de plaquettose digestive est intéressante en physiologie; sur le terrain clinique, elle permet de comprendre comment une simple prise de lait peut fausser pendant plusieurs heures les chiffres des plaquettes et entraîner des conclusions erronées.

Action des extraits acétoniques de bacilles de Koch sur les propriétés pathogènes des éléments filtrables du virus tuberculeux. — MM. L. Nègre et J. Valtis. Les injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch favorisent le développement des lésions tuberculeuses chez les cobayes préalablement inoculés avec les éléments filtrables du bacille tuberculeux.

Si elles sont répétées douze à quatorze fois, on peut observer chez les cobayes préalablement inoculés avec les éléments filtrables du bacille de Koch le développement de lésions tuberculeuses des ganglions et des organes qui, réinoculées à des cobayes sains, leur donnent une tuberculose généralisée.

Il semble donc que, par les injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch, nous possédions une méthode qui permettra de mettre rapidement en évidence les propriétés pathogènes des bacilles qui dérivent des éléments filtrables du virus tuberculeux.

Nouvelle technique d'obtention du principe lytique transmissible. — M. Pierre Rosenthal a isolé le principe lytique transmissible en partant de bactéries n'ayant jamais présenté de phénomènes lytiques.

Certains échanges se produisent entre deux cultures d'une même bactérie séparées par les parois d'une bougie de porcelaine. Ces conditions permettent de déceler le bactériophage.

Tout paraît se passer comme si le bactériophage de d'Hérelle faisait toujours partie du développement bactérien.

Présence de formes filtrantes streptococciques dans les ganglions lymphogranulomateux. — MM. Grandclaude, Lesbre et Foulon, par des ensemencements anaérobies de ganglions prélevés aseptiquement chez des malades atteints de lymphogranulomatose, ont mis en évidence des formes filtrantes streptococciques. Sans leur attribuer une valeur spécifique, ils pensent que ces formes pourraient jouer le rôle de « biohormones » dans la stimulation anormale des divisions cellulaires et dans l'apparition de quelques-uns des caractères morphologiques particuliers à la maladie de Hodgkin.

La calcémie fœtale. — MM. Aburel et Ornstein, par des dosages comparatifs sur le sang de la mère et du cordon

ombilical, ont trouvé que la sérocalcémie totale du fœtus est supérieure à la calcémie maternelle. Ils ont trouvé ce fait sur les fœtus de tout âge de la vie intra-utérine ainsi que sur des fœtus extraits par césarienne. Donc l'hypercalcémie est une caractéristique de toute la période fœtale.

La calcémie et la fonction motrice de l'utérus. — MM. ABUREL et ORNSTEIN, par des dosages comparatifs sur des femmes présentant un travail prolongé et sur des femmes avec travail rapide, trouvent une calcémie totale sérique plus élevée chez les femmes avec travail long.

Neuro-infections autostérilisées. — M. S. NICOLAU apporte des preuves pour montrer que l'opinion de Lagrange — en ce qui concerne les neuro-infections autostérilisées suivies d'immunité (*sensu* Nicolau) et les neuro-infections mortelles autostérilisables (*sensu* Levaditi) — est inexacte. Lagrange met en opposition ces deux notions et prétend que les altérations histologiques présentes dans le névraxe des animaux morts à la suite des neuro-infections autostérilisées ne sont pas de même nature que les modifications trouvées dans le névraxe des animaux qui survivent à l'infection nerveuse et se montrent réfractaires par la suite.

Avec des exemples puisés dans le domaine des infections expérimentales réalisées à l'aide des virus neurotropes (virus de la maladie de Berna, virus rabique, virus herpétique), Nicolau arrive aux conclusions suivantes : la neuro-infection mortelle autostérilisée peut être envisagée comme un accident exceptionnel survenu dans les étapes des processus successifs qui tendent à transformer l'état d'infection en état d'immunité. Elle est exceptionnelle et ne représente que les cas d'immunisation ratée; le tissu nerveux, dans la défense contre le virus-antigène, a vaincu (s'est stérilisé), mais au prix d'une lutte qui se traduit morphologiquement par des altérations histologiques incompatibles avec la vie de l'animal. L'autostérilisation non mortelle « *sensu* Nicolau » et l'autostérilisation mortelle « *sensu* Levaditi » — notions qui se complètent et qui ne sont nullement en opposition — font partie d'un même groupe de phénomènes dont le mécanisme est identique; les modifications histologiques se trouvant dans le névraxe des animaux appartenant à une catégorie ou à l'autre sont de même nature.

Eloges nécrologiques. — M. GUEYESSE-PÉLISSIER, président, prononce l'éloge funèbre de MM. FANO et ZWARDEMAKER.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

CONSOLIDATION DE LA BLESSURE

La Cour d'appel de Dijon, dans un arrêt du 11 juin 1930, a décidé que la détermination de la date de la consolidation de la blessure rentre dans le pouvoir d'appréciation des juges. Et notamment la reprise du travail ne saurait à elle seule être retenue comme déterminant cette date, si l'ouvrier est encore sujet au traitement médical.

Le jugement du tribunal départemental de la Côte-d'Or, dans les circonstances de fait qui étaient en jeu, avait fixé au 1er octobre 1928 le point de départ de la rente à laquelle X... avait droit en raison d'un accident dont il avait été victime le 28 novembre 1927. La Compagnie d'assurances releva appel, en disant que la consolidation de la blessure était définitivement acquise au 19 mars 1928, jour où X... avait effectivement repris son travail.

« Mais considérant, dit la Cour, que la reprise du travail ne saurait à elle seule être retenue comme marquant la consolidation de la blessure qui n'est acquise que lorsque l'état de la victime est définitivement fixé, *en ce sens qu'aucun traitement médical* n'est plus susceptible de le modifier; que, lorsqu'un accidenté, pensant que cet état définitif est acquis, cesse de se soigner et recommence à travailler, mais qu'ultérieurement il s'aperçoit qu'il s'est trompé et doit à nouveau interrompre son travail, il n'y a eu, en réalité, qu'une consolidation purement apparente, fixée d'une manière prématurée; or, considérant qu'on ne doit tenir compte que de la consolidation réelle et définitive (Cass. req., 20 mai 1924);

Considérant qu'il en a bien été ainsi en fait; que si X... a effectivement repris son travail le 19 mars 1928, il a constaté que son doigt s'enflait et suppurait à nouveau, ce qui le contraignit au repos à deux reprises différentes et l'obligea à subir, en septembre 1928, l'extraction d'esquilles osseuses dont la présence constituait une menace dès que l'ouvrier se livrait à un travail fatigant; que, jusqu'à cette extraction, X... se trouvait donc en réalité soumis à une intervention nécessaire pour amener la consolidation de son état; que c'est dès lors avec raison que les premiers juges ont fixé la consolidation réelle au 1er octobre 1928. »

Cette consolidation avait d'ailleurs été fixée à cette date conformément aux conclusions de l'expert.

Cette décision intéressante est conforme à la jurisprudence qui veut que l'état de la victime soit devenu définitif.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Techniques courantes de chimie clinique : urines, liquide céphalo-rachidien, chimisme gastrique, bile, fèces (1), par le docteur W. MESTREZAT.

Il y a déjà deux ans la mort implacable enlevait prématurément notre ami W. Mestrezat, si connu de tous les chimistes et neurologistes par ses admirables travaux sur la chimie du liquide céphalo-rachidien, sur l'humeur aqueuse et sur l'ensemble des dialysats.

A côté de ses recherches de prédilection, qu'il continuait toujours avec une inlassable ardeur, Mestrezat au cours de sa vie si laborieuse, tantôt au laboratoire de la chaire de chimie biologique de la Faculté de Montpellier où il avait été préparateur, chef de travaux et agrégé, que pendant la guerre dans un laboratoire d'armée et plus tard au laboratoire de chimie de la clinique chirurgicale du professeur Gosset à la Salpêtrière, Mestrezat s'était rendu compte des difficultés que les cliniciens s'intéressant à la chimie clinique et que les chimistes, non spécialisés dans ces recherches, avaient à trouver dans le nombre des méthodes de dosage indiquées, celles qui fussent assez simples et assez rapides, mais cependant assez précises pour être utilisées dans la pratique courante.

C'est le résultat de sa longue expérience, ce sont les techniques qu'il a inventées, modifiées ou vérifiées lui-même avec sa conscience coutumière qu'il a réunies dans ce livre terminé quelques mois avant la maladie qui devait l'emporter et que son collaborateur et successeur au laboratoire de la Salpêtrière, le docteur J. Loiseleur a bien voulu relire et mettre au point en ce qui concerne certains chapitres.

Après une étude détaillée des divers appareils ou solutions titrées dont le chimiste peut avoir besoin en clinique, sont successivement passées en revue les principales humeurs ou sécrétions que l'on peut avoir à analyser. Pour chacune d'entre elles, ne sont envisagés que les éléments dont la recherche est utile en pratique courante.

(1) Un volume, 263 pages. — Paris, 1930, Masson et Cie.

Chacun des dosages est indiqué en quelques paragraphes succincts et particulièrement précis, pour chaque élément ne sont mentionnées qu'une ou deux ou trois méthodes ayant fait réellement leurs preuves et susceptibles de donner en un temps assez court des résultats que le clinicien puisse utiliser pour le diagnostic et le pronostic.

C'est un pieux devoir que nous rendons à la mémoire de notre ami de signaler ce livre posthume, susceptible de rendre de nombreux services aux travailleurs de plus en plus nombreux qui s'occupent de chimie clinique.

PROFESSEUR HENRI ROGER
(de Marseille).

INFORMATIONS

(SUITE)

Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, deux emplois d'agrégé chargé d'enseignement.

Le nombre des emplois d'agrégé chargé d'enseignement de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est ainsi porté de 23 à 25.

— LYON. — Il est créé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, une chaire de pathologie externe.

Le nombre des emplois de professeurs titulaires des Facultés et Ecoles supérieures de pharmacie des Universités des départements, fixé à 603 par le décret du 30 décembre 1919, est porté à 604, non compris les chaires d'Etat instituées à l'aide de subventions.

M. Vallas, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er novembre 1930, professeur de pathologie externe à ladite Faculté (emploi nouveau).

LES DIPLOMES DE DOCTEUR EN MÉDECINE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1929-1930. — Le docteur Darras, dont on connaît la parfaite documentation, publie dans la *Vie médicale* l'intéressante statistique suivante :

Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant l'année scolaire 1929-1930 est de 1.172, se décomposant comme suit :

Facultés.	Diplômes d'Etat.	Diplômes d'Université (mention médecine).	Total.
Alger	23	»	23
Beyrouth	18 (*a*)	»	18
Bordeaux	151	5	156
Lille	50 (*b*)	1	51
Lyon	128	10	138
Marseille	3	»	3
Montpellier	72 (*c*)	17	89
Nancy	39	4	43
Paris	477 (*d*)	71	548
Strasbourg	35	8	43 (*e*)
Toulouse	56 (*f*)	4	60
	1.052	120	1.172

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La mort de Stamboul, par le docteur AURENCHE. 1 vol., 354 pages. — Paris, Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois.

Le droit disciplinaire dans la profession médicale, par Julien BONNECASE. 1 vol., 472 pages. — Paris, Librairie du *Recueil Sirey*. 22, rue Soufflot.

La rhinite atrophique et son traitement, par le docteur H. MONSCOURT. 1 vol., 228 pages. — Paris, Maloine.

La fée blanche, roman, par Marguerite D'ESCOLA. In-16. — Prix : 12 fr. — Paris, Les éditions G. Crès et Cie.

(*a*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*b*) Dont un avec dispense de la thèse : M. Carassic, antérieurement titulaire d'un diplôme de l'Université de Montpellier.

(*c*) Dont trois avec dispense de la thèse : MM. Hitch, Thiry et Tran-Tho-Dong, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont six avec dispense de la thèse : Mme Bergmann, née Rosov, MM. Davydoff, Fail, Mme Finkelstein, MM. Fisson et Joakimopoulo, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*e*) Régime français. Ne sont pas compris dans le tableau ci-dessus trois diplômes de docteur (régime allemand). Aucun candidat n'a été reçu à l'examen d'Etat (*Staatsexamen*) (régime allemand).

(*f*) Dont un avec dispense de la thèse : M. Alalouf, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.143 (Etat, 1.023 ; Université, 120), plus 3 thèses (régime local) de Strasbourg.

LES DIPLOMES D'UNIVERSITÉ (STATISTIQUE GÉNÉRALE). — Toujours d'après Darras, les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les facultés françaises depuis trente-deux ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 2.138, répartis comme suit :

Alger, 11 ; Bordeaux, 132 ; Lille, 9 ; Lyon, 297 ; Montpellier, 386 ; Nancy, 109 ; Paris, 1.020 ; Strasbourg, 76 ; Toulouse, 98.

124 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Par arrêté du 27 octobre 1930, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de cryptogamie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le lundi 4 mai 1931 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

COLLÈGE DE FRANCE. — Il est créé un emploi d'assistant titulaire près la chaire de protistologie pathologique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — CENTENAIRE DE L'ALGÉRIE. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aboulker (d'Alger), Dumolard (d'Alger), Sabadmi (de Constantine), Tramini (de Constantine).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — L'article 1er du décret du 21 avril 1929 fixant le taux des vacations des médecins civils chargés des fonctions de médecin chef de centre d'appareillage, est modifié ainsi qu'il suit, avec effet du 1er avril 1930 :

« Les taux de vacation sont fixés de 50 à 90 fr. Ces taux correspondent à une journée de travail effectif avec un maximum de 30 vacations par mois. »

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* des 27-28 octobre publie la liste des syndicats professionnels de praticiens de l'art dentaire habilités à passer des conventions avec les caisses primaires d'assurances sociales.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu à Epinal, le 15 novembre, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues dans le statut type.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les dossiers des candidats devront être adressés à la Fédération vosgienne des sociétés d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, 4, rue du Collège, Epinal.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE (1931). — En mai 1931 se tiendra à Berck, sous le haut patronage de M. le Président de la République, le VIe Congrès international de thalassothérapie.

Il sera présidé par M. le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime.

Question à l'ordre du jour : *Traitement de la coxalgie et de ses séquelles.*

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Mozer, secrétaire général, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. — A l'occasion de la première séance annuelle de la Société anatomique de Paris, M. le professeur Nageotte fera une conférence le jeudi 6 novembre, à 17 h., au siège habituel des séances (Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), sur le sujet suivant :

« La reproduction *in vitro* de la trame collagène et les hypothèses qui peuvent être faites sur le mécanisme de sa formation *in vivo*. »

MUSÉE D'HYGIÈNE. — Une série de 32 conférences sur l'hygiène, avec projections fixes ou cinématographiques aura lieu tous les dimanches à 17 h., au Musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol, du 5 octobre au 7 juin 1931.

Des cours ont lieu deux fois par semaine, les mardi et vendredi à 20 h. 30, du 14 octobre au 13 février. Un certificat est délivré aux auditeurs qui ont fait preuve d'assiduité.

Cet enseignement est public et gratuit.

Rappelons que le musée d'hygiène est ouvert au public les dimanches, mardis, mercredis et vendredis, de 12 à 17 h., les jours de fête exceptés.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 17 novembre 1930, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — MERCREDI 5 NOVEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 5 NOVEMBRE 1930. — N° 89.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 30 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des cavernes pulmonaires. — Fractures de la rotule. »

MM. Challiol, 19; Simon (Gaston), 14; Legry, 17; Martin (Jean) et Courtial, 20; Thomann, 13; Sauvain, 18; Sidi, 24; Simon (Noël), 26; Mlle Cottin, 19.

HOMMAGE A LAVERAN. — Le jeudi 6 novembre 1930, à 14 h. 30, les plaques portant le nom du docteur Alphonse Laveran seront apposées par la municipalité de Paris sur l'un des immeubles situés devant l'hôpital du Val-de-Grâce.

— Le même jour, à 15 h., un médaillon de Laveran sera inauguré au Val-de-Grâce à l'occasion du cinquantenaire de la découverte de l'hématozoaire.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef du quartier d'aliénés de l'hospice de Morlaix (Finistère) est vacant par suite du départ de M. le docteur Daussy, appelé à un autre poste.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Vaugien (de Mascara).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arbez (de Meylieu-Montrond) et Roux (de Nanterre).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. PRIX PUJOS. — Ce prix, d'une valeur de 500 fr., doit être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie. Le prix n'ayant pas été distribué depuis plusieurs années, sa valeur pour 1930 est de 2.000 fr.

Le sujet imposé par la Commission est le suivant : *Etude des variations de la morbidité, en Gironde, en fonction des facteurs climatiques.*

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, franco de port, à M. de Coquet, secrétaire général de la Société, 15, rue du Professeur-Demons, à Bordeaux. Les membres associés résidants de la Société peuvent concourir ainsi que les étudiants ayant 16 inscriptions. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 1er avril 1931.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène adjoint du département de la Vendée aura lieu à Paris, au ministère de la Santé publique, dans la deuxième quinzaine de décembre.

Les candidats devront être français, âgés de trente ans au moins et quarante ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un Institut d'hygiène de faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. Les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville, d'une faculté ou d'une école de plein exercice seront considérées comme titres spéciaux, ainsi que les stages dans les laboratoires de bactériologie.

Les demandes rédigées sur timbre à 3 fr. 60 devront être adressées au préfet de la Vendée (cabinet), avant le 25 novembre 1930, avec le dossier habituel.

L'échelle de traitements est la suivante : 5e classe (au bout d'un an de stage), 38.000 fr.; 4e classe, 40.000 fr.; 3e classe, 42.000 fr.; 2e classe, 44.000 fr.; 1re classe, 46.000 fr.

Il est prévu, en outre, un certain nombre d'indemnités.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS. — La Société tiendra sa séance plénière annuelle à la salle de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine (VIe), le dimanche 16 novembre 1930.

Programme. — Le matin, à 10 h. 30, M. Piéron : « Le problème de la vision des couleurs. »

Le soir, à 14 h. 45, exposition et discussion du rapport de MM. Bourdier et Schaaff : « Procédés d'examen de la vision des couleurs. »

La discussion du rapport est ouverte à tous les confrères invités, au même titre qu'aux membres de la Société, à condition de se faire inscrire dans ce but auprès du secrétaire général, docteur Bailliart, 15, rue Saint-Simon.

Les invités qui désireraient recevoir ce rapport avant la séance peuvent le demander au trésorier de la Société en lui adressant la somme de 10 fr. (Compte postal de la Société, Paris 441-70, docteur Lavat, 1, rue de Lille.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. (Professeur : M. F. RATHERY). — I. COURS DU PROFESSEUR. — M. F. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée commencera son cours le jeudi 13 novembre 1930, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : Nutrition. Alimentation normale. Inanition. Métabolisme basal. Avitaminoses et carences. Glandes vasculaires sanguines.

II. CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — Le samedi, à 18 h., au petit amphithéâtre, MM. L. Panisset et V. Robin, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, feront une série de conférences concernant la pathologie comparée. M. le professeur V. Robin fera sa première conférence le samedi 15 novembre.

III. TRAVAUX PRATIQUES. — Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants de troisième année seront faits (douze séances pour chaque série) les mercredis et vendredis à 14 h., à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique par M. Léon Binet, agrégé, chef des travaux.

Une visite scientifique sera faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

— COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. le professeur Mauclaire, chargé de cours, fera sa première leçon le lundi 10 novembre 1930, à 16 h. (amphithéâtre Vulpian), et continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours. — Trente leçons théoriques faites à la Faculté sur les difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes. — Présentation de nombreux dessins et radiographies. — Au milieu de janvier, présentation de mutilés appareillés. — Cours de revision, en juin, en douze leçons.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 5 janvier au 25 février 1931, par M. le docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les docteurs Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Lafourcade, assistant de l'hôpital Saint-Louis; L. Périn, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; E. Rivalier, chef de clinique à la Faculté.

Les cours auront lieu le lundi 5 janvier 1931, et les jours suivants, à 2 h., à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Le droit à verser est de 500 fr.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 à 11 h. (sauf le mercredi). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Périn.

ATTENTION! — Nous recevons la lettre suivante de M. Gabriel Moy, secrétaire général du Comité du sanatorium des étudiants.

« M. Crouzat, ancien secrétaire général du Comité du sanatorium des étudiants, nous signale qu'un escroc s'est présenté de sa part dans de nombreux laboratoires et s'est fait remettre ces jours derniers un total de 30.000 fr. pour cette œuvre.

Nous tenons à vous prévenir, sans retard, afin que s'il s'est présenté, vous puissiez nous donner des renseignements sur lui. Si cette lettre précède sa visite, nous vous demandons de nous aider à le faire arrêter.

Une fois de plus nous attirons votre attention sur le fait que toutes souscriptions faites au sanatorium des étudiants doivent être adressées au trésorier M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble. Personne, autre que ce dernier, ne peut recevoir de fonds à l'actif de notre œuvre. »

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

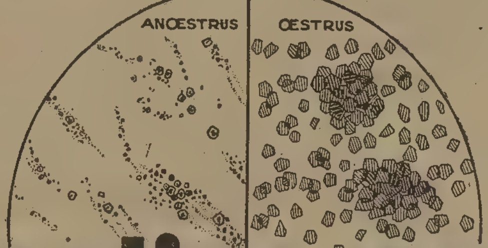
Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (V à X gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

RENSEIGNEMENTS

LE « CRAPOUILLOT » (octobre) publie un numéro spécial, magnifiquement illustré sur « l'Amérique et les Américains » avec un reportage passionnant de Claude Blanchard sur les mœurs américaines, la vie des milliardaires new-yorkais, la contrebande de l'alcool, les bandits de Chicago, la loi de lynch, les stars d'Hollywood, le puritanisme et la sexualité, etc. (la livraison de 100 pages avec 114 photographies : 12 fr. et une édition de luxe à 30 fr. au « Crapouillot », 3, place de la Sorbonne, Paris).


ANŒSTRUS
ŒSTRUS

XXXIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 6-11 octobre 1930 (1).

DEUXIÈME QUESTION

La préparation des malades à l'opération.

Résumé du rapport de M. LAMBRET (de Lille).

Cette préparation vise un triple but :

I. Eviter dans la plus large mesure possible les cas de mort postopératoire ;

II. Simplifier les suites opératoires ;

III. Rendre opérables des sujets qui de prime abord ne le sont pas.

Tout ceci nécessite la connaissance des troubles que l'intervention va faire naître dans l'organisme du malade, la connaissance aussi de son bilan fonctionnel qui permettra d'évaluer sa résistance, enfin l'exposé des ressources mises à notre disposition pour porter cette résistance au maximum.

A. **Perturbations provoquées par l'opération.** — *a.* LES TROUBLES D'ORIGINE NERVEUSE sont dus à l'émotion, à la douleur, à la peur. Toutes ces manifestations sont génératrices d'acidose. Elles ont des conséquences variables avec le tempérament du sujet, la durée de l'acte opératoire, l'importance du traumatisme imposé aux différents tissus, aux nerfs surtout.

La narcose n'évite pas toujours ces conséquences. Crile a montré en effet que des animaux endormis présentent des modifications du cœur et de la pression artérielle quand on excite leur trijumeau, mais que ces troubles manquent, si à l'anesthésie générale on associe l'anesthésie locale.

b. ACTION DE LA NARCOSE. — Celle-ci s'obtient par des poisons chimiques de toxicité élevée.

L'action sur le foie et le rein est démontrée par la clinique, le laboratoire, l'anatomie pathologique.

Entre autres méfaits, les anesthésiques provoquent l'acidose parce qu'ils entravent l'oxygénation des tissus, et le phénomène est d'autant plus évident que le sujet est plus âgé.

c. L'HISTOLYSE est la conséquence des manipulations prolongées. Les cellules sont alors traumatisées au point d'en mourir ; l'organisme les reprend sous forme d'albumines dégénérées, véritables toxines dont la résorption atteint son maximum le deuxième ou troisième jours après l'opération et se traduit par une augmentation de l'urée sanguine assez peu toxique, mais aussi par une augmentation de protéides évoluées, qui, elles sont de redoutables poisons.

d. L'HÉMORRAGIE a une action anémiante sur les centres nerveux pour peu qu'elle soit abondante et rapide.

B. **Evaluation de la résistance et préparation des futurs opérés.** — Il est toujours difficile d'apprécier la résistance d'un organisme.

A l'état normal, les fonctions s'accomplissent discrètement, et à l'état pathologique, les troubles sont souvent si bien compensés que seule une clinique attentive secondée par le laboratoire peut les dépister.

Supposons d'abord qu'il s'agisse d'un sujet exempt de toute tare manifeste. Il n'en sera pas moins nécessaire de le soumettre à une hygiène basée sur les résultats de l'analyse des urines, et, s'il atteint ou dépasse la quarantaine, sur le dosage de l'urée sanguine.

A fortiori, ces deux examens seront-ils pratiqués chez les individus tarés.

Il conviendra dès lors de mettre les émonctoires dans l'état le plus favorable à l'élimination des déchets résultant de l'opération.

Pour ce faire, l'alimentation sera « désintoxicante » : peu de viande et toujours « simplement cuite », des hydrates de carbone et des fruits en abondance, beaucoup de liquides, exception faite de l'alcool, du café et du thé. On conseillera les tisanes, les aliments sucrés, les vins « arrêtés dans leur fermentation », le laitage.

Il sera très important d'assurer le bon fonctionnement de l'intestin, mais la purge, la vraie purge est à éviter car elle entraîne une déshydratation funeste que l'opération n'a que trop de tendance à augmenter du fait des hémorragies, de la sudation et des vomissements.

Cette régularisation des fonctions intestinales n'empêchera pas de s'assurer, en dernier lieu de l'évacuation complète du côlon par quelques lavements bien donnés.

Il faut encore veiller par des bains et des frictions à conserver la peau dans un parfait état, à entraîner le malade à respirer « au maximum » grâce à des exercices modérés et méthodiques répétés plusieurs fois dans chacune des journées qui précèdent l'opération.

Enfin, il conviendra de calmer la susceptibilité émotionnelle de certains sujets en évitant de reculer l'heure de l'intervention. Chez les anxieux, les hypnotiques légers, peu toxiques à base de barbiturates ou d'urée rendront des services. La veille de l'opération la morphine assurera un sommeil de bonne augure.

Certains malades ne présentent pas de lésions évidentes, mais leur constitution morphologique les place dans un état de moindre résistance ; ils sont victimes de leur tempérament.

TEMPÉRAMENTS. CONSTITUTIONS MORPHOLOGIQUES. — Il est incontestable que des hommes viennent au monde avec un « mécanisme de santé » plus ou moins faussé et une résistance physiologique inférieure.

Le problème est complexe, mais le rôle des glandes endocrines commandées elles-mêmes par le système nerveux végétatif paraît considérable.

Quoi qu'il en soit de la cause, on peut reconnaître dans la multiplicité des tempéraments, des types extrêmes dont les réactions vis-à-vis de l'acte opératoire doivent être bien connues.

*Les bréviligne*s sont des sujets trapus, au cou peu développé, aux épaules et à la poitrine larges, aux membres petits. Leur teint est coloré. On les dit robustes parce que ce sont de gros mangeurs polysarciques.

Leur système hépato-rénal fonctionne mal d'ordinaire et ils n'ont rien de la résistance qu'on est tenté de leur prêter.

Ce sont des ralentis des échanges ; leur élimination est incomplète ; la lymphe et la graisse surchargent leurs parenchymes et en dépit de l'ampleur de leur thorax, la respiration est insuffisante. Le cœur est volumineux. Ce sont des sujets que guettent au lendemain de l'opération, les complications pulmonaires et cardiaques.

L'obèse est le type achevé des bréviligne.

On a rapproché de ces individus certains lymphatiques gras, au teint pâle, bouffis et mous, chez qui la persistance du thymus exposerait, dit-on, à la mort subite.

Les longilignes sont maigres ; leurs membres sont longs et grêles, leur thorax est étroit et allongé ; l'abdomen tombe parfois à cause d'une mauvaise musculature pariétale.

Ce sont surtout des asthéniques. Plus résistants que les bréviligne, ils demeurent cependant exposés aux accidents pulmonaires, circulatoires et gastro-intestinaux.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1422, et n° 84, p. 1473.

La préparation à l'opération varie avec ces différents types morphologiques.

Les brévilignes et les obèses seront soumis à une diététique raisonnée, à des exercices modérés.

L'opothérapie surtout thyroïdienne sera instituée avec prudence et toujours sous la direction d'un confrère médecin.

La cure diététique elle-même doit être prescrite avec doigté sous peine de dépasser le but poursuivi.

Le jeûne hydrique coupé de petits laxatifs salins, répétés a joui longtemps d'une vogue qui nous paraît présentement exagérée. L'usage du spiromètre est à conseiller.

Les longilignes ont une faiblesse marquée du système vasculaire dont l'innervation paraît défectueuse; pour cette rairaison, l'hématose est faible.

Les parois des vaisseaux sont imperméables. Elles s'opposent à la sortie des leucocytes et favorisent ainsi l'infection.

La mort subite, également signalée chez ces malades, serait due à une insuffisance des surrénales.

Tous ces troubles sont difficiles à éviter. Il sera bon dans tous les cas d'améliorer les fonctions digestives par un régime de désintoxication mais cependant nourrissant, les fonctions respiratoires par la spirométrie et les exercices progressifs, l'hypotension par l'adrénaline et le calcium.

Diabète. — L'opération abaisse pour un temps le coefficient d'assimilation des hydrocarbonés. Il peut s'ensuivre deux complications graves : l'acidose et le coma.

D'autre part, les tissus diabétiques sont d'une fragilité extrême à l'endroit des antiseptiques, de l'infection, des manipulations prolongées.

Il faut reconnaître que l'insuline a singulièrement modifié le pronostic opératoire chez les diabétiques. Les statistiques des frères Mayo, publiées en 1929, dans les *Annals of Surgery*, montrent que la mortalité oscillait autrefois entre 30 et 40 p. 100. Elle est tombée depuis l'emploi de l'insuline à 1 et 2 p. 100.

Il est bon de distinguer à ce sujet comme l'ont fait Sauvé et Lapeyre :

I. Les maladies chirurgicales courantes, auxquelles comme tout le monde sont exposés les diabétiques.

II. Les complications chirurgicales chez les diabétiques.

Dans le premier cas, il s'agit par exemple d'une hernie, d'un fibrome, etc. Sauf extrême urgence, on doit s'appliquer à faire disparaître l'acétonurie, la glycosurie et ramener vers la normale la glycémie.

Pour obtenir ces résultats, un certain temps est nécessaire du reste variable avec les cas. L'insulinothérapie et le régime alimentaire donnent généralement toute satisfaction.

L'insuline est injectée deux fois par jour, avant les repas, en débutant par 20 unités, puis en augmentant de 10 unités par injection pour arriver à une dose maxima de une unité par kilo et par jour.

On redescend ensuite à la cadence inverse.

Le repas qui suit l'injection doit comprendre une bonne ration d'hydrocarbonés ou 50 à 100 grammes de sirop de sucre.

Très vite, le malade devient opérable, mais il est nécessaire de s'assurer de la disparition des corps cétoniques dans l'urine et d'évaluer la réserve alcaline, car le traumatisme opératoire fait souvent réapparaître le sucre et avec lui la possibilité de phénomènes acétoniques.

Le même traitement sera suivi le jour de l'intervention et durant toute la convalescence.

Les affections chirurgicales qu'aggrave le diabète sont les anthrax, les cellulites, les lymphangites, les gangrènes.

Dans ces cas qui prennent toujours un caractère d'urgence il faut user largement de l'insuline combinée au sérum glycosé intraveineux, au bicarbonate de soude à hautes doses.

Pourtant, chez ces malades infectés, il est bon de se rappeler que l'insuline perd considérablement de son efficacité et que certains diabétiques même sont absolument réfractaires au traitement.

L'intervention sera menée rapidement et les manipulations se réduiront au strict minimum.

Troubles humoraux d'origine hépato-entéro-rénale. — a. *Insuffisance rénale et azotémie.* — Depuis les travaux de Widal et de ses élèves, il est classique de ne pas opérer un sujet dont l'urée sanguine dépasse 0g50, car une azotémie pré-opératoire, assez forte, fait prévoir une azotémie post-opératoire plus forte encore.

Legueu estime que c'est là la plus grave complication de la chirurgie urinaire où elle provoque les neuf dixièmes des décès.

Il n'en va pas de même en chirurgie générale où l'azotémie demeure inquiétante certes, mais où son pronostic est discutable.

Une erreur fréquente consiste à prendre l'urée sanguine pour un poison qui, à un certain degré de concentration, tue nécessairement le malade.

Or, ce n'est pas l'azote qui tue, mais ce sont les déchets non éliminés en cas d'anurie. Cela est si vrai qu'il suffit de rétablir une bonne diurèse pour voir baisser le taux de l'urée sanguine et s'installer une élimination normale de tous les déchets organiques.

A tout prendre la question est fort complexe. Des néphrites latentes existent sans azotémie; toutes les azotémies ne sont pas dues à une insuffisance rénale.

Il en est qui ont pour origine un certain degré d'autophagie, comme cela s'observe dans les affections du tube digestif s'accompagnant de dénutrition.

D'autres ont pour point de départ des phénomènes d'histolyse; d'autres, enfin, traduisent des vices de nutrition dont l'existence s'explique par la présence d'un ulcère ou d'un cancer gastrique, d'une stase intestinale, d'un trouble physiopathologique du foie.

Ce sont là autant d'azotémies peu graves qui, au lieu de s'exagérer avec l'opération, rétrocéderont en cinq ou six jours si l'on veille à entretenir une diurèse suffisante.

Il n'en est pas moins vrai qu'en face d'une hyperazotémie on doit redouter une néphrite sous-jacente et poursuivre une enquête sur la valeur fonctionnelle du rein par l'établissement d'une constante d'Ambard et par une épreuve à la phénolsulfonephtaléine.

Trop souvent, l'urgence ne permettra pas ces recherches, mais dans tous les autres cas on instituera un régime hypoazoté jusqu'à obtention d'une azotémie voisine de 0g40.

Le rôle des boissons abondantes, du jus de fruits frais, du lait coupé et du bouillon de légumes est incontestable dans l'établissement de la diurèse et la chute de l'urée sanguine.

b. *Insuffisance hépatique. Fonction glycogénique et cholémie.* — Parmi les multiples fonctions du foie il en est une qui doit intéresser particulièrement l'opérateur, c'est la *fonction glycogénique* dont la déficience crée l'acidose.

La maladie, l'inanition, le traumatisme opératoire diminuent la réserve glycogénique du foie. L'organisme supplée pour un temps à cette insuffisance du glycogène en utilisant les protéides et les graisses. Mais cette combustion donne naissance à des déchets acides dont l'excès rompt l'équilibre acide-base normal et fait apparaître l'acidose.

L'action de l'anesthésique quel qu'il soit aggrave encore la situation par son action sur la cellule hépatique. Il est nécessaire de fournir au foie le glucose déficient par voie cutanée ou veineuse.

Dans les cas particulièrement inquiétants il faut recourir à l'insuline.

La cholémie mérite aussi d'attirer l'attention du chirurgien. Elle nécessite une numération globulaire, le dosage de

l'hémoglobine, l'établissement du temps de saignement et de coagulation, l'étude de la viscosité.

S'il y a ictère, en songeant à l'éventualité d'une transfusion postopératoire, il faut déterminer le groupe sanguin dont relève le malade.

Tous les ictériques sont exposés aux hémorragies et pour que celles-ci soient graves il n'est pas nécessaire qu'elles soient abondantes.

Pour rétablir les temps de saignement et de coagulation l'hémostyl à la dose de trois ampoules par vingt-quatre heures pendant cinq à six jours est tout indiqué.

Le chlorure de calcium, qu'il est classique de prescrire pendant huit jours à raison de 1 gramme par vingt-quatre heures, est employé par tous, sans grande conviction parfois.

L'agent le plus actif est le sang qu'on injecte en nature ou sous forme de sérum seulement ou mieux peut-être par transfusion. L'action est certaine mais de courte durée, d'où la nécessité d'avoir recours à la méthode la veille même de l'opération.

L'absence totale de la résorption biliaire expose aussi à des complications.

On l'observe quand une fistule laisse couler la totalité de la bile au dehors.

C'est que la bile contient des hormones et des vitamines que l'intestin doit reprendre, faute de quoi il arrive, après un temps, que les fonctions intestinales puis hépatiques soient troublées profondément. Il faut alors redouter l'ictère grave.

Le choix de l'anesthésique est particulièrement délicat dans tous les cas où la fonction hépatique demeure suspecte. Le chloroforme paraît le plus dangereux. Mais quel que soit le produit choisi, on fera bien de tenter la désinfection biliaire à l'aide des cholagogues, des lavements froids et de l'uroformine intraveineuse.

Alcalose et chloropénie. — L'augmentation de la réserve alcaline peut aboutir à l'alcalose. On l'observe souvent dans les sténoses duodéno-pyloriques, les occlusions hautes de l'intestin, les pancréatites hémorragiques, la dilatation aiguë de l'estomac.

On note, comme dans l'acidose, de l'insomnie, de l'agitation, de la dyspnée, des vomissements, du délire et du coma.

La chloropénie est d'autant plus marquée que les vomissements se montrent plus abondants.

Les injections chlorurées hypertoniques font merveille dans de telles circonstances et rendent très rapidement les malades opérables. On utilise une solution à 10 p. 100 dont on injecte dans les veines trois à quatre fois par jour 20 centimètres cubes.

Le sang. — Le sang peut présenter des altérations de quantité et de qualité offrant des dangers sérieux, mais qu'une bonne préparation peut modifier dans un sens favorable.

La situation est grave quand une hémorragie a été brutale et qu'elle atteint 70 p. 100 de la masse du sang. L'anémie des centres nerveux ne saurait durer longtemps sous peine d'être irrémédiable.

La thérapeutique d'urgence consistera dans une transfusion. Dans les cas moins désespérés, l'usage du sérum physiologique, notamment du sérum de Normet, rétablira souvent la situation et permettra avec chance de succès une opération rapide.

Les échecs des sérums s'expliquent par leur action transitoire. Ils quittent les vaisseaux par exosmose en raison de leur manque de viscosité; de là l'utilisation par Bayliss et Barthélemy d'un sérum gommé qui est en définitive un sérum physiologique auquel on ajoute par litre 60 grammes de gomme acacia.

De ces cas d'anémie aiguë on peut rapprocher l'état de shock qui, cliniquement, se traduit par des signes identiques. La pression subit une chute impressionnante; il y a stase sanguine au niveau des capillaires.

Là encore c'est à la transfusion qu'il convient de faire appel. Elle seule peut apporter aux centres nerveux la ration d'oxygène indispensable grâce à quoi ils pourront agir de nouveau sur la circulation et mobiliser la masse sanguine qui stagne dans les tissus.

Mais l'hémorragie n'a pas toujours une allure aussi brutale. Elle peut être insidieuse et durer pendant des semaines (fibromes, ulcérations gastriques).

L'anémie aiguë ne menace plus comme tout à l'heure les centres nerveux; elle diminue cependant le rendement de tous les organes et par suite la résistance du sujet.

La numération globulaire accuse parfois un chiffre de 1.500.000 hématies avec un taux d'hémoglobine voisin de 30 p. 100.

Mieux vaut ne pas opérer au-dessous de 2.500.000 globules rouges et d'un taux d'hémoglobine au-dessous de 40 p. 100.

Là il ne peut être question de sérum, c'est à la transfusion qu'il faut recourir d'emblée.

La technique varie avec les cas.

S'agit-il d'une hémorragie abondante? La transfusion doit être massive; 700 à 800 grammes sont des doses moyennes. Il faut s'arrêter seulement quand le sujet est bien remonté. Tzanck est allé au delà de 4 litres et la transfusion a duré vingt-quatre heures.

On utilise le sang pur et l'instrumentation de Bécart, Tzanck ou de Jubé. Il est indispensable de s'adresser à des donneurs appartenant au même groupe sanguin que le malade. Dans les heures qui suivront, ce dernier sera surveillé de très près.

Si la transfusion a réussi à provoquer l'hémostase, et si la pression se maintient satisfaisante, on pourra opérer; sinon il faudra au préalable faire de nouveau une petite transfusion.

S'agit-il au contraire d'une anémie du second type, lente, distillante? Le temps presse moins, et pendant quelques jours on se contentera d'injecter 200 grammes seulement qui exciteront l'hématopoïèse.

On utilise à cet effet le sang citraté. L'association de la méthode de Whipple est de bonne pratique. Enfin, immédiatement avant l'intervention, on fera une transfusion plus importante de 500 grammes environ.

Le rapporteur considère ensuite les altérations qualitatives du sang.

La complexité de la composition du liquide sanguin fait prévoir la complexité de son action : rôle hémostatique et hématopoïétique, action des hormones et du fer, des anticorps, etc.

Il ne s'agit plus d'augmenter la masse sanguine diminuée, mais de raviver ses multiples fonctions. Mais là encore la transfusion est souveraine, notamment dans l'hémophilie, dans les altérations signalées chez les hépatiques, surtout les ictériques. Elle est encore indiquée dans certaines anémies leucémiques avant l'ablation de la rate.

Ce qu'on recherche en somme, c'est à mettre le malade à l'abri des hémorragies en ramenant la coagulation à la normale. En plus de la transfusion on a recommandé les injections hypertoniques de chlorure de sodium, l'emploi du chlorure de calcium, et chez les sujets atteints d'ictère chronique les irradiations de la rate pendant cinq à huit minutes la veille de l'intervention.

Les échecs sont fréquents car toutes ces thérapeutiques ont une action fugace; et il arrive que quelques heures après une opération dont l'hémostase a été parfaite, le malade saigne dans sa plaie.

Quoi qu'il en soit, chez l'hémophile, la transfusion est la méthode de choix. On la pratique de 200 à 300 grammes une heure avant l'intervention, en se tenant prêt à la renouveler dans les jours qui suivent.

Enfin, certains chirurgiens n'hésitent pas à transfuser tous les malades devant subir une intervention grave. Plusieurs jours durant ils transfusent de 200 à 300 grammes et obtiennent ainsi une action tonique, stimulante, rapide et persistante.

Il semble que cette action s'exerce sur les glandes endocrines dont les hormones augmentent toutes les sécrétions.

Le malade éprouve une euphorie particulière avec sensation de chaleur. Il repose mieux, son appétit s'améliore, son psychisme est plus éveillé.

Il serait désirable que tous les chirurgiens aient à leur disposition des équipes de donneurs toujours prêts, et dont le sang serait examiné périodiquement.

Thromboses et embolies. — Ce sont là des causes trop fréquentes de mort postopératoire pour que le chirurgien ne s'efforce pas de les éviter.

Trois facteurs sont à considérer :

I. La vitesse de la circulation :

Toutes les conditions susceptibles de réduire cette vitesse favorisent la stase et l'embolie (myocardite, obésité, âge avancé). Mais il faut y ajouter la stagnation dans les culs-de-sac veineux après les ligatures opératoires, surtout quand ces dernières sont faites en « masse ».

Ces conditions expliquent la fréquence des thromboses après les interventions portant sur les régions à plexus veineux compliqués (pelvis) et leur rareté après celles qui portent sur le cou, la tête, les membres supérieurs, toute région où le sang circule à plein canal.

II. L'état des parois du système veineux :

C'est ainsi que les varices, le développement des sinus si fréquent dans le fibrome, l'état de l'endoveine sont à considérer. La thrombose y trouve réunis ses meilleurs auxiliaires : la stase et l'inflammation.

Les lésions de l'endoveine ne sont pas toujours d'origine inflammatoire; les tiraillements, les ligatures, les manipulations brutales sont autant de causes qui peuvent léser les vaisseaux et amorcer la formation d'un caillot.

Il est curieux de noter que les statistiques s'accordent pour affirmer une augmentation de fréquence de l'embolie, et d'aucuns se demandent si pour une part la cause n'en est pas à la pratique toujours plus répandue de la thérapeutique intraveineuse.

III. Modifications de la viscosité et de la coagulabilité :

Elles sont augmentées chez les déshydratés dont le sang s'épaissit. Il en va de même chez certains hypothyroïdiens et chez les grands anémiques.

Est-il possible de ramener à la normale un temps de coagulation raccourci sans s'exposer, en dépassant le but, à multiplier les risques d'hémorragie?

Ce serait là une crainte exagérée. Du reste, l'acide citrique et les citrates n'agissent qu'*in vitro*; les arsenobenzènes ne sont pas à conseiller. Reste l'hirudinisation dont l'action se montre plus réelle et plus durable. Il est regrettable qu'il soit si difficile de se procurer l'hirudine à l'état de pureté.

L'emploi des sangsues suivant la méthode de Termier n'empêche pas toujours les phlébites des membres inférieurs, et de plus ce ne sont pas ces phlébites qui exposent le plus à l'embolie.

Etant donnée la relation certaine existant entre l'hypothyroïdisme et l'hypercoagulabilité, la médication opothérapique est à conseiller pour peu que le myocarde soit bon et qu'une stricte surveillance soit possible.

Toutes ces méthodes sont logiques, mais en pratique il est bon d'être défiant. Les soins postopératoires aussi ont leur importance, surtout ceux qui s'adressent au cœur et au poumon en vue de rendre meilleure la circulation.

Complications pulmonaires. — Le rapporteur les considère comme les plus fréquentes, à telle enseigne qu'elles font partie, pour lui, de ce qu'il nomme « le risque opératoire normal ».

Elles se traduisent par des infarctus, des foyers de congestion, des broncho-pneumonies, pneumonies, gangrènes, pleurésies purulentes, atélectasie.

Elles sont plus fréquentes et plus graves chez les malades atteints avant l'opération de lésions pulmonaires évolutives.

L'embolie se présente souvent à l'origine de ces complications. Il y a des infarctus qui sont la conséquence d'embolies volumineuses, mais de petites thromboses se forment aussi fréquemment dans le foyer opératoire. On imagine difficilement une opération sans formation de coagula dans les veines et veinules; des micro-embolies en partent certainement, provoquant des accidents pulmonaires qu'on met trop volontiers sur le compte de l'anesthésie.

Certes, on ne peut nier l'action irritative de l'éther ou du chloroforme, mais pareils accidents se voient encore après l'anesthésie locale.

Les embolies pulmonaires n'ont pas toujours de conséquences graves; cela dépend du nombre et du volume des infarctus et aussi de ce que le foyer s'infecte ou ne s'infecte pas.

Les brusques variations de température jouent là également un rôle considérable.

Les insuffisances respiratoires par mauvaise conformation des voies aériennes supérieures et du thorax, par ossification des cartilages costaux, ankylose costo-vertébrale, par adhérences pleurales ou sclérose du poumon diminuent la mobilité du diaphragme et contrarient l'hématose.

Il faut y ajouter l'action de la douleur au niveau de la plaie opératoire, qui limite l'excursion pulmonaire et donne au malade une respiration de mauvaise qualité.

Le cœur. — Les cardiopathies décompensées exposent à des accidents asystoliques graves; aussi peut-on dire en principe qu'il faut s'abstenir de pratiquer chez eux toute intervention ne présentant pas un caractère d'absolue nécessité.

Mais s'il s'agit d'une opération qui seule peut sauver le malade il n'y a plus à hésiter. Si le temps ne presse pas trop le devoir du chirurgien est de faire appel au médecin qui dirigera, avant et après l'opération, la thérapeutique tonicardiaque.

L'expérience montre que les troubles du rythme ont moins d'importance que ceux de la circulation périphérique, notamment la congestion des bases pulmonaires et l'engorgement du foie.

A moins d'extrême urgence : repos pré-opératoire, diététique, série d'injections d'ouabaïne ou digitale.

Naturellement l'opération sera rapide, et si possible on évitera la position de Trendelenbourg.

L'anesthésie locale serait à préférer, à condition qu'elle soit parfaite, car douleur et émotion peuvent retentir fâcheusement sur le rythme cardiaque et aggraver la tachycardie.

La rachi-anesthésie est à rejeter à cause des chutes brutales de tension qu'elle entraîne et qui peuvent être fatales chez des sujets dont l'équilibre circulatoire n'est déjà que trop compromis.

De tous les anesthésiques, l'éther est le moins dangereux.

Les cardiopathies bien compensées ne s'accompagnent pas généralement d'accident, à condition que l'intervention soit rapide, que le malade conserve le décubitus sur la table d'opération et pendant les jours qui suivent, et qu'on ne lui impose aucune fatigue, aucun effort.

Les cardiopathies latentes sont à l'étude. Pour les déceler on a proposé de rechercher la valeur fonctionnelle du cœur par l'épreuve de l'apnée volontaire et les examens radio et électrocardiographiques.

Rien ne vaut peut-être l'impression clinique d'un médecin

compélent, et c'est au chirurgien à discerner les cas où il convient de solliciter son avis.

La syncope anesthésique n'est pas l'apanage des cardiaques. Son mécanisme est mal connu. Elle est le résultat d'une erreur de technique ou, plus souvent, d'un réflexe fâcheux imprévisible.

Les plus fréquentes des complications cardiaques post-opératoires sont des phénomènes de collapsus avec petitesse du pouls, amoindrissement des bruits et hypotension. La digitaline n'est pas indiquée; c'est à l'huile camphrée, à la caféine et à la spartéine qu'il faut s'adresser.

Digitalisation préventive. — Cette méthode tend à se généraliser et certains chirurgiens l'appliquent à la totalité de leurs opérés, même en dehors de toute menace de défaillance cardiaque.

Le rapporteur se rangerait volontiers à cette pratique, car il a vu plusieurs malades supporter admirablement dans ces conditions des interventions importantes. Il a pu réaliser une amputation du rectum sous anesthésie générale chez un sujet qui précédemment avait à peine supporté l'établissement d'un anus artificiel sous anesthésie locale.

Jeanbrau digitalise ainsi systématiquement tous ses prostatiques. Il en demeure très satisfait.

Le rapporteur termine en soulignant l'étendue de ce que nous ignorons encore dans la préparation de nos opérés. Il lui semble que de grands progrès seraient vite réalisés dans cette voie par la collaboration du médecin, de l'anatomo-pathologiste, du bactériologiste, du chimiste et du physicien. Il souhaite la création de telles équipes avec, à leur tête, un clinicien averti qui recueillerait, apprécierait et classerait tous les renseignements en vue de l'opération à réaliser.

La préparation des malades à l'opération.

Résumé du rapport de M. Sauvé (de Paris).

La préparation à l'opération se base sur le bilan organique des futurs opérés. Elle s'inspire avant tout du tempérament ou comme on disait autrefois de « diathèses ».

Les états diathésiques. — Le diabète. — Considéré jusqu'à ces derniers temps comme une contre-indication formelle à tout acte chirurgical, le diabète a vu son pronostic s'améliorer considérablement depuis la découverte de l'insuline.

Cette dernière présente trois indications fondamentales :

I. Parer aux complications chirurgicales du diabète.

II. Limiter pour les sujets diabétiques frustes ou avérés les processus infectieux accidentels.

III. Permettre d'augmenter l'étendue des indications opératoires en conservant une large marge de sécurité.

Avant tout traitement insulinique, il faut établir le métabolisme du diabétique par l'examen des urines (dosage du sucre des corps cétoniques), par l'examen du sang (dosage de la glycémie des corps cétoniques, recherche de l'acidose et de la réserve alcaline).

C'est que, un diabétique peut avoir une glyconurie faible et même nulle et présenter cependant une glycémie formidable par rétention sucrée tissulaire : deux grammes, trois grammes, par exemple.

Le mode de réaction du sujet à l'endroit de l'insulinothérapie permet de tirer des indications pronostiques importantes.

L'insulinothérapie absolue est exceptionnelle, mais elle entraîne un pronostic fâcheux et contre-indique tout acte chirurgical.

Pratiquement, on peut dire que l'insuline bien administrée est un moyen certain de ramener la glycosurie à zéro et de mettre le malade, au moins temporairement, dans des conditions opératoires suffisantes. Cette méthode a donc une double valeur : pronostique et thérapeutique.

Nos connaissances en insulinothérapie sont toutes récentes et datent à peine de 1925. Elles sont dues surtout aux travaux de Leyton, en Angleterre; de Minkowski, en Allemagne; de Chabanier et Lebert, en France.

L'imprégnation insulinique est de courte durée et exige d'être entretenue assez longtemps après l'opération. On n'omettra pas de fournir au malade des rations abondantes d'hydrocarbonés ou de sucre.

Les injections intraveineuses de bicarbonate de soude ne sont guère indiquées qu'en face des accidents d'acidose post-opératoires, et là encore l'insuline donne d'excellents résultats.

La diathèse arthritique. L'obésité. — Tout le monde connaît ce type « trop bien portant » de l'arthritique, gros mangeur, bon vivant. La femme est migraineuse, elle s'est laissée « gagner par la graisse ».

Ce sont des sujets souvent hépatiques, cardio-rénaux, obèses. Du point de vue chirurgical, ce sont des tarés. L'opération est chez eux plus difficile. Le terrain est favorable au choc, à l'infection, aux complications pulmonaires et cardiaques.

En cas d'urgence, on examinera minutieusement les viscères, on établiera un équilibre acide-base, on déterminera l'état de la réserve alcaline.

Si le temps presse moins et qu'on ait la latitude d'établir un traitement « d'adaptation », on obéira aux règles suivantes :

I. Examen des organes : foie, cœur, poumons, dosage de l'urée, des corps cétoniques, du sucre sanguin; étude du métabolisme basal et de la réserve alcaline.

On se souviendra que des chiffres proches de la normale sont toujours susceptibles de s'exagérer ou de baisser du fait de l'opération.

II. La médicamentation doit être parcimonieuse, aussi réduite que possible. L'extrait thyroïdien doit être absolument proscrit.

III. La cure de l'obésité est avant tout diététique et gymnastique.

Mais un double écueil est à éviter :

Une diététique trop radicale peut créer une défaillance du myocarde toujours surchargé de graisse; insuffisante, elle n'arrive pas à brûler l'excès des réserves; elle augmente l'appétit du sujet et par subite son obésité.

Les exercices respiratoires activent l'oxygénation des humeurs et facilitent les combustions intra-cellulaires.

La syphilis. — Son rôle est bien connu depuis Verneuil. Mais les conceptions ont évolué et présentement, on ne se contente plus d'incriminer la syphilis acquise mais encore celle de la deuxième et de la troisième génération en face de certains troubles généraux post-opératoires.

La syphilis serait une cause fréquente du retard de consolidation des fractures. Elle serait aussi responsable de certaines éventrations après laparotomies ou de certaines désunions des plaies, par ailleurs, absolument aseptiques. D'où la nécessité de faire pratiquer avant l'opération un traitement sérieux chez tous les sujets suspects de syphilis.

Enfin, la septicémie spécifique est assez grave quand elle est en pleine activité pour faire remettre à plus tard toute intervention n'ayant pas un caractère d'urgence.

La tuberculose. — L'étude de l'influence des tuberculoses viscérales sera faite plus loin. Au premier chapitre, le rapporteur n'envisage que la diathèse bacillaire.

Il va de soi que les infections tuberculeuses aiguës ou généralisées sont une contre-indication opératoire formelle.

Verneuil enseignait qu'une tuberculose latente pouvait toujours être suivie d'une généralisation rapide après l'intervention.

Villemin, Delbet, Schwartz, Reclus ont repris la question.

Ils s'accordent pour considérer cette opinion comme fort exagérée.

La diathèse tuberculeuse ne contre-indique nullement l'opération. Les différentes lésions locales, en raison de leur multiplicité ou du mauvais état général, pourraient exceptionnellement interdire l'intervention, mais en règle générale ces conditions sont rarement présentes.

Le paludisme. — La question est tout entière dans le résumé des travaux d'après-guerre d'Alamartine, Van den Bosche, Burn et Sergent.

a. Le traumatisme opératoire si minime soit-il peut déclancher chez les paludéens des accès parfois redoutables ;

b. Le foie du paludéen est particulièrement sensible au chloroforme. Il faut renoncer à cet anesthésique et lui préférer la rachi-anesthésie ou l'anesthésie locale.

c. Le paludisme agit sur les plaies en provoquant des hémorragies en nappe, en retardant la cicatrisation, en créant parfois leur transformation phagédénique.

Un traitement d'attaque est donc toujours indiqué à moins d'indications opératoires urgentes.

Les intoxications exogènes. — L'ALCOOLISME. — Quand l'imprégnation va jusqu'à la production d'altérations viscérales, cette intoxication est grave. Elle expose notamment au « delirium tremens ».

Il était classique jadis, pour éviter cette redoutable complication, de conserver à l'alcoolique sa ration quotidienne de toxique et de lui prescrire un peu d'opium.

Mais Quénu et Maret ont montré les bons effets des saignées copieuses suivies d'injections de sérum artificiel.

La méthode ancienne a fait ses preuves et elle convient à tous les cas où l'examen approfondi ne révèle ni lésions viscérales ni lésions sanguines. Quand le sang est altéré, la méthode Quénu-Maret reprend tous ses droits.

LE SATURNISME. — Il n'a pas, par lui-même, d'influence sur les suites opératoires. Les lésions viscérales marquées peuvent être dangereuses. Leur étude appartient à un chapitre suivant.

L'OPIUM ET LA COCAÏNE sont redoutables par l'intensité des troubles viscéraux qu'elles créent et par les accidents psycho-nerveux qu'elles réservent à l'opéré qui est toujours un mental. La cure de désintoxication, sauf urgence, sera confiée à un médecin spécialiste, et l'opération ne sera tentée qu'après résultat complet.

Examen des différents états organiques. — *A.* EXAMEN CLINIQUE DES PRINCIPAUX VISCÈRES. — *Appareil cardio-hépato-rénal.* — Il faut le considérer d'abord dans son ensemble, puis dans chacun des organes qui le constituent.

L'état du complexe biologique, cœur, foie, rein, s'apprécie objectivement par :

La recherche de la tension artérielle;

L'examen de ce que laisse passer le filtre rénal;

L'examen de ce qui est retenu dans le sang.

La tension artérielle peut se mesurer indifféremment avec l'appareil de Pachon ou celui de Vaquez. Ce dernier donne des indications plus précises, cependant du point de vue chirurgical, l'appareil de Pachon est préférable à cause de ses renseignements oscillométriques, indispensables dans la chirurgie des membres.

Il convient de tenir compte des chiffres fournis par ces appareils et de se rappeler que le traumatisme opératoire augmente l'hypertension et fait baisser l'hypotension.

L'hypertension contre-indique l'opération si elle est très accusée et si la différentielle est minime. Un traitement réducteur est nécessaire dont le régime alimentaire fera tous les frais, car le chirurgien aurait tort de trop compter sur les agents chimiques y compris l'acécholine.

Une mauvaise différentielle impose de grandes précautions quant à l'anesthésie. On n'emploiera jamais le protoxyde d'azote, mais plutôt la rachi-anesthésie qui est dépressive.

L'examen de ce que laisse passer le filtre urinaire comporte le dosage des éléments normaux de l'urine : chlorures, phosphates, urée, et la recherche et le dosage des éléments anormaux : albumine, sucre, corps cétoniques, sels, pigments biliaires, urobiline. Dans les cas difficiles il faut y ajouter les épreuves de la sécrétion provoquée : bleu de méthylène, phénolsulfonephtaleïne, rose bengale, etc.

Certaines méthodes déjà oubliées ont eu une vogue passagère : telles la cryoscopie et la recherche de la concentration maxima.

Du reste, l'examen le plus important pour le chirurgien est incontestablement celui qui porte sur les *produits de rétention* en cas d'insuffisance rénale.

Parmi ces produits, deux surtout ont une importance considérable : l'urée et les chlorures.

L'augmentation de l'urée sanguine est constante après l'opération. Elle atteint son maximum vers le troisième jour pour redescendre en lysis pendant six à huit jours.

Elle est surtout à redouter chez les sujets qui, antérieurement à l'acte opératoire, présentaient déjà un taux d'urée élevé.

La pratique montre que jusqu'à 0g50, toutes choses étant supposées normales d'ailleurs, le danger opératoire est minime et que le chirurgien peut agir en toute confiance.

Si le chiffre est plus fort, le régime réducteur doit être institué d'emblée. Mais il arrive qu'en dépit de ce régime, l'urée ne baisse pas. Il faut alors s'entourer d'autres renseignements, comparer notamment le taux de l'urée sanguine et celui de l'urée urinaire en tenant compte de la rapidité du débit rénal. La constante d'Ambard répond à ces desiderata.

Quelle est l'origine de l'hyperazotémie post-opératoire? D'aucuns l'attribuent à l'anesthésie qui la provoquerait en lésant le foie et le rein. Elle a peut-être une origine multiple. Le traumatisme opératoire détruit tissus et cellules, et c'est la résorption des produits azotés résultant de cette destruction qui constitue sans doute le facteur essentiel de cette azotémie.

La chlorurémie, jusqu'à ces dernières années n'attirait l'attention du chirurgien que par la crainte qu'il avait de l'hyperchlorurémie.

Il est acquis maintenant que l'hypochlorurémie joue elle aussi un rôle pathologique considérable, avant tout dans l'occlusion intestinale où le taux des chlorures s'abaisse sans qu'on sache bien pourquoi, mais encore dans les états intestinaux post-opératoires et certaines azotémies.

Pour lutter contre cette hypochlorurémie nous disposons d'une méthode facile et sûre : l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium à 10 p. 100. Toute concentration supérieure peut présenter des inconvénients. On procède en plusieurs fois de façon à administrer au total 4 à 5 grammes de chlorure.

Etude du foie en particulier. — Il est bien évident que dans la production de l'urée le foie lui aussi joue un rôle considérable. Parmi ses fonctions propres il n'en est pas de plus importante du point de vue qui nous occupe, que sa fonction antitoxique. C'est elle qui est la plus atteinte par l'opération, et cela du fait de l'anesthésie.

En pratique cependant il ne faut rien exagérer et l'on peut passer outre à des signes d'insuffisance hépatique légère à condition de fournir aux malades des alcalins et de bien choisir l'anesthésique.

La narcose chloroformique est de toutes la plus nocive; puis viennent à un degré moindre le balsoforme, le protoxyde d'azote-éther et l'éther. Il ne semble pas que la rachianesthésie, le protoxyde d'azote pur et l'anesthésie locale par infiltration puissent provoquer le moindre accident hépatique.

Etude du sang et du cœur en particulier. — L'étude du

cœur, l'interprétation des données du Pachon, à plus forte raison les cardiogrammes radiologiques et les électro-cardiogrammes devront être dans les cas difficiles confiés à des médecins expérimentés. Le chirurgien se souviendra que les lésions orificielles bien compensées ne contre-indiquent pas l'acte opératoire.

L'étude du sang prête à des considérations importantes.

Hémophilie et hémogénie. — La thérapeutique chimique est d'action transitoire sinon douteuse. Seuls agissent les traitements biologiques. On aura donc recours aux sérums (Dufour et Le Hello), à l'auto-hémothérapie ou mieux à la transfusion sanguine.

Anémies. — Trois facteurs sont à considérer : la diminution des globules rouges qui devient grave autour de 2.500.000; la répétition des hémorragies, qui, peu abondantes chaque fois, n'en modifient pas moins considérablement la résistance du sujet; l'apparition des formes embryonnaires, en particulier des leucocytes, qui entraîne un pronostic toujours défavorable.

Dans tous ces cas, la transfusion sanguine est indiquée. Elle fait des miracles. La méthode de Whipple qui consiste dans l'ingestion de foie de veau cru, soit pur, soit additionné d'extraits hépatiques ou mieux pluriglandulaires rend d'incontestables services.

Les hémorragies petites et moyennes, répétées, comme celles qui accompagnent le fibrome seront souvent favorablement influencées par l'irradiation splénique. On a même pensé à irradier dans les cas graves la moelle des os superficiels.

Néanmoins, s'appliquant à la rate, cette méthode n'est pas sans danger. Elle risque de compromettre pour toujours la fonction hémopoiétique. C'est une méthode de pis-aller qui doit dans la plupart des cas céder le pas à la transfusion.

Etude de l'appareil pulmonaire. — En sus des moyens cliniques les chirurgiens auront recours souvent à la radiologie qui révèle des signes inobservables sans elle, et à la spiroscopie dont Pescher a montré toute l'importance.

Chez le malade qui expectore l'examen bactériologique des crachats s'impose.

On pouvait s'en tenir là jusqu'à ces dernières années, mais les travaux de Vaudremer et Fontes ont tout bouleversé.

Le virus filtrant de la tuberculose serait l'agent responsable de la tuberculose à la phase antibacillaire, des typhobacilloses, des pleurésies séro-fibrineuses, du rhumatisme tuberculeux.

On le retrouve ce virus filtrant dans les crachats abacillaires des prétuberculeux, dans les exsudats et les liquides articulaires.

Etude de l'appareil digestif. — Une place à part doit être faite à la constipation chronique qui est souvent d'origine endocrinienne et qu'on traitera par les hormones intestinales, la péristaltine, l'hypovagol, les extraits biliaires.

La pratique de la rachi-anesthésie, facilement libératrice de l'intestin il est vrai, ne doit pas faire omettre ce traitement préopératoire de la constipation. Son effet n'est pas toujours certain et dans tous les cas il peut être un épisode sans lendemain.

On renoncera à la purge brutale la veille de l'opération et à la plupart des moyens mécaniques qui ne sont pas toujours sans danger.

Enfin les lésions dentaires seront recherchées et traitées le cas échéant.

Examen du système nerveux. — Deux groupes de malades sont à considérer : les neurologiques et les psychiques.

Les premiers ne sont guère justiciables que des interventions urgentes ; la plupart : hémiplégiques, tabétiques, syringomyéliques, sont en effet des incurables gravement tarés.

Il est à noter que tous ces malades, notamment les tabétiques, supportent très bien les opérations. Par contre, les épileptiques voient leurs crises se réveiller.

Les psychiques ont été rangés par Picqué en deux catégories :

a. Les psychopathes (mélancoliques, anxieux, persécutés, interprétateurs) sont des « noli me tangere » principalement ceux qui présentent une affection des organes génitaux ou ano-rectaux. Le danger est double : pour les malades chez qui l'opération peut déclancher des accidents psychiques redoutables, pour le chirurgien qui peut devenir victime des revendications des malades.

b. Les aliénés véritables sont moins dangereux. Ils supportent bien l'anesthésie, et il est indiqué parfois de les opérer pour supprimer une épine organique responsable des accidents mentaux ou tout au moins de leur aggravation.

Cependant deux catégories d'aliénés ne sauraient bénéficier de la chirurgie, exception faite des cas d'urgence : les déments précoces et les déments séniles.

Les avis sont partagés en ce qui concerne les simulacres d'opération chez les hallucinés qui s'imaginent avoir une maladie déterminée ou recéler des animaux nuisibles. Ces malades sont défiants et remplacent souvent une hallucination par une autre.

B. EXAMEN DE L'ÉQUILIBRE ACIDE-BASE ET DU MÉTABOLISME BASAL. — L'équilibre acide-base est établi quand les ions OH basiques électro-négatifs que contient le milieu humoral neutralisent exactement les ions H acides électro-positifs.

Cet équilibre se juge par l'étude du potentiel hydrogène ou pH qui, à l'état d'équilibre, gravite autour de 7,4. Au-dessus de ce chiffre il y a alcalose, au-dessous il y a acidose.

A l'état normal, l'équilibre acide-base du milieu humoral est remarquablement constant : pH = 7,30 à 7,40. Il est assuré par le mécanisme des bicarbonates alcalins; et cette constance est nécessaire à la normalité de l'organisme.

Les accidents d'acidose post-opératoire sont plus fréquents qu'on ne croit. En dehors du terrain diabétique ils ont été observés après les opérations d'appendicite, de cholécystite, d'ulcères gastriques et d'affections hépatiques.

La recherche du pH, de la réserve alcaline et l'exploration de la fonction hépatique devraient être faites systématiquement avant toute opération importante, car c'est à ce moment seulement qu'on peut prévoir et parer utilement à la diminution du pH et de la réserve alcaline; après l'intervention il est souvent trop tard.

Le métabolisme basal est d'appréciation plus délicate, les résultats sont moins constants et son importance chirurgicale est plus limitée. Il n'intervient guère que dans l'appréciation des fonctions thyroïdienne, hypophysaire et surrénale.

Le métabolisme de base exprime le nombre de calories minima nécessaires à la vie chez un sujet humain en état de repos physique et alimentaire complet, mesuré par l'examen des échanges gazeux, autrement dit par l'appréciation du quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O^2}$.

A jeun, en position de repos complet et à la température de 18 degrés, il faut 40 grandes calories par heure et par mètre carré de surface corporelle. Ce chiffre de 40 représente le métabolisme de base.

Alors que la technique de la recherche du pH est relativement facile, celle du métabolisme basal demeure vraiment délicate. Elle est de plus pénible pour le malade auquel elle impose plusieurs heures d'immobilité absolue avec un masque hermétique sur le visage pour capter les échanges gazeux respiratoires.

Il est peu vraisemblable que cette méthode se généralise jamais.

En manière de conclusion, le rapporteur résume en quelques lignes l'ensemble de son travail. Il montre qu'avec les

progrès et la vulgarisation des techniques désormais bien réglées, l'avenir appartient non plus au chirurgien prestigieux, mais à celui qui, sachant prévoir les risques et les éviter, fera reculer les limites de son pouvoir en faisant reculer celles des déficiences organiques.

Discussion.

M. Neuman (de Bruxelles) est d'accord avec les rapporteurs sur l'importance des soins pré-opératoires, notamment en ce qui concerne la recherche et le traitement de l'azotémie et de l'acidose.

Il insiste particulièrement sur la nécessité :

1° Du repos au lit avec administration de sédol chez les anxieux ;

2° De la réhydratation par les boissons abondantes, les jus de fruits, les injections de sérums physiologique et sucré;

3° Du régime lacté ou lacto-féculent pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'intervention.

La purge pré-opératoire doit être modérée et jamais donnée la veille même de l'intervention. Les grands lavements évacuants sont probablement préférables.

Les exercices respiratoires, en particulier la spirométrie sont à conseiller avant et même après l'opération; dans ce dernier cas, l'administration d'une certaine dose de morphine est nécessaire pour supprimer la douleur au niveau de la plaie.

Contre les complications pulmonaires si fréquentes après les interventions portant sur le tube digestif, l'auteur a essayé la vaccination. Elle lui a donné de tristes résultats. Il pense que cela est dû à une faute de technique et que les malades en question ont été sensibilisés et non vaccinés.

A son avis, la perfection de la technique, la douceur apportée dans les manipulations des organes, l'hémostase minutieuse, le fini des sutures sont les facteurs qui permettent d'éviter le plus sûrement les complications pulmonaires, sans qu'il soit nécessaire de vacciner préventivement.

M. Leriche (de Strasbourg) apporte sa statistique personnelle de morts ou d'accidents post-opératoires.

Le problème le plus pressant lui paraît être celui de l'embolie dont nous connaissons encore très mal les causes.

Certes, l'auteur reconnaît l'importance des soins pré-opératoires, mais il pense que bien des accidents sont dus à des erreurs de technique ou même à des fautes lourdes au cours de l'intervention : insuffisance de l'asepsie et de l'hémostase, oubli de compresses, ligatures en masse, etc.

M. de Fourmestraux (de Chartres) insiste sur quelques points spéciaux de la préparation d'un diabétique à l'opération et fait remarquer que depuis l'emploi de l'insuline, le pronostic opératoire s'est grandement amélioré chez les glycémiques.

Le danger immédiat est l'acidose et la perturbation profonde de l'équilibre acide-base.

L'injection intraveineuse de bicarbonate de soude en solution suffisamment concentrée, donne de bons résultats malgré le shock qu'elle provoque parfois. Il faut la faire lentement. Elle ne contre-indique pas l'utilisation immédiate de l'insuline.

S'il n'y a pas urgence et qu'on ait affaire à un diabétique gras, il convient d'entreprendre une cure d'amaigrissement : fruits abondants, alimentation liquide et sucrée et insulinothérapie. La chirurgie chez le diabétique obèse est redoutable; elle l'est beaucoup moins chez le diabétique maigre.

Il est également nécessaire d'étudier l'azotémie. Mais on oublie trop souvent de préparer la bouche de ces malades, toujours porteurs de dents cariées et infectées. Le dentiste doit précéder le chirurgien. La plupart des pneumonies post-opératoires ont leur origine dans l'infection bucco-pharyngée préexistante.

Au cours de l'intervention pas d'antiseptiques; opérer rapidement avec sections nettes et hémostase soignée.

M. André Chalier (de Lyon). L'auteur ne considère que le traitement pré-opératoire de deux complications importantes : les accidents pulmonaires et les phlébites.

Les complications pulmonaires diminuent de fréquence, grâce à l'antisepsie buccale qu'on négligeait trop autrefois, grâce aussi aux précautions de protection contre les changements brusques de température, grâce enfin au choix plus éclairé du mode d'anesthésie.

Mais il semble que le grand progrès consiste dans l'emploi systématique du vaccin de Weill-Dufourt.

La phlébite et l'embolie ne sont pas toujours la conséquence d'une faute d'asepsie. D'autres facteurs interviennent pour les expliquer : obésité, varices, insuffisance cardiaque, hypotension, stase veineuse, hypercoagulabilité sanguine.

Pour éviter ces complications, on se trouvera bien de ne jamais opérer en période d'épidémie de grippe. On améliorera la circulation par la digitale, et l'on diminuera la coagulabilité sanguine par le citrate de soude, plus rarement par l'hirudinisation.

Ces différentes méthodes seront utilisées également après l'opération.

Enfin, l'auteur termine en rappelant l'influence favorable du lever précoce.

M. Robert Sorel (de Paris) s'élève contre la pratique de désinfection du champ opératoire à l'aide de la teinture d'iode.

Cette préparation lui paraît malpropre, difficile à manier offensante pour un épiderme sensible.

Durant toute sa carrière il s'est contenté de laver la peau de ses malades au savon et à l'eau bouillie sans avoir jamais observé d'accident.

M. Pauchet (de Paris) insiste sur l'importance de la « spiroscopie » qui stimule l'organisme, réveille les fonctions endocriniennes, favorise la circulation et l'action du rein et du foie.

Il conseille les frictions du thorax à l'alcool, ou mieux au synthol immédiatement après l'opération et dans les jours qui suivent, l'application d'un balsamique quand il y a menace de rhume ou épidémie de grippe, voire même le lavement de créosote.

Chez tous les affaiblis la transfusion s'impose. Pour être appliquée couramment et facilement, il importe que tous les élèves sachent la faire et sachent user de leur influence pour dépister dans l'entourage des équipes de « donneurs ».

Chez tous les opérés gastriques on doit pratiquer systématiquement la veille de l'intervention un lavage d'estomac. Là aussi il faut savoir donner aux élèves « le réflexe » du lavage à la moindre odeur de l'haleine, à la première apparition des régurgitations ou des renvois.

Enfin, l'auteur décrit en détail la préparation spéciale des obèses à l'intervention : repos au lit pendant huit jours avec cure de fruits, citronnades, gymnastique et massage.

Si l'opération peut être faite à longue échéance, conseiller au malade de se faire préparer par un médecin spécialiste.

Il faut se méfier du myocarde des obèses dont le régime alimentaire, physique, endocrinien, doit être spécialement surveillé.

La combinaison de ces différents facteurs permettra de ramener le malade à son poids physiologique sans que l'opération soit plus dangereuse pour lui que pour un sujet normal.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) expose que la gravité des complications postopératoires est due souvent chez les sujets peu résistants à l'aggravation du shock opératoire par l'intoxication anesthésique.

Il préconise l'administration du chlorure d'éthyle au

goutte à goutte, soit pur, soit mélangé de 10 p. 100 de chloroforme.

Ce procédé, qui conserve généralement l'amplitude respiratoire pendant le sommeil, est l'un des moins offensifs pour le poumon, surtout si l'on a soin de réchauffer les vapeurs anesthésiques.

Les malades les plus prédisposés à l'hémorragie sont ceux dont la fonction glycogénique se fait mal. Ce sont également ceux qui résistent le moins aux pertes sanguines, même minimes.

La meilleure technique de préparation à l'opération est celle des injections intraveineuses de sérum glucosé à 40 p. 1.000 mélangé de petites quantités de sang selon le procédé de l'auteur.

M. Jayle (de Paris) ne nie pas la valeur de la transfusion, mais fait remarquer qu'il a opéré bien des malades exsangues sans y avoir recours. Il n'a du reste perdu aucune de ces malades.

Avec M. Lambret et contrairement à M. Sauvé, il pense que les thromboses et les embolies ne sont pas le fait d'infections opératoires, mais qu'elles sont dues au ralentissement de la circulation, au traumatisme des veines au cours de l'opération, voire à une affection endogène : la grippe par exemple.

Il recommande le repos aux malades avant l'opération, l'examen systématique de la coagulation.

Chez les cardiaques, la position déclive doit être réduite. Des cas de morts sont imputables à cette technique.

L'auteur insiste, enfin, sur la thérapeutique morale, sur cet « impondérable » qu'est le stimulant spirituel.

Pour conclure, l'auteur estime que la meilleure préparation pour le malade consiste encore à choisir un opérateur rapide, sectionnant nettement les tissus, évitant tout traumatisme inutile et ne traçant que des incisions d'une dimension strictement nécessaire.

M. Lardennois (de Reims). Les urologistes ont montré l'importance de l'examen du « standing » physiologique des malades et des soins pré-opératoires.

Il est indispensable de garder les patients en observation pendant deux jours au moins.

Le repos, la suggestion morale, la purgation, la gymnastique respiratoire les placeront dans des conditions de résistance meilleures.

Durant ces deux jours on a le temps d'apprécier la valeur fonctionnelle des poumons, du cœur et des reins.

Le malade doit s'entraîner à vider au lit, en position horizontale, son rectum et sa vessie.

Enfin, il ne faut pas oublier la recherche du tic aérophagique si fréquent chez les opérés, et le traitement préventif préconisé depuis longtemps par l'auteur.

M. Delangre (de Tournai). Aucune préparation ne vaut l'usage de la digitaline pendant quelques jours avant l'opération. L'action stimulante de la spartéine est incontestable également.

L'anesthésique préférable serait le mélange de Schleich dont l'auteur fait précéder l'emploi d'une injection hypodermique de cinq centigrammes de spartéine et d'un centigramme de morphine.

L'addition d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine au mélange précité est de bonne pratique. C'est l'antagoniste de la morphine. Il dissipe le réflexe laryngé, les vomissements et par suite le danger de syncope blanche.

M. Sénéchal (de Paris) insiste sur la nécessité de préparer le malade aussi longtemps que possible avant l'opération, par une diététique végétarienne et fruitarienne additionnée de boissons sucrées abondantes. C'est le meilleur moyen d'éviter l'acidose et les troubles de la fonction hépatique.

L'auteur souligne les avantages de la gymnastique suédoise qui aide à l'exonération de l'intestin, détermine la désintoxication et apprend au malade à respirer.

Il insiste enfin à propos de l'étude de la prévention des embolies et des phlébites sur tout l'intérêt qu'il y a et surtout lorsqu'on opère sur les organes du petit bassin chez la femme, à pratiquer d'emblée la ligature des pédicules vasculaires utéro-annexiels sans forcipressure préalable.

Il conclut, en constatant que, pour la détermination de la décision à prendre, la clinique garde le pas sur les procédés de laboratoire, tout en exprimant le souhait que la collaboration entre les deux, réalisée par le travail en équipes qui s'organise de mieux en mieux, permettra d'arriver à une connaissance de plus en plus précise des notions de physiologie et de physicologie pour le plus grand bien des malades.

(A suivre.) DARIAU.

ACTUALITÉS

OPOTHÉRAPIE GASTRIQUE ET ANÉMIE PERNICIEUSE

Les résultats de la méthode de Whipple sont un fait acquis. Dans tous les pays du monde, innombrables sont les observations publiées qui attestent le bienfait du traitement par le foie de l'anémie pernicieuse et qui montrent que cette technique nouvelle a enfin permis de sortir de l'ornière d'une thérapeutique dont la multiplicité de moyens se doublait comme il est habituel en pareil cas d'une régulière et désespérante inefficacité.

On ne peut malheureusement croire encore que ce soit là une médication héroïque. Si nous pouvons penser, sans avoir en mains tous les éléments de la preuve, que la raison de l'efficacité du traitement soit dans son essence physiologique, il reste encore des cas où les espoirs formés sont déçus. De plus, si considérable que soit l'amélioration, il semble qu'elle ne persiste guère lorsqu'on arrête le traitement. Plus ou moins vite la rechute est la règle. Si donc nous avons à notre disposition un traitement physiologique, nous devons penser qu'il s'agit plutôt d'une médication pathogénique et palliative que d'une médication curative et étiologique. Nous intervenons en un point — non précisé d'ailleurs — de l'enchaînement des divers facteurs, nous n'agissons pas sur la cause première.

Pour ne rien céler des points faibles de la méthode il faut lui reconnaître encore d'autres inconvénients. Il n'est pas toujours aisé de se procurer du foie dont la qualité réponde aux nécessités du traitement; il est moins facile encore parfois d'en augmenter les doses autant qu'il le faudrait; quel que soit l'artifice culinaire, il faut avouer aussi que les répugnances du malade pour un médicament de cette espèce sont légitimes. Etre obligé de prendre sans discontinuer du foie cru ou presque cru n'est qu'un ennui lorsqu'on peut continuer d'en prendre; mais cette répugnance comporte condamnation dans les cas, qui ne sont pas exceptionnels, où la répugnance est la plus forte. On voit aussi survenir de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la diarrhée qui sont des accidents d'intolérance et qui obligent à interrompre ou même à cesser définitivement le traitement. Dans quelques cas même (Jagič et Klein) on

a pu constater que le traitement par le foie, d'abord efficace lorsque pratiqué régulièrement, devenait nuisible et aggravait même l'anémie lorsque irrégulier. La répugnance du malade peut donc avoir des inconvénients qui ne sont pas purement négatifs.

On a essayé de les pallier en préparant des extraits de foie, pour la voie digestive ou la voie hypodermique. Si encourageants qu'aient été leurs effets et même en tenant compte de la facilité plus grande d'augmenter la posologie selon les besoins, on ne peut encore affirmer que ces produits soient dans tous les cas l'équivalent du foie en nature.

Malgré le progrès incontestable que constitue la méthode de Whipple qui n'a pas démérité depuis les premiers résultats qu'on a publiés, il faut donc reconnaître que des perfectionnements ou des modifications sont désirables.

Des travaux récents reprenant de plus haut le problème ont tracé une voie nouvelle qui semble du plus haut intérêt.

***

Si remarquables que fussent les effets du foie, les cliniciens ont toujours constaté, même dans les cas les meilleurs, l'impuissance du traitement vis-à-vis de certains symptômes : symptômes médullaires et symptômes digestifs (glossite et surtout achylie gastrique). C'est l'étude de ce dernier symptôme qui est à l'origine des récents essais de W. D. Castle.

L'achylie gastrique est de constatation déjà ancienne (Fenwick 1877) et l'on tendait habituellement à la considérer comme un des éléments accessoires du tableau clinique. Depuis longtemps cependant certains auteurs (Hunter et Hurst, Grawitz, Knud Faber) tendaient à y reconnaître un des signes principaux du syndrome de Biermer. Dans l'esprit de ces auteurs, non seulement il s'agissait là d'un symptôme principal, mais encore là se trouvait peut-être la marque de provenance de tous les troubles en évolution, la lésion sanguine n'étant, par rapport à l'achylie, qu'un effet.

**

L'étude de l'anémie pernicieuse, telle qu'elle a été reprise ces derniers temps tend, en effet, à prouver que chez de tels malades l'achylie gastrique ne manque pour ainsi dire jamais. Une fois établie, elle paraît définitive, résistant à tous les traitements même l'opothérapie hépatique, même lorsque la formule sanguine se modifie. Dans quelques cas exceptionnels pourtant, on a vu l'achylie disparaître et il est remarquable que, de façon concomitante, les lésions sanguines ont paru s'amender.

Il n'en reste pas moins que Faber et Gram l'ont constatée 46 fois sur 51 et que d'autres auteurs arrivent à une proportion plus élevée encore.

On rencontrerait plutôt des achylies sans anémie que l'inverse, et même des achylies présentant le caractère cardinal constaté dans l'anémie pernicieuse : la résistance à l'influence de l'histamine qui, dans les autres cas, réussit à provoquer une sécrétion qui semblait tarie.

Divers auteurs ont considéré la lésion sanguine comme relativement tardive par rapport à une achylie parfois demeurée inaperçue. On connaît, en effet, des observations de malades longtemps suivis et chez qui c'est seulement après de nombreuses années de déficience gastrique que les troubles sanguins ont apparu.

Les cas familiaux d'anémie pernicieuse ne sont pas non plus inconnus en clinique. Les études de H. M. Conner, après d'autres auteurs, ont montré dans l'entourage de certains malades et, en particulier, parmi leurs consanguins une proportion d'achyliques excédant de beaucoup — correction faite par rapport même aux autres affections gastro-intestinales — la proportion coutumière en d'autres milieux (26 p. 100 au lieu de 15 p. 100 environ). On ne peut cependant considérer l'anachlorhydrie comme un caractère héréditairement transmissible.

On connaît enfin des cas d'anémie pernicieuse débutant dans un certain délai, d'ailleurs limité, après une gastrectomie.

Telles sont les constatations qui sont à la base de l'hypothèse de travail de Castle et de ses collaborateurs : *C'est au niveau de l'estomac et dans un trouble de sa fonction sécrétoire qu'il faut chercher l'origine des lésions sanguines.*

Depuis longtemps, dans l'anémie pernicieuse comme dans les anémies d'autre nature, on avait prescrit de la viande crue. L'insuccès était habituel.

Renouvelant cet essai chez 3 anémiques, Castle n'observait après dix jours de traitement aucun changement.

Ces 3 sujets et 7 autres anémiques de la même espèce reçurent alors, pendant dix jours, en dehors de leur repas, le contenu gastrique obtenu par vomissement de sujets normaux ayant absorbé une heure avant 200 à 300 grammes de viande crue hachée (bœuf). Ce liquide était auparavant amené par adjonction d'HCl à un pH déterminé et avait séjourné quelques heures à l'étuve. 8 de ces sujets ne tardèrent pas à présenter les modifications sanguines que produit habituellement le traitement de Whipple ainsi qu'une amélioration clinique progressive. Aucun autre traitement ni régime n'était pratiqué concurremment.

Si, au lieu de ce mélange, on administre au malade 150 à 300 centimètres cubes chaque jour d'un suc gastrique normal obtenu par l'histamine, en dehors du processus digestif, on n'observe aucun effet. Le suc gastrique normal est donc à lui seul aussi inefficace que la viande crue seule. Même insuccès quand les auteurs essayèrent un mélange de pepsine du commerce et de tissu musculaire en milieu chlorhydrique ou un mélange de suc gastrique naturel avec une protéine quelconque (albumine de viande, caséine) même après deux heures de séjour à l'étuve.

La prédigestion à l'étuve de tissu musculaire par du suc gastrique naturel était, au contraire, active si le contact avait suffisamment duré. Un suc gastrique conservé en milieu neutre se montre doué des mêmes propriétés que le suc gastrique frais.

On pouvait donc conclure de ces constatations que chacun des deux facteurs : suc gastrique naturel

et tissu musculaire était indispensable. Leur réunion est aussi une condition nécessaire : Castle essaya, en effet, chez quelques malades de donner la viande crue le matin et le suc gastrique l'après-midi. L'insuccès fut constant même lorsqu'on avait mis un certain temps ensemble à l'étuve la viande et une solution chlorhydrique étendue.

On semble donc fondé à penser que la substance active qui n'est décelable dans aucun des constituants du mélange prend naissance au cours du processus digestif.

Seul le suc gastrique lui donne naissance puisqu'on n'a rien pu obtenir de l'action de la salive ni du suc duodénal.

Il existe pourtant une certaine indépendance vis-à-vis du processus digestif puisque l'efficacité de cette méthode est moindre lorsqu'on administre le mélange prédigéré au moment du repas.

D'autres raisons encore empêchent d'attribuer à une diastase le rôle important : un contenu gastrique artificiellement débarrassé de la pepsine et du lab-ferment a pu conserver son efficacité tandis que le suc gastrique de sujets anémiques ne présentant — par exception — aucun déficit en diastases ne pouvait activer la viande de bœuf.

La substance active ne semble donc pas une diastase. On sait seulement jusqu'ici qu'elle est thermolabile et disparaît par chauffage (30 minutes à 70 degrés — 3 jours à 40 degrés).

Si, comme nous l'avons vu, il est difficile de se procurer en quantité suffisante le foie nécessaire, on ne peut guère espérer trouver plus aisément de donneurs bénévoles ou rétribués du médicament de Castle. Si la répugnance se montre avec des préparations de triperie crue elle a plus de motif encore d'apparaître avec une mixture où le qualificatif de prédigérée n'est qu'un euphémisme pudique pour une collaboration d'une intimité jusqu'ici inédite. Aussi de tels travaux seraient-ils restés du domaine de la physiologie théorique sans la modification à laquelle aboutirent divers auteurs travaillant indépendamment. Sturgis et Isaacs, Sharp, Milton Conner firent chez leurs malades l'essai d'estomac de porc, considérant que le régime alimentaire de cet animal omnivore permettait quelque assimilation physiologique entre son estomac et celui de l'homme.

Sharp, et Sturgis et Isaacs sont arrivés à obtenir un extrait sec d'estomac (muqueuse et musculaire) sous forme d'une poudre blanc grisâtre, peu odorante et à peu près insipide, facile à incorporer à un véhicule alimentaire (sirop de fruits, confitures, lait, chocolat ou même simplement eau). Les malades paraissent l'accepter aisément, 30 grammes de poudre correspondent à peu près à 100 grammes d'estomac frais. Toutes précautions sont naturellement prises au cours de la préparation pour parer à la transmission d'infections ou de parasitoses. Les résultats obtenus par ces auteurs sont égaux ou même supérieurs à ceux que permet d'obtenir le foie cru.

Pour Wilkinson les résultats seraient même aussi bons que l'extrait soit total ou qu'il contienne soit de la muqueuse soit de la musculeuse. Ce fait dont on ne sait encore dans quelle mesure il se concilie avec les faits observés par Castle et Locke demande d'ailleurs confirmation.

Nombreux sont les auteurs qui, depuis que ces faits sont connus, ont appliqué cette méthode. Les cas les plus connus sont ceux de Snapper et Dupreez (4), Hitzenberger (1), Rosenow (2), Meulengracht et Hecht Johansen (6); plus récemment ceux de Renshaw (1), de Jagič et Klein (3), de Lanvin et Steenhudt (1).

*
* *

Peut-être verra-t-on plus tard s'allonger la liste des indications; il n'en existe actuellement qu'une seule : l'anémie pernicieuse progressive au cours de laquelle l'insuccès plus ou moins rapidement observé d'autres traitements (transfusion, foie, etc.) n'est aucunement une contre-indication. La seule contre-indication qu'ait relevée Castle chez un de ses malades est l'existence d'accidents infectieux en évolution (cystite) qui semblent empêcher absolument toute réponse favorable au traitement.

Dans les anémies d'autre origine l'opothérapie gastrique semble inefficace : les essais de Rosenow chez des cancéreux de localisations diverses, chez des lymphadéniques aleucémiques, chez des grabataires anémiés mais non réellement anémiques, ont été autant d'insuccès.

*
* *

Posologie et résultats. — Les doses administrées varient selon les auteurs ce qui est compréhensible puisqu'il est encore difficile de reconnaître autrement qu'à l'usage la valeur du produit employé. On a pu donner jusqu'à 500 grammes d'estomac cru haché quotidiennement; la dose habituelle ne dépasse pourtant pas habituellement 100 à 150 grammes. Il en est de même pour les extraits qui semblent les seuls produits intéressants pour l'usage clinique. La dose la plus courante semble de 20 à 30 grammes, parfois 40 grammes d'extrait sec; cette quantité semble l'équivalent de 200 grammes de foie frais. Cette dose quotidienne est divisée en deux prises, absorbées loin des repas. Le traitement doit durer trois semaines environ sans interruption et semble facilement accepté et bien toléré; cependant Snapper et Dupreez ont pu dans un cas le prolonger avec avantage pendant six semaines sans interruption. Toute diététique particulière est inutile; Jagié et Klein ont donné en même temps de la pepsine et de l'acide chlorhydrique mais il ne semble pas que cette pratique soit indispensable.

Dans tous les cas bien choisis et bien traités les résultats paraissent comparables et tout à fait analogues à ceux qu'a fournis la méthode de Whipple.

En aucun cas les phénomènes nerveux bien caractérisés n'ont paru influencés.

C'est à partir du dixième jour et parfois vers le quinzième, que les modifications commencent : amélioration clinique : disparition progressive de la dyspnée et des œdèmes, retour de l'appétit et des forces.

Parallèlement se produit une crise réticulocytaire comparable de tout point à celle observée avec le

foie cru, augmentation du nombre des globules rouges jeunes, augmentation du taux de l'hémoglobine. A titre d'exemple et pour éviter l'énumération fastidieuse des chiffres obtenus dans chaque cas par les divers auteurs nous citerons les chiffres de Sturgis et Isaacs : globules rouges passant de 1.120.000 à 4.430.000 en trois semaines avec passage de l'hémoglobine de 29 à 76 p. 100, et ceux de Jagič et Klein où en six semaines les globules rouges ont passé de 2.100.000 à 3.800.000 et l'hémoglobine de 50 à 78 p. 100.

* * *

Nous ne pouvons encore avec ce qui nous est connu nous représenter exactement le mode d'action de l'opothérapie gastrique. Il ne semble pas que l'élément actif soit une diastase; on a parlé — pure supposition — de vitamines. Il est plus prudent de ne parler jusqu'à plus ample informé que d'un principe hématopoiétique sans chercher à en imaginer la nature.

Sous quelle forme ce principe existe-t-il dans l'estomac? Est-il contenu dans la muqueuse, et dans quelle portion? ou dans la musculaire? Pour concilier les observations de Wilkinson et celles de Castle il faudrait admettre que dans l'extrait gastrique total, la tunique musculaire de l'organe suffit à remplacer la viande crue des expériences de Castle et que c'est pendant la préparation de l'extrait que se produit la réaction d'où naît le principe actif. Ou bien y a-t-il un autre processus de formation?

Quoi qu'il en soit, il semble qu'en l'absence de ce principe les malades aient perdu la faculté normale de régénération sanguine.

On a pu également penser que du fait d'une imparfaite digestion gastrique des albumines, il se produirait des substances qui absorbées et entrées dans la circulation y provoqueraient les lésions du système nerveux et la déglobulisation du fait d'une anaphylaxie chronique et de chocs répétés.

Quel que soit l'intérêt théorique de ces conceptions, les faits observés gardent tout leur intérêt. Sans doute cette méthode ne remplacera-t-elle pas de suite celle de Whipple dont la valeur demeure acquise, mais elle pourra la compléter ou s'y associer pour le plus grand bien des malades. La facilité de son emploi et le fait qu'elle semble peu dispendieuse ne peuvent qu'encourager à en renouveler les essais.

R. LEVENT.

Vient de paraître : L'édition 1931, la douzième du *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, par Louis VIDAL, directeur-gérant de l'*Office de vulgarisation pharmaceutique*, 107, rue Lafayette, Paris (Xe).

De format in-20, cet ouvrage de 1.108 pages est envoyé gracieusement au Corps médical.

Entièrement remanié et mis à jour, il offre aux praticiens une documentation complète sur les spécialités pharmaceutiques, en particulier sur leur composition, présentation, prix et mode d'emploi.

Le *Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques* constitue le pendant du *Formulaire magistral* sur le bureau du médecin.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

Formes cliniques de la fracture de Pouteau. — En dehors de la fracture classique il existe un certain nombre de formes atypiques beaucoup moins fréquentes.

Telles sont :

— La fracture sans déplacement (seulement un point douloureux exquis) ;

— La fracture à déplacement inversé (type Goyrand avec « ventre de fourchette ») ;

— La fracture non engrénée (s'accompagne de mobilité et crépitation) ;

— La fracture du vieillard qui se caractérise par un tassement de l'épiphyse avec gros gonflement;

— La fracture de l'enfant, décollement épiphysaire terminé en fracture, ou simple tassement trabéculaire, rare avant dix ans.

Evolution. — La fracture classique, engrenée et extra-articulaire, est d'un bon pronostic. Elle guérit en un mois, avec le minimum de séquelles. Même insuffisamment réduite, elle aboutit à un cal plus inesthétique que gênant, une légère diminution de force des fléchisseurs, un léger bloquage de la prono-supination.

Les complications vraies (ouverture, lésions vasculaires) sont très rares.

Ce sont surtout des *associations* :

— *Le diastasis radio-cubital* inférieur, qui peut s'accompagner de luxation cubitale et aboutit parfois à une ankylose (prono-supination abolie).

— *Les traits articulaires* cunéens, marginaux ou complexes en V, en T ; ils aggravent beaucoup le pronostic fonctionnel en favorisant l'ankylose du poignet, l'arthrite plastique; ils s'accompagnent souvent de dérèglement articulaire et entraîneront des séquelles fonctionnelles (limitation des mouvements).

— *Les lésions carpiennes*, enfin :

— *Fracture du scaphoïde*, la plus fréquente, avec cliniquement tassement de la colonne externe du carpe, point douloureux et gonflement dans la tabatière, mouvements du pouce douloureux; radiologiquement, *de face* : trait séparant tête et pied du scaphoïde. Pronostic réservé.

— *Luxation du semi-lunaire*, avec main enclouée, mouvements très douloureux (nerf médian); poignet épaissi : à la face dorsale la dépression normale surmontant le troisième métacarpien a disparu, à la face palmaire le semi-lunaire saille au-dessus du pli palmaire supérieur. Sur la radiographie *de profil* : le semi-lunaire chevauche la face antérieure du grand os qui peut atteindre la face inférieure du radius. Le pronostic est sévère dans les cas méconnus ou non traités (causalgie, ankylose, troubles trophiques).

— *Dislocation du carpe* : fracture associée du scaphoïde à luxation du lunaire (rare).

2° Fractures articulaires. — A l'opposé de la fracture typique, elles comportent un pronostic très réservé car :

1° Elles sont difficilement réductibles;

2° Elles entraînent des *désordres articulaires* graves : ankylose, raideurs, douleurs, et retentissent sur la *prono-supination* ;

3° Elles se compliquent souvent d'atteinte du *médian* pouvant aboutir à des troubles névritiques persistants.

Elles sont d'un diagnostic difficile, car la main est très œdématiée d'emblée, très douloureuse ; les déformations peu apparentes ou complexes sont masquées par une hémarthrose abondante.

1. *Les fractures styloïdiennes* seront soupçonnées par l'existence de points douloureux. Telles sont les fractures de la styloïde radiale ou cubitale, la fracture bi-styloïdienne.

2. *Les fractures cunéennes* pourront donner lieu à un fragment osseux perceptible.

3. *Les fractures marginales* s'accompagnent de subluxation du carpe :

— En arrière (fracture marginale postérieure de Rhéa-Barton) ;

— En avant (fracture marginale antérieure de Letenneur).

Ces subluxations sont faciles à réduire, mais très difficiles à contenir. C'est donc avant tout la *radiographie* qui pourra affirmer l'existence de ces lésions.

DIAGNOSTIC

Basé sur les déformations classiques :

— Déjettement en dehors et en arrière de la main ;

— Ascension de la styloïde radiale.

Ce diagnostic est facile.

— *S'il y a un déplacement net* l'hésitation est à peine permise avec :

— Une *fracture basse des deux os* de l'avant-bras.

Mais le trait siège plus haut et sur les deux os, les déformations sont différentes, la *ligne des styloïdes* normales.

— Une *luxation dorsale du carpe* :

Mais la déformation est différente : dos de fourchette bas situé, sans baïonnette. La saillie régulière du condyle carpien se différencie du fragment radial.

La *ligne bi-styloïdienne* est normale.

— *S'il y a peu ou pas de déplacement* le diagnostic peut être plus délicat. On peut penser à :

— Une entorse du poignet;

— Une contusion simple.

Mais ces diagnostics ne doivent pas être affirmés sans *contrôle radiologique*.

— *S'il y a un gros gonflement*, une hémarthrose, il s'agit d'une fracture articulaire, complexe; d'une lésion carpienne associée.

Parfois le *diagnostic de variété* reste possible (fragment cunéen perceptible ou fractures marginales). Le plus souvent il est très délicat (radiographie).

TRAITEMENT

1° Fracture de Pouteau-Colles. — a. *Réduction* : sous anesthésie générale ou locale (novocaïne dans le foyer de fracture), désengrénement et réduction par tractions sur la main en hyperextension avec pressions dorsales sur le fragment épiphysaire.

La réduction, lorsqu'elle ne sera pas faite sous écran, sera vérifiée radiologiquement.

b. *Contention* : dans le plâtre classique « en palette de peintre » : gouttière antibrachiale échancrée en avant, atteignant en bas les têtes métacarpiennes, ouverte pour le passage du pouce. Ce plâtre permet de mobiliser les doigts et évite la compression (syndrome de Volkmann, gangrène).

Le poignet est mis en demi-flexion, supination et inclinaison cubitale.

Pendant les quinze jours de contention, faire mobiliser les doigts.

c. Secondairement, massages, mobilisation progressive du poignet.

2° Fractures articulaires. — Une réduction exacte est nécessaire. On procédera à la *réduction systématique sous écran* qui évite des manœuvres répétées.

3° Lésions carpiennes associées. — La fracture du scaphoïde est justiciable de réduction.

— La luxation du semi-lunaire de traitement sanglant (ablation du lunaire), la réduction restant souvent impossible.

4° Fractures vicieusement consolidées. — Dans les cas où les troubles fonctionnels sont importants, on aura recours à des ostéotomies, à la résection du carpe en cas d'ankylose, à la résection de la tête cubitale en cas d'ankylose radio-cubitale.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 87, p. 1538.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE


MILO
PRODUIT DE RÉGIME
DEXTRINÉ MALTÉ
MARQUE DÉPOSÉE
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Epreuve écrite anonyme.* — MM. Béal, 24; Cabrol, 28,5; Chatellier, 25; Dufieux et Omnès, 21; Sassier, 27,5.

Consultation écrite anonyme. — MM. Béal, 18 + 18 = 36; Cabrol, 15 + 10 = 25; Chatellier, 19 + 17 = 36; Dufieux, 16 + 14 = 30; Omnès, 16 + 15 = 31; Sassier, 20 + 19 = 39.

Total : MM. Béal, 60; Cabrol, 53,5; Chatellier, 61; Dufieux, 51; Omnès, 52; Sassier, 61,5.

Candidats admissibles : MM Sassier, Chatellier, Béal et Cabrol.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Etiologie, symptômes et évolution de l'endocardite maligne à marche lente (maladie d'Osler). — Symptômes, évolution et diagnostic de la hernie crurale étranglée. »

MM. Viala, 19; Fresnais, 25; Dumont, 10; Delamare, 26; Frumusan, 28; Halbron, 25; Maury, 17; Boursat, 17,5; Roger, 10; Royer de Véricourt, 26.

Séance du 5 novembre. — Questions données : « Oreillons. — Symptômes, évolution et diagnostic des ruptures de la grossesse tubaire. »

MM. Vautrin, 18; Béquignon, 15; Soyer, 19; Martel, 13; Demaldent, 25; Bissery, 22; d'Escrivan, 16; Ghozland, 19; Soulignac, 10; Dumas, 12.

— L'administration générale de l'Assistance publique à Paris devant ouvrir vers la fin du quatrième trimestre 1930 le sanatorium de Champrosay (près de Ris-Orangis, Seine-et-Oise), le médecin titulaire et les médecins assistants de cet établissement seront désignés par le directeur général de l'administration, après avis d'une Commission médicale spéciale composée de médecins chefs de service des hôpitaux spécialisés en phtisiologie.

Les docteurs en médecine, de nationalité française, désireux de faire acte de candidature sont priés d'adresser une demande ou de se présenter à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, 2e étage, bureau du Service de santé, avant le 25 novembre 1930, de 10 à 12 h. ou de 15 à 18 h.

Ils devront, à l'appui de leur candidature, déposer les pièces suivantes :

Extrait de l'acte de naissance;

Extrait du casier judiciaire (ayant moins de trois mois de date);

Diplôme de docteur en médecine;

Exposé (en 7 exemplaires) de leurs titres universitaires, scientifiques et hospitaliers.

Les avantages attachés à ces emplois sont les suivants :

MÉDECIN TITULAIRE. — 1° *Indemnité fixe* (avec promotion de classe tous les deux ans) :

4e classe, 37.000 fr.; 3e classe, 40.500 fr.; 2e classe, 44.000 fr.; 1re classe, 47.500 fr.; classe exceptionnelle, 51.000 fr.

2° Indemnité de résidence : 2.240 fr. par an.

3° Logement, chauffage et éclairage, à titre gratuit.

Note. — L'exercice de la clientèle est interdit au médecin titulaire du sanatorium de Champrosay.

MÉDECINS ASSISTANTS. — a. *Médecin assistant logé* : un poste.

Indemnité fixe (avec promotion de classe tous les deux ans).

4e classe, 22.500 fr.; 3e classe, 25.500 fr.; 2e classe, 28.500 fr.; 1re classe, 31.500 fr.; classe exceptionnelle, 35.000 fr.

Indemnité de résidence : 2.240 fr. par an.

Logement, éclairage, chauffage à titre gratuit.

Interdiction de l'exercice de la clientèle.

b. *Médecin assistant non logé.* — Indemnité fixe annuelle (avec promotion de classe tous les deux ans) :

4e classe, 18.500 fr.; 3e classe, 20.000 fr.; 2e classe, 21.600 fr.; 1re classe, 23.200 fr.; classe exceptionnelle, 24.800 fr.

Indemnité de logement : 2.000 fr.

Indemnité de nourriture : 4.500 fr.

— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier 1931 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); sera ouvert le jeudi 11 décembre 1930, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 17 jusqu'au mercredi 26 novembre 1930 inclusivement, de 14 à 17 h.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE (services de la Faculté de l'Etat). — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Houplain, Thibaut, Cornille, Deburge, Degand, Berlemont, Cuvelier.

Internes provisoires : MM. Vanneuville, Patoir, Marchandise, Minet, Pouchèle.

— NIMES. — Après concours devant la Faculté de Montpellier, M. le docteur Barbusse a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes.

DON A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. Plantier (d'Annonay), propriétaire de la « Panbiline » vient d'adresser à l'Association générale un généreux don de 10.000 fr. en faveur de ses différentes caisses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Paul Blondin, ancien interne des hôpitaux de Paris, vice-président de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre; nous adressons à ses fils, les docteurs Sylvain et Marcel Blondin, l'expression de nos condoléances très émues; Charles-Ernest Maillard, doyen du Conseil général de la Meuse, à Damvillers; Etienne Jourdan, professeur honoraire à la Faculté des sciences et à la Faculté de médecine de Marseille; Charles Guihal (de Nantes), ancien interne des hôpitaux de Paris (1867); Edmond Bonniot, radiologiste des hôpitaux de Paris, victime du devoir professionnel; Jules Monnaie (de Godarville); Carlier (de Rode-Saint-Genèse); Aubry de Maromont (de Nantes).

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE DAVILA

L'illustre général médecin Charles Antoine François Davila, dont la Roumanie célébrait il y a peu de jours le centenaire, a eu une vie particulièrement remplie et utile.

Né à Parme en 1830, il est élevé d'abord en Allemagne, puis vient en France, à Limoges, il va enfin à Angers où il étudie la médecine et devient interne à l'Hôtel-Dieu. Pendant le choléra de 1849 il se distingue par son dévouement.

En 1853 le gouvernement français l'envoie en Valachie où l'on demande un médecin français pour prendre part à la réorganisation de l'hôpital militaire de Bucarest. Le prince régnant, Barbu Stirbey, le nomme médecin chef de l'armée. A partir de ce moment Davila prend une part active à la création de tous les services médicaux, il institue une pharmacie militaire et fonde une école qui devait plus tard devenir la grande Faculté de médecine de Bucarest. Il crée une bibliothèque, un musée d'anatomie. Il se livre lui-même à l'enseignement de l'anatomie.

C'est Davila, il faut le rappeler, qui obtint de Napoléon III le décret favorisant en France les étudiants moldo-valaques. C'est encore lui qui obtint de Victor Emmanuel une faveur analogue en Italie.

En 1866, il est naturalisé roumain, mais il n'oublie pas la France, et en 1870 on le retrouve dans les rangs français.

Pendant la guerre de l'Indépendance roumaine il assiste au siège de Plevna, il se multiplie, suivant l'expression du roi Charles Ier : « Davila est partout où l'on a besoin de lui. »

Davila mourut en 1884.

La mémoire de ce Français devenu un grand Roumain a été honorée avec éclat. Le roi Carol assistait à la cérémonie où la France était représentée par son ministre, M. G. Puaux, entouré de M. le doyen Balthazard, du professeur Marcel Labbé et de M. Boquet, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers.

F. L. S.

LE LIEU DE GENÈVE

Nous avons déjà entretenu les lecteurs de la *Gazette* de la question des lieux de Genève si heureusement proposée par M. le médecin général Saint-Paul.

Notre confrère vient d'adresser à M. Tardieu, président du Conseil, une lettre ouverte précisant ses vues généreuses :

Les *lieux de Genève* seraient des endroits du territoire national où, durant la guerre — étrangère ou civile — seraient rassemblés, sous le contrôle de neutres agréés par les deux partis, un certain nombre de non-combattants, neutralisés par l'effet d'accords conclus pendant la paix.

Quels seraient ces *neutralisés* :

— Les enfants qui viennent de naître, naissent ou vont naître;

Et, pourvus d'une *carte de neutralité* dûment et officiellement enregistrée :

Les mères qui portent ou allaitent ces enfants;

Les vieillards frappés d'impotence;

Les estropiés, les infirmes..., tous ceux dont l'amoindrissement provoque dans le cœur de l'homme normalement constitué (que cet homme soit de droite ou de gauche, qu'il appartienne à l'ancien ou au nouveau monde) le sentiment de compassion, de fraternité qui est la caractéristique touchante de l'espèce humaine.

Voilà ce que — pour commencer — seraient les *lieux de Genève*, lieux universellement connus, délimités, et, choisis, dès le temps de paix, dans *chacune* des nations civilisées exposées à la guerre.

M. le médecin général Saint-Paul, après avoir réfuté vigoureusement les critiques, résume ainsi ce qu'il demande :

Que le bénéfice de la Convention de Genève soit conféré à d'autres encore qu'aux blessés, aux malades et au personnel médical;

Que le bénéfice de la Convention de Genève soit assuré à des formations autres encore que les formations sanitaires.

Et il termine en adjurant M. Tardieu « de secouer les rouillures bureaucratiques pour que, offrant au monde le *lieu de Genève*, une fois de plus la France ait bien mérité de l'Humanité. »

L. G.

REVUE GÉNÉRALE

HERNIES INTERNES[1]

Par A. FOLLIASSON,
Interne des hôpitaux de Paris,
Préparateur à la Faculté.

V

VARIÉTÉS EXCEPTIONNELLES

En dehors de ces quatre localisations principales des incarcérations viscérales, il en est d'autres tout à fait exceptionnelles parmi lesquelles il faut citer :

1° Les hernies para-coliques.

Se faisant dans les fossettes du même nom situées de part et d'autre des côlons ascendant et descendant.

2° Les hernies se faisant à travers le ligament large.

Mondor dans son Traité (Diagnostics urgents) reproduit une belle planche concernant cette variété d'incarcération viscérale. Il dit lui-même en avoir observé un cas.

3° Les hernies internes rétro-vésicales.

L'ouverture supérieure du cul-de-sac de Douglas est, à l'état normal, assez large pour que les anses intestinales et l'épiploon qui descendent dans cette cavité y entrent et en sortent facilement. Dans quelques cas la saillie du ligament vésical postérieur, ou bien celle des replis de Douglas rétrécissent cette ouverture. Le Douglas devient un véritable sac avec un collet. Une hernie peut donc s'y faire et s'y étrangler, éventualité d'ailleurs extrêmement rare, les deux seuls cas connus étant ceux de W. Wolf et de Saniter.

4° Nous avons eu l'occasion d'opérer à Lariboisière dans le service de notre maître le professeur Cunéo une hernie interne contenant toute la masse de l'intestin grêle à l'exception de quelques centimètres du segment initial jéjunal et de l'iléon terminal. Elle se faisait au-dessous d'un voile péritonéal transparent avasculaire fixé en haut sur l'extrémité gauche de la face inférieure du méso-côlon transverse; en dehors dans le sinus colo-pariétal gauche; en bas sur le méso-côlon descendant et sur le méso-sigmoïde (schéma 6). Le collet était limité en avant par une bride tendue du méso-côlon transverse au méso-sigmoïde. Le bord libre de la bride, épais, était à concavité tournée en dedans vers le rachis et contenait une grosse veine anastomotique unissant l'arcade veineuse marginale du côlon transverse à celle du côlon sigmoïde. Cette bride fut réséquée de même que toute la paroi antérieure du sac. Depuis l'intervention les crises d'occlusion que présentait le malade ne se sont jamais reproduites (2).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 88, p. 1545.

(2) Cette observation détaillée paraîtra sous peu dans les *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale.*

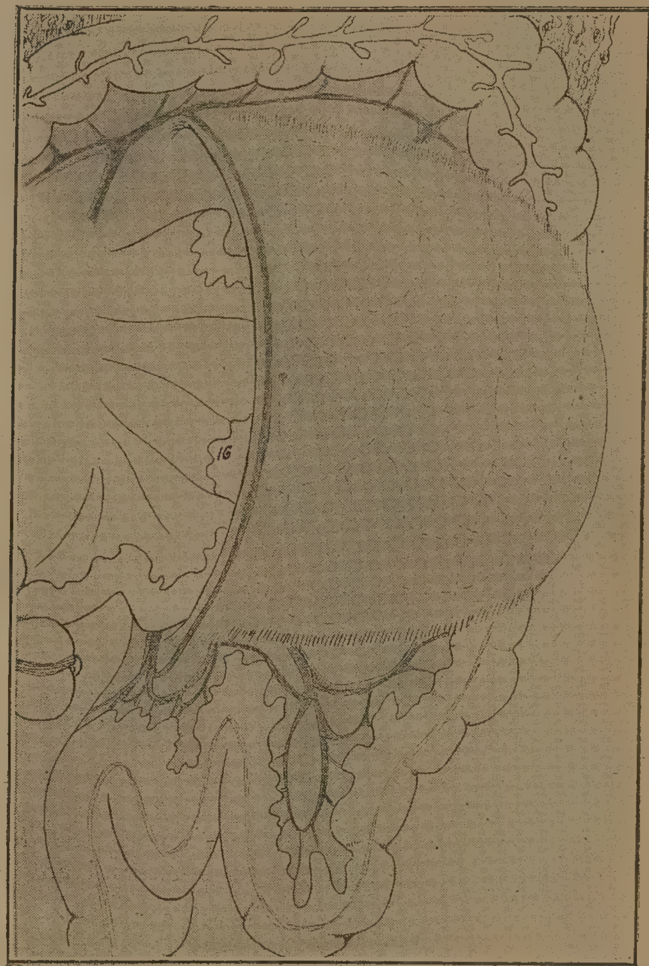


SCHÉMA 6. — *Cas personnel.* — Intestin grêle.

5° On peut rapprocher de ces incarcérations viscérales le curieux cas observé par Grégoire.

« Il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans entré dans le service pour des accidents d'occlusion chronique attribués cliniquement à un volvulus incomplet du côlon pelvien. A l'intervention, volumineuse masse allongée encadrée par le côlon, pas d'anses grêles. La masse est consistante et on peut pincer entre les doigts un feuillet mince et souple qui n'est pas une paroi d'intestin et au-dessous de laquelle quelque chose glisse comme « de l'intestin dans une hernie ». Ce feuillet incisé, on trouve au-dessous de lui la totalité de l'intestin grêle. Il n'existe pas d'apparence de revêtement péritonéal; les anses grêles sont tassées et accolées entre elles, il faut peiner pour les dégager toutes de cette enveloppe qui envoie des ébauches de cloison entre les diverses anses.

Le mésentère lui aussi est sans revêtement péritonéal, les artères et les veines sont à nu au-dessous de la masse libérée, on voit le côlon descendant et le côlon iliaque plaqués dans le fond du ventre et eux aussi sans revêtement péritonéal. Il s'agissait donc d'une malformation péritonéale tout à fait exceptionnelle où tout l'intestin grêle extrapéritonéal paraissait comme empaqueté dans un sac séreux. Réintégration de l'intestin libéré dans la cavité abdominale. Fermeture. Guérison. »

6° Enfin tout à fait exceptionnelle et curieuse est l'observation de Soforetoff.

Il s'agissait d'une hernie interne dont le sac était le mésentère d'un diverticule de Meckel, long d'environ 8 centimètres. Le collet était formé par le diverticule lui-même prolongé d'un cordon fibreux fixé sur une anse grêle. La résection du diverticule et de son mésentère amenèrent la suppression des phénomènes de sub-occlusion présentés par le malade.

7° Pour terminer, on a signalé des incarcérations viscérales se faisant dans des brèches congénitales du mésentère, brèches s'observant surtout au voisinage de l'angle iléo-cæcal.

Récemment Lafourcade a publié à la Société de chirurgie une observation typique de cette variété trans-mésentérique de hernie.

Étiologie. — On observe des incarcérations viscérales à tout âge, mais un fait est assez frappant : la plupart des observations concernent des hommes (deux pour une femme) d'une vingtaine à une trentaine d'années, Bolognesi insiste sur ce fait.

Pathogénie. — Les interprétations pathogéniques que l'on peut donner de ces incarcérations viscérales sont évidemment du domaine de l'hypothèse. Bolognesi, dans son travail, énumère des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

a. Les *causes prédisposantes* seraient :

1. Une largeur et une profondeur marquées de la fossette péritonéale en cause.

2. Les rapports vasculaires de son collet, les vaisseaux formant bride et « invitant pour ainsi dire les viscères à s'engager au-dessous d'eux. »

3. Une grande laxité du tissu cellulaire sous-péritonéal : il s'observe surtout chez les sujets ayant subi un notable amaigrissement.

4. La présence d'un mésentère particulièrement allongé et pouvant par conséquent permettre plus facilement l'engagement d'une anse dans une fossette.

b. Les *causes déterminantes* seraient tous les éléments contribuant à élever de façon plus ou moins brusque la pression intra-abdominale. Ceci justifierait la plus grande fréquence de ces lésions chez l'homme plus exposé de façon générale aux efforts que la femme.

A la lecture des observations publiées, il semble cependant que l'on puisse relever quelques facteurs pathogéniques particuliers à certaines variétés d'incarcérations viscérales.

1. Hernies péri-duodénales.

On aurait (Kummer) noté assez fréquemment la coexistence d'un ulcus gastrique ou duodénal. Mais quel est le rapport entre ces lésions, il est difficile de le dire. Kummer croit que la présence de l'ulcus est peut-être le résultat d'une stase veineuse ou alimentaire, d'une compression de plexus nerveux, résultant de la présence de la hernie.

2. Incarcérations péri-cæcales.

α. Les fossettes péri-cæcales sont plus larges, plus « ouvertes » que les fossettes péri-duodénales, d'où moins grande fréquence de l'incarcération.

β. « On serait tenté dans certains cas d'invoquer l'intervention d'une inflammation ou irritation chronique du péritoine, d'une périviscérité du carrefour cæcal, si fréquente dans la stase ou l'appendicite chronique, qui transformerait la séreuse avoisinante, retracterait les brides, changerait un anneau embryologique dénué de résistance en un collet d'étranglement étroit et scléreux, parachèverait somme toute des dispositions embryonnaires » (Bohême cité par Mondor). Ce dernier auteur insiste sur le fait que dans le cas par lui observé de hernie en w rétro-cæcale, il fallut sectionner une bride inflammatoire fibreuse qui limitait solidement l'orifice d'étranglement. D'ailleurs ce que dit Bohême des hernies cæcales est aussi bien applicable aux hernies péri-duodénales.

3. Incarcération dans l'arrière cavité des épiploons.

a. Par l'hiatus de Winslow.

Jeanbrau et Riche comprennent ainsi leur mécanisme : « Sous l'influence d'un effort brusque ou d'une série d'efforts, l'intestin grêle ou le gros intestin sont poussés vers l'hiatus de Winslow dans lequel ils peuvent pénétrer à un moment donné en s'y étranglant le plus souvent aussitôt.

Les cas d'occlusion portant sur le côlon transverse s'expliquent facilement par la mobilité assez grande dont jouit cet organe dans sa portion gauche, grâce au méso-côlon transverse assez long, ainsi que par la fréquence relative des déplacements permanents de cet organe en position sous-hépatique.

Dans les cas *très rares* où le cæcum et le côlon ascendant ont été trouvés dans l'arrière-cavité, il existait un arrêt de développement du péritoine colique, qui persistait sous la forme d'un long méso, donnant aux côlons une très grande mobilité.

Dans les cas de beaucoup les plus nombreux où l'occlusion porte sur l'intestin grêle, sans qu'il ait été signalé d'arrêt de développement du péritoine colique, c'est le déplacement ou la disparition du tablier épiploïque qui permet à l'intestin grêle l'accès de la région de l'hiatus.

Enfin la pénétration de l'intestin dans l'arrière cavité des épiploons est rendue plus facile par les grandes dimensions de l'hiatus résultant en somme d'un arrêt de développement très localisé et limité au feuillet droit du méso-duodénum primitif.

Dans tous les cas, le rôle de la paroi abdominale est important : il faut pour que ces déplacements en haut puissent se produire une musculature abdominale saine et solide; dans le cas contraire, c'est plutôt vers les orifices naturels pelviens ou juxtapelviens que tend à se faire l'issue des viscères abdominaux soumis à des pressions anormales »

b. Trans-méso-coliques.

Dans le cas où les deux lames du méso sont intactes, elles seraient refoulées par la poussée des anses grêles, poussée favorisée par l'existence d'adhérences péri-gastriques bloquant l'étage sus-méso-colique. On s'est demandé si certaines hernies de l'arrière-cavité ne répondaient pas à des hernies péri-duodénales dont le sac se serait rompu, ces

hernies remontant quelquefois haut derrière l'estomac; mais (Lombart) leur sac présente une résistance et une élasticité considérables et l'on conçoit mal les causes capables de provoquer leur rupture.

On a noté aussi la coexistence fréquente (18 fois sur 20 cas) d'ulcus gastrique ou duodénal, cette association est frappante mais il est difficile d'en tirer des conclusions nettes dans les cas où il y a indépendance absolue de la brèche méso-colique et de l'ulcus; les cas où la brèche du méso paraît bien secondaire à l'évolution de l'ulcère adhérant au pancréas et à la paroi abdominale sont d'interprétation facile, la hernie s'expliquant par l'infiltration et la friabilité consécutive du méso.

Enfin, on a constaté l'association de brèche mésocolique et de volvulus partiel de l'estomac — le segment pylorique seul tordu passant à travers la brèche. — Quelle est la lésion qui a précédé l'autre, on ne saurait le dire.

Symptômes. — En dehors de la hernie interne entièrement latente, trouvaille d'autopsie (bien que la tolérance de l'organisme vis-à-vis de pareilles hernies soit très grande, même dans ces cas il est difficile de conclure de façon absolue à l'absence de troubles fonctionnels du vivant du sujet) ces incarcérations viscérales se révèlent soit par des accidents d'occlusion aiguë et sont des surprises opératoires; soit par des troubles digestifs assez vagues ou des accidents d'occlusion chronique.

A. Accidents d'occlusion aiguë. — « Les hernies internes sont les occlusions les plus insoupçonnées (Mondor) ». De fait il ne semble y avoir que peu d'observations (Vautrin-Hernandez) où le diagnostic pré-opératoire ait été posé. Dans tous les autres cas on est intervenu d'urgence avec le diagnostic d'occlusion aiguë, de kyste de l'ovaire tordu, de volvulus du grêle ou du gros intestin, d'appendicite aiguë.

Le fait qu'au début le ballonnement abdominal n'est pas généralisé, qu'il existe une tuméfaction limitée, siégeant en un point variable de l'abdomen — région ombilicale et flanc gauche : hernie périduodénale gauche; région ombilicale, fosse iliaque droite et flanc droit : hernies duodénale droite et péri-cæcale; fosse iliaque gauche : hernie dans la fossette intersigmoïde — rapproché de troubles digestifs antérieurs pourrait, quelquefois, faire soupçonner pareille lésion.

« La douleur dramatique, initiale, les vomissements incoercibles, la voussure épigastrique, médiane, ombilicale, de la forme d'un estomac distendu (Delagenière), les signes d'une occlusion haute sont à retenir en faveur de la hernie étranglée dans l'hiatus de Winslow.

Jeanbrau et Riche en avaient rassemblé 18 cas en 1906 (le diagnostic n'avait jamais été fait). Ulmann a ajouté 12 cas restés aussi obscurs en 1924 (Mondor) ».

De ceci, il résulte que opérant une occlusion aiguë de cause indéterminée, le chirurgien doit avoir présents à la mémoire et les différentes variétés et les rapports souvent dangereux de ces incarcérations viscérales.

Une fois le ventre ouvert, cela lui permettra d'établir rapidement le diagnostic, l'acte opératoire ne pourra qu'y gagner en rapidité, en simplicité, en sécurité.

B. Troubles digestifs. Accidents d'occlusion chronique. — En dehors de la découverte nécropsique ou de la surprise opératoire, on aurait tort de conclure à l'absence habituelle de signes cliniques de ces hernies internes. Leur évolution paraît s'accompagner au contraire de désordres variés :

Soit troubles digestifs représentés par des douleurs abdominales assez vagues, des digestions difficiles, des coliques passagères; soit occlusion chronique avec crises répétées à intervalles plus ou moins réguliers, douleurs fixes ou se déplaçant, nausées, vomissements, constipation opiniâtre, ou alternative de diarrhée ou de constipation.

A l'examen de l'abdomen, il est possible dans certains cas de découvrir à la palpation une tuméfaction plus ou moins arrondie, à siège variable suivant les hernies en cause, plus ou moins profonde, de consistance généralement molle, élastique, sonore à la percussion, sensible au palper.

Le fait que cette tuméfaction subit des modifications dans son volume et dans sa consistance, modifications coïncidant avec les crises douloureuses présentées par le malade est très intéressant et pourrait faire envisager la possibilité d'une incarcération viscérale.

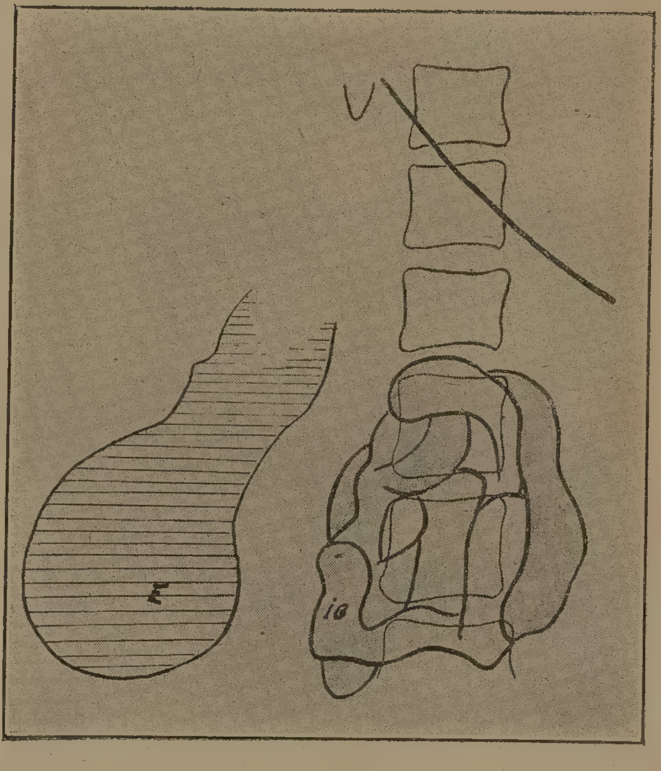


SCHÉMA 7. — *Radiographie de la malade de Kummer.* — Décubitus latéral droit. — E. Estomac. — IG. Intestin grêle.

Il n'en reste pas moins qu'il n'y a dans ce tableau rien de bien caractéristique. On a vu d'autre part l'association fréquente d'ulcus gastrique ou duodénal, avec les hernies péri-duodénales, ou trans-mé-

socoliques, association qui va encore contribuer à égarer la clinique.

En présence de pareils troubles, aussi imprécis, aussi irréguliers, il est un examen complémentaire qui va permettre sinon d'affirmer le diagnostic de hernie interne, tout au moins d'y penser sérieusement, c'est l'examen radioscopique et radiographique de l'intestin grêle et du gros intestin.

Certaines observations sont convaincantes à cet égard : dans celle de Kummer (hernie péri-duodénale gauche) on note que « à part un léger retard d'évacuation, l'estomac ne présente rien d'anormal. *Il en est tout autrement du grêle qui au lieu de se répandre dans les deux flancs et dans le petit bassin, occupe un territoire de dimensions restreintes et à contours réguliers correspondant au sac herniaire. Sur une plaque prise en décubitus latéral droit on voit l'ombre de l'estomac normalement basculée dans le flanc droit tandis que celle du grêle en est séparée par un espace clair à limites régulières. C'est que le grêle retenu qu'il était dans le sac herniaire n'a pu basculer comme l'estomac* (schéma 7).

L'immobilité du grêle dans les changements de position du corps, son aire d'expansion restreinte et à limitation régulière, la séparation par un espace clair de l'ombre de l'estomac et du grêle dans le décubitus latéral droit, voilà des signes radiologiques qui peuvent suggérer le diagnostic pré-opératoire. Kazes et Upsan dans leur travail insistent eux aussi sur ce syndrome radiologique.

Une stase marquée de la bouillie barytée dans le duodénum, sans dilatation concomitante de l'estomac, serait pour Hartmann, Lévin et Ellis, un signe devant faire penser à la hernie péri-duodénale.

Nagel a observé chez son malade l'aspect radiologique suivant (schéma 8) : *le cæcum et le côlon ascendant étaient bas situés dans le pelvis et à gauche de la ligne médiane. Le grêle au contraire paraissait presque tout entier à droite du côlon ascendant.* L'autopsie (le malade ayant succombé à une généralisation cancéreuse) montra l'existence d'une hernie péri-duodénale droite.

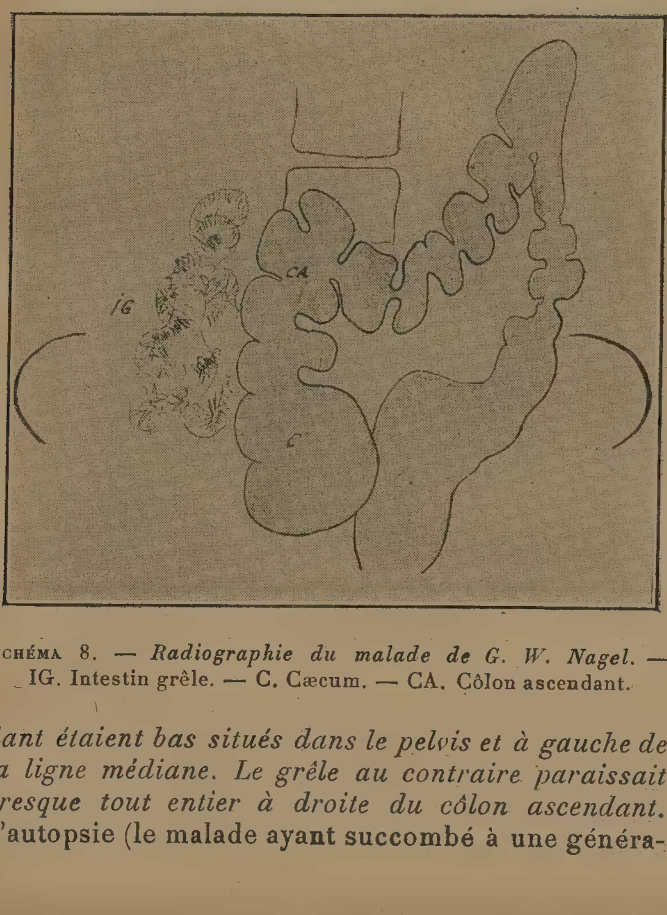


SCHÉMA 8. — *Radiographie du malade de G. W. Nagel.* — IG. Intestin grêle. — C. Cæcum. — CA. Côlon ascendant.

Pfanner et Staunig firent chez leur malade le diagnostic de hernie trans-méso-colique. Le résultat de leur examen radiologique était des plus intéressants (schéma 9) : « L'estomac présentait une forme

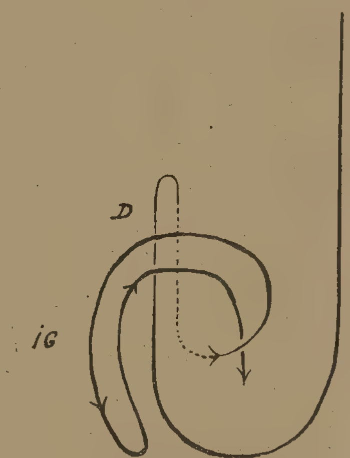


SCHÉMA 9. — *Schéma de la radiographie de la malade de Pfanner et Staunig.* — E. Estomac. — D. Duodénum. — IG. Intestin grêle.

en U très caractérisée, la grande courbure était à 3 centimètres au-dessus du pubis, la petite courbure portait un ulcus superficiel ou une cicatrice d'ulcus, le pylore était à hauteur et un peu à droite de l'ombilic, la branche gauche de l'U était formée par la portion initiale de l'estomac, la branche droite par l'antre pylorique étiré et la portion initiale du duodénum qui la continuait directement et se trouvait placé dans le plan sagittal. Trois heures après l'ingestion du repas bismuthé on se rendait compte de la façon la plus nette que deux anses jéjunales passaient au-dessus de la petite courbure, la refoulant en bas, écrasant en quelque sorte la portion moyenne de l'estomac qui prenait ainsi la forme en U. Les anses se dirigeaient vers la fosse iliaque droite. Il était impossible de les mobiliser transversalement. A la huitième heure l'estomac contenait encore 1/5 environ du repas opaque. » Il y a donc dans l'examen radiologique des possibilités de diagnostic fort intéressantes.

Diagnostic différentiel. — *A.* Hernies révélées par des phénomènes d'occlusion aiguë. — Le diagnostic exact de la nature de l'occlusion n'a jamais été posé; hormis les rares cas cités plus haut, le chirurgien est intervenu bien souvent sans diagnostic causal ferme, les hypothèses émises le plus couramment étant, nous l'avons vu, celles de volvulus intestinal, d'invagination (cas de Wolf).

Lorsque les phénomènes douloureux ont le pas sur les phénomènes occlusifs, les éventualités le plus souvent envisagées ont été celles de kyste de l'ovaire tordu, d'ulcus perforé, d'appendicite aiguë.

Enfin il convient de citer le cas de Hallopeau. Cet auteur, intervenant avec le diagnostic probable de hernie dans une fossette rétro-péritonéale, trouva en effet sous le côlon transverse une grosse tumeur; c'étaient les anses grêles masquées par une mem-

brane épaisse, mais membrane inflammatoire, que l'examen histologique révéla un exsudat fibrineux ancien organisé par pénétration de néo-capillaires et nécrosé aseptiquement.

Il s'agissait donc là d'une ancienne inflammation péritonéale peut-être tuberculeuse et non pas d'une incarcération viscérale dans une fossette séreuse.

B. **Hernies révélées par des troubles digestifs ou de l'occlusion chronique.** — Dans ce cas, ont été le plus souvent discutés : l'ulcus duodénal ou gastrique, l'aérophagie, la stase intestinale chronique, le cæcum mobile, l'ectasie cæcale, les kystes du mésentère, les kystes pancréatiques, une tumeur ganglionnaire rétro-péritonéale (Hartmann et Christophe) suivant que les phénomènes douloureux, les troubles du transit intestinal ou une tumeur dominaient le tableau clinique.

On le voit, discuter le diagnostic de ces incarcérations viscérales, c'est passer en revue la majeure partie de la pathologie de l'abdomen.

L'essentiel, c'est, premièrement, d'y songer en face du syndrome occlusion aiguë, perforation ou torsion; deuxièmement, d'envisager en face de troubles digestifs vagues, de crises douloureuses à répétition, la possibilité d'une hernie interne et de faire pratiquer systématiquement l'examen radioscopique et radiographique de l'intestin.

Pronostic. — Il y a de toute évidence une grosse différence de pronostic suivant que les maladies sont opérés en occlusion ou non.

A. **Hernies internes étranglées.** — D'après Coley, la mortalité opératoire va en décroissant (1 mort sur une série de 8 cas opérés), cela tient à la plus grande hâte que l'on porte à intervenir dans les cas présentant le syndrome d'occlusion, de perforation ou de torsion. Il n'en reste pas moins que le pronostic reste sombre, surtout en ce qui concerne l'occlusion dans l'hiatus de Winslow.

B. L'intervention au contraire pour les **hernies non étranglées** ne comporte pas ou très peu de mortalité opératoire.

Traitement. — *A.* **Hernies non étranglées.** — Une fois le ventre ouvert, par une très large laparotomie (qu'elle soit médiane ou latérale) il faut identifier la variété d'incarcération à laquelle on a affaire. Ceci fait, en dehors de la réduction du contenu intestinal ou épiploïque dans la grande cavité, il faudra exécuter des manœuvres un peu particulières suivant la variété d'incarcération.

1. Hernies péri-duodénales. — α. *Hernies péri-duodénales gauches.* — Si la réduction est gênée par le collet, se souvenir qu'il est suivi généralement, par la *veine mésentérique supérieure*, ou l'*artère colique supérieure gauche*. Donc pas de manœuvre intempestive mais essayer de l'agrandir doucement au doigt, ou disséquer le vaisseau en cause et l'écarter avant toute section du repli péritonéal.

Traitement du sac :

Evaginer et réséquer serait la manœuvre idéale, mais elle est bien souvent impossible.

Fermeture du collet par un surjet ou des points séparés. Pour Hartmann c'est une manœuvre inutile, et il cite le cas de Rendle-Short qui ayant dans une première intervention simplement dégagé les anses grêles incluses dans la hernie, a, six semaines plus tard, rouvert le ventre dans le but de fermer le collet. C'était inutile, un processus de péritonite adhésive ayant amené une oblitération complète du sac. On pourrait badigeonner la cavité à la teinture d'iode pour assurer plus rapidement la coalescence des feuillets la limitant. Cette fermeture du collet peut lâcher et le sac se rouvrir (Knaggo l'a constaté à l'autopsie neuf mois plus tard), elle risque, d'autre part, de créer une cavité close qui ne tardera pas, le plus souvent, à se transformer en kyste.

Aussi la méthode de choix est-elle la résection de la seule paroi antérieure du sac, en ménageant évidemment les gros vaisseaux du collet. C'est la conduite suivie par Kummer et par nous-même.

Si les anses sont fortement adhérentes et si leur réduction est impossible, on sera autorisé à faire une dérivation intestinale soit sous la forme d'une jéjuno-jéjunostomie, soit sous la forme de duodéno-jéjunostomie (Christophe).

β. *Hernies péri-duodénales droites.* — La réduction des anses est facile car généralement le collet est très grand. L'extirpation du sac est non seulement difficile mais dangereuse, car il est derrière le *méso-côlon ascendant* ou bien c'est le *méso-côlon lui-même avec ses vaisseaux.*

On procédera donc à l'oblitération de l'orifice du sac en se méfiant de blesser, en arrière les *gros vaisseaux prévertébraux*, en avant les *vaisseaux mésentériques supérieurs.*

2. Hernies péri-cæcales. — α. Hernies rétro-cæcales.

Il faut pratiquer si la réduction des anses s'annonce comme difficile, le décollement cæco-colo-pariétal.

β. Hernies iléo-appendiculaire et iléo-cæcale.

A la réduction des anses, ajouter l'appendicectomie. Là encore, il est préférable de fermer par un surjet le collet du sac plutôt que d'essayer de l'extirper en raison du voisinage dangereux du *mésentère* et *du méso-côlon.*

3. Incarcérations dans l'arrière-cavité. — α. *Par l'hiatus de Winslow.* — La réduction est parfois très difficile. Il faut s'aider de la manœuvre qui consiste à effondrer la pars flaccida et surtout *débrider l'hiatus de Winslow* par la manœuvre de Jeanbrau et Riche. « L'opérateur, reconnaissant le pédicule hépatique avec l'index gauche introduit dans l'hiatus, *incise, sur la première portion du duodénum et parallèlement à sa direction*, le péritoine qui forme le feuillet antérieur du petit épiploon. Dès lors, l'abaissement de la première portion du duodénum est rendu possible tandis que le lambeau péritonéal est refoulé en haut, découvrant les organes du pédicule hépatique. On a alors devant les yeux la partie la plus large de l'espace porto-cholédoque, dont le fond est formé par le feuillet postérieur du petit épiploon, qui va en arrière, se réfléchit sur la veine cave inférieure.

Repérant ensuite le cholédoque entre le pouce et l'index gauches, l'opérateur perfore, avec une sonde cannelée, sur son index gauche *protégeant la veine cave*, le feuillet postérieur du petit épiploon, au ras du cholédoque et fait ainsi une *boutonnière longitudinale* parallèle à la direction du conduit biliaire, et suffisante pour permettre l'introduction du doigt. Il arrive ainsi dans l'hiatus. A ce moment un écarteur mousse confié à l'aide, récline doucement la lèvre gauche de la boutonnière qui renferme la veine porte et l'artère hépatique. L'opérateur, dont l'index gauche protège toujours la veine cave inférieure, introduit la pulpe de l'index droit, dans la boutonnière déjà faite. Insinuant alors son doigt parallèlement à la direction de la veine mais vers le bas, il agrandit très facilement cette boutonnière, effondrant ainsi le plancher de l'hiatus, grâce à la laxité des tissus rétro-duodénaux ».

Les difficultés de réduction rendent dans le cas d'étranglement le pronostic particulièrement sévère.

β. *Hernies trans-méso-coliques*. — Refouler dans l'arrière-cavité des épiploons les anses qui en auraient pu sortir et les ramener dans l'étage abdominal inférieur. Généralement la réduction est aisée. Si l'on a des difficultés on s'aidera utilement du décollement colo-épiploïque.

Si on y est amené, se méfier lors du débridement du collet, du voisinage de la *colica media et de l'arcade de Riolan*. Fermer la brèche méso-colique en la solidarisant par des points séparés ou un surjet à la face postérieure de l'estomac. S'il y a lieu, traiter l'ulcus coexistant.

4. Hernies inter-sigmoïdes. — La conduite à adopter est en beaucoup de points semblable à ce que nous avons vu pour les hernies péri-duodénales et péri-cæcales. Se souvenir pour le débridement du voisinage des *vaisseaux sigmoïdes* en avant, de l'*iliaque primitive* en arrière ; lui préférer le décollement colo-pariétal qui mobilisera ainsi la racine secondaire du méso-sigmoïde. Là encore ne pas chercher à extirper le sac, ceci pour les mêmes raisons que dans les hernies péri-duodénales et péri-cæcales.

5. Variétés exceptionnelles. — Il est difficile de donner des directives précises sur leur traitement ; l'opérateur s'inspirera de leur situation, de leurs rapports pour les traiter avec le plus de facilité et de sécurité possibles. Par exemple Wolf dans le cas d'incarcération dans le Douglas fit la divulsion de l'orifice au doigt, étant donnée l'impossibilité de débrider sans danger, de quelque côté que ce soit.

Soforetoff en présence d'une hernie interne dont le sac était le diverticule de Meckel réséqua ce dernier avec son méso.

B. Hernies étranglées. — Lorsque l'intervention est commandée par des phénomènes d'occlusion aiguë, la distension des anses rend particulièrement difficiles l'orientation et la reconnaissance des lésions en même temps que l'exécution des manœuvres de réduction. En pareil cas, l'entérotomie de décharge est à conseiller formellement : non seulement elle désintoxique le malade mais simplifie énormément les manœuvres opératoires.

Il faut toujours vérifier que toutes les anses incarcérées soient bien dégagées en entier, se fier sur la constatation d'un sillon d'étranglement sans avoir en main le reste de l'anse incarcérée exposerait à méconnaître un second étranglement plus bas situé.

On peut être amené à des résections épiploïques, ou intestinales plus ou moins étendues du fait des lésions. Citons l'observation exceptionnelle de Kuschewa et Malinowsky où ces auteurs intervenant pour une hernie duodéno-jéjunale étranglée firent la résection de 3m27 d'iléon, résection suivie d'anastomose termino-latérale du grêle avec le cæcum. L'opération fut suivie de guérison.

Dans certains cas on aura à pratiquer une fistulisation d'une anse afférente distendue, qu'on y soit forcé par les lésions ou par l'état précaire du malade.

Dans les cas très favorables on peut faire suivre la suppression de l'agent d'étranglement par la « cure radicale » de la hernie ; la plupart du temps, vu la gravité de l'intervention la sagesse est de s'abstenir et de la remettre à plus tard.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1917 se reporter :

1° A la Thèse de Miraschi, Paris 1917 ; Jouve.

2° A la Revue générale de Bolognesi. *Clinica chir.*, 1917, année XXV, 2e semestre.

Depuis 1917 :

R. Grégoire. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 8 mars 1921, t. XLVII, n° 8.

E. Kummer. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 19 avril 1921, t. XLVII, n° 12.

P. Hallopeau. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 mai 1921, t. XLVII, n° 18.

W. Nagel. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 sept. 1923, t. XXXI, n° 11.

P. Lombard. Les hernies transmésocoliques, *Journ. de chir.*, 1923, t. XXII, p. 502-518.

E. Novak et A. A. Sussmann (Baltimore). Hernie paraduodénale, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 24 mai 1924, vol. LXXXII, n° 21.

Bernardbeig. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 14 mars 1925, n° 9, t. LI.

H. Koch. Hernie mésocolique moyenne. Contribution à l'étude des hernies internes, *Centralbl. f. Chir.*, 9 oct. 1926, t. LIII, n° 41.

Forlini. *Arch. ital. di chir.*, oct. 1926, t. XVI, f. 5.

Philipps. *Bull. of the Ayer clinical laboratory of Pensylvania hospital*, 1922, n° 7.

O. Hernandez. *Revista de med. y cir. de la Habana*, 10 fév. 1926, an XXXI, t. XXXI, n° 3.

Kuschewer et Malinowsky. *Centralbl. f. Chir.*, 26 fév. 1927, t. LIV, n° 9.

Stich. *Centralbl. f. Chir.*, 10 déc. 1927, t. LIV, n° 50.

Kagan. *Centralbl. f. Chir.*, 11 août 1928, t. LV, n° 32.

H. Hartmann. *Chirurgie de l'estomac et du duodénum*, Masson, 1928, vol. I.

Coley. *Arch. of surg.*, mars 1929, vol. XVIII, n° 3.

S. W. Summer. *Brit. med. Journ.*, 13 avril 1929, n° 3562.

H. Godard et P. Smith. *Revue de chir.*, 1929, t. LXVII, n° 4.

Flechtenmacher. *Centralbl. f. Chir.*, 25 mai 1929, t. LVI, n° 21.

Laban. *Th. de Paris*, 1923 ; Presses universitaires de France.

Turnesco. *Th. de Paris*, 1923 ; Arnette

MONDOR. *Diagnostics urgents. Abdomen*, Masson, 1930.
CHRISTOPHE. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1926, t. LII.
ERKES. *Centrabl. f. Chir.*, 24 fév. 1923, t. L, n° 8.
SOFORETOFF. *Centrabl. f. Chir.*, 28 avril 1923, n° 17.
W. WOLF. *Centrabl. f. Chir.*, 5 mai 1923, t. L, n° 18.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1930)

M. A. LACROIX exprime les regrets de l'Académie au sujet de la mort de M. Gley auquel l'Institut décernait naguère le prix Osiris pour l'ensemble de sa belle œuvre physiologique.

Ouverture d'un pli cacheté. — M. I. I. MANOUKHINE demande l'ouverture d'un pli cacheté qui, ouvert en séance, contient une note intitulée : « Nouvelle conception concernant certains troubles fonctionnels du foie. Rôle de la röntgenthérapie splénique. »

Les vitamines et le raffinage des huiles d'olives. — M. L. MARGAILLON. Il paraît indubitable à l'auteur que, contrairement à ce que l'on pense généralement, l'huile d'olives n'est pas initialement dépourvue de vitamines. C'est le raffinage qui l'appauvrirait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1930)

Notice. — M. PORTIER lit une notice nécrologique sur M. Guilio Fano (de Rome), membre correspondant étranger depuis 1924 dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

Les sérums thérapeutiques. — M. Jules RENAULT lit un rapport concernant la revision de la loi du 25 avril 1895 sur les sérums thérapeutiques. Ce rapport sera discuté dans quinze jours.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. dans les pays étrangers. Ses effets sur la décroissance de la mortalité générale infantile. — M. CALMETTE. Les documents recueillis dans les pays étrangers à l'occasion de la Conférence d'Oslo ont démontré que, partout où la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. a été mise en pratique, soit à titre d'expérience, soit comme mesure de prophylaxie sociale, la *mortalité générale infantile* se trouve réduite de moitié, parfois davantage. Dix-huit nations, dont douze européennes, l'ont constaté. Les expériences faites en Belgique, au Brésil, au Canada, en Espagne, en Grèce, à New-York, en Roumanie, en Russie, en Suède, en Uruguay, sont particulièrement démonstratives à cet égard. Cette décroissance si constante de la mortalité générale infantile, qui permet de ne tenir aucun compte des erreurs possibles de détermination des causes de décès, est la preuve la plus évidente de l'innocuité et de l'efficacité de la vaccinstion par le B. C. G.

Le nombre des enfants actuellement vaccinés contre la tuberculose avec le B. C. G. dans le monde entier dépasse un million, dont 288.000 en France.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Calmette de son intéressante communication dont il fait ressortir toute l'importance.

La digitale laineuse. — M. PERROT. La question de la digitale, si embrouillée quant à sa teneur en principes actifs, semble entrer dans une nouvelle phase.

Une espèce de l'Europe centrale, la digitale laineuse (D. lanata) à fleurs jaunes est aujourd'hui cultivée en grand en Autriche. Elle a une activité toxique sensiblement plus élevée que notre digitale pourpre dont le standard thérapeutique est si difficile à établir.

Les auteurs qui ont entrepris l'étude de ces plantes ont obtenu du *D. lanata* un glucoside nouveau, la *dilamine*, qui existe dans la plante dans une proportion environ quatre fois plus grande que la digitaline dans la digitale pourpre; son action est aussi beaucoup plus forte.

Comme dans la digitale pourpre, le glycoside se libère pendant la dessiccation, car il n'existe ni dans la plante stabilisée par le procédé Perrot-Govis, ni dans l'intrait.

Il paraît donc vraisemblable que comme pour le strophantus, où l'espèce à ouabaïne remplace de plus en plus l'espèce à strophantine, le *D. lanata*, aussi bien en pharmacologie que dans l'industrie, se substituera au *D. purpurea*.

Les auteurs poursuivent leurs recherches sur les plantes actives et espèrent débrouiller sensiblement l'imbroglio actuel de la question des digitales.

Hygiène de l'enfance. — L'ordre du jour appelait la discussion du rapport de M. Lesage sur les propositions présentées récemment par M. Pinard.

Sur la demande de celui-ci la discussion est renvoyée à quinzaine.

— La prochaine séance aura lieu le mardi 18 octobre 1930.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1930)

Chondrome de la dure-mère. Opération et guérison complète. — MM. Georges GUILLAIN, PETIT-DUTAILLIS, Ivan BERTRAND et P. SCHMIT présentent un jeune homme de vingt-quatre ans qui fut opéré, il y a quelques mois, d'une volumineuse tumeur de la dure-mère, de nature chondromateuse, et qui est complètement guéri. La symptomatologie de cette tumeur fut très fruste : légère céphalée, crises jacksoniennes gauches à début crural. Pas de signe pyramidal ni cérébelleux, aucun trouble de la sensibilité, tous les réflexes étaient normaux, aucun trouble psychique, examen radiologique négatif. Le malade fut opéré par M. Petit-Dutaillis qui extirpa une tumeur de la dure-mère du volume d'une petite mandarine siégeant au niveau de la région pariéto-occipitale de l'hémisphère droit.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un chondrome.

La désinfection des plaies par les oléates. — M. Maurice RENAUD. Comme conséqueuce des travaux théoriques sur les propriétés qu'ont les solutions de différents savons de se lier aux substances toxiques d'origine microbienne, l'auteur a traité avec des résultats surprenants les inflammations locales les plus diverses : plaies infectées, chancres mous, ulcérations tuberculeuses, poches suppurées d'abcès chauds et froids, dermatoses suintantes, rectites, etc...

Cette thérapeutique lui a donné des résultats tout particulièrement heureux et inattendus dans le traitement des cancers ulcérés, dont il a même obtenu dans certains cas la cicatrisation.

Un cas d'échec de la méthode de Whipple dans le traitement d'une anémie pernicieuse d'origine parasitaire (helminthiase). — M. LONGCHAMPS.

Trois cas de tétanos traités par injections intra-rachidiennes de sérum sous chloroformisation (méthode de Dufour). — MM. PAGNIEZ, A. PLICHET et E. BOMPART ont eu l'occasion d'observer en trois mois trois cas de tétanos chez

l'homme. Ils les ont traités par sérothérapie intramusculaire, intraveineuse et intrarachidienne en faisant ces dernières injections pendant une chloroformisation un peu prolongée suivant la technique proposée en 1924 par M. Dufour,

Des trois cas traités, l'un est mort au deuxième jour de son tétanos. Ce tétanos foudroyant était apparu dès le quatrième jour après l'écrasement du pied. Les deux autres cas ont guéri.

Les auteurs estiment que les injections intra-rachidiennes sous chloroformisation ont joué chaque fois un rôle très important dans la guérison.

Mal de Pott traumatique. — MM. Jacques Decourt et L. Bally. Une femme de soixante-treize ans fait une chute brutale sur les ischions, et ressent une douleur vertébrale vive qui l'oblige à rester alitée douze jours. Après cinq mois d'intervalle libre, les douleurs reprennent et apparaît un abcès froid au contact de la vertèbre traumatisée. L'altération des signes intervertébraux et la constatation clinique et radiologique de l'abcès froid fait conclure à un mal de Pott.

Cancer du corps du pancréas avec métastases vertébrales, cutanées et hypophysaires. — MM. Ed. Benhamou, J. Montpellier et Et. Curtillet rapportent l'observation d'un homme de quarante-deux ans qui présenta d'abord une sciatique rebelle, puis des tumeurs cutanées avec pigmentations anormales, enfin un diabète insipide, et chez lequel l'autopsie montra la présence d'un cancer du corps du pancréas avec métastases multiples, siégeant plus particulièrement au niveau des vertèbres lombosacrées, de la peau et de l'hypophyse.

Jusqu'à la fin, le cancer du corps du pancréas ne se manifesta que par ces métastases successives, et resta lui-même latent, bien que la masse néoplasique englobât toute la région cœliaque avec ses vaisseaux et son plexus nerveux.

De l'immuno-transfusion dans les fièvres typhoïdes. — MM. Fernand Trémolières et Arnault Tzanck rapportent 12 observations de fièvre typhoïde au cours desquelles ils ont eu l'occasion de pratiquer l'immuno-transfusion.

Les auteurs montrent qu'en dehors de l'hémorragie intestinale, la transfusion sanguine et mieux l'immuno-transfusion peut avoir des indications de haute valeur au cours de la fièvre typhoïde notamment pour le traitement des formes prolongées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 22 octobre 1930)

Résections du genou pour tuberculose. — M. Fredet estime que les fils métalliques sont bien supportés après résection du genou et le montre par ses résultats éloignés. Il expose ensuite, avec projections, sa technique de résection extracapsulaire du genou, insistant surtout sur la section parallèle des surfaces osseuses et la résection du plan fibreux préarticulaire.

Rupture de la rate. — M. Cadenat rapporte une observation de rupture de la rate opérée pour appendicite aiguë et découverte opératoirement. La latence des plaies de la rate est quelque chose de remarquable. L'absence de contracture existe le plus souvent et contraste avec la contracture des lésions extrapéritonéales.

Synthèse dans la résection du genou. — M. Robineau estime que dans la résection du genou on peut demander à la

synthèse la coaptation complète et définitive, grâce à des vis croisées et expose sa technique avec l'appui de projections.

Péritonites appendiculaires. — M. OMBRÉDANNE rapporte un travail de M. Richard sur les péritonites appendiculaires. M. Ombrédanne rappelle ses directives personnelles pour l'enfant; pour les péritonites généralisées du deuxième et troisième jour il ferme le péritoine et ferme lâchement ou pas du tout la peau car il faut éviter la cellulite. M. Ombrédanne exige l'ablation de l'appendice auparavant. A partir du quatrième jour M. Ombrédanne admet qu'on puisse mettre un large Mikulicz drainant largement le péritoine.

M. Ombrédanne compare ses conclusions avec celles de M. Richard qui pense éviter par fermeture l'éventration post-opératoire, et lui trouve d'autres avantages sur lesquels M. Ombrédanne est d'accord.

Kyste du pancréas. — M. BASSET rapporte ce travail de M. Bachy qui vit la malade en état inquiétant. La tumeur fut ponctionnée et marsupialisée après résection partielle. Fistule temporaire qui se ferme après quelques injections d'alcool iodé.

Rupture de la troisième portion du duodénum. — M. MATHIEU fait un rapport sur cette observation de MM. Larget et Lamare, qui virent un homme de quarante ans, trois heures après l'accident, avec bon état général et une contracture localisé au niveau du traumatisme. A l'intervention on découvrit une rupture de la troisième portion du duodénum. Suture. Duodéno-jéjunostomie au bouton. Guérison. M. Mathieu rappelle que la rupture extrapéritonéale détermine un hématome sous-péritonéal et lorsqu'on constate l'absence d'épanchement intrapéritonéal et un épanchement rétro-péritonéal il faut penser à la rupture extrapéritonéale du duodénum.

M. MONDOR rappelle le travail de Duboucher et le travail de Lichowsky sur la question : on doit explorer la face postérieure du duodénum rien que sur l'existence d'un emphysème rétro-péritonéal.

Calculs vésicaux. — M. Pierre BAZY montre que l'absence d'ombre à la radiographie n'implique pas catégoriquement l'absence de calcul vésical.

M. CHEVASSU estime que l'absence de visibilité du calcul à la radiographie est due tantôt à la transparence des calculs, tantôt à la mauvaise position de la radiographie.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.) — M. le professeur Cyrille Jeannin a repris ses leçons à la Clinique obstétricale de la Pitié le jeudi 6 novembre, à 11 h., et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital Broca.) — M. J.-L. Faure, professeur, a commencé son enseignement clinique le vendredi 7 novembre 1930, à 10 h. du matin.

Les séances opératoires auront lieu les mardis et samedis, à 10 h.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Clinique Parrot. Hospice des Enfants-Assistés.) — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 12 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec.) — M. le professeur Léon Bernard commencera ses leçons à la salle des conférences de la Clinique le mercredi 12 novembre 1930, à 11 h., et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — M. le professeur Tanon commencera son cours le jeudi 13 novembre 1930, à 16 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

Sujet du cours : Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Joannon, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

— CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. (Hôpital Lariboisière.) — M. le professeur Pierre Sebileau commencera ses leçons le jeudi 13 novembre 1930, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 h., et continuera son enseignement tous les jours.

— COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital Cochin.) — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de Clinique chirurgicale le jeudi 13 novembre 1930, à 10 h. du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le professeur Charles Lenormant fera la leçon inaugurale de son cours le jeudi 13 novembre 1930, à 16 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Objet du cours : Pathologie chirurgicale de l'appareil locomoteur. — Chirurgie des membres.

— COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le professeur G. Roussy commencera son cours le vendredi 14 novembre, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Les processus généraux, l'inflammation et les tumeurs étudiés dans les différents tissus et organes. (Programme d'examens de la 3e année.)

— CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur P. Ménétrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 19 novembre 1930, à 18 h., à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 18 h., pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours : La médecine grecque après Galien à Rome et à Byzance. Le moyen âge occidental. Les Arabes. La Renaissance.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 12 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Loeper et Portes. — M. SAUZ. Syphilis et grossesse. — M. LUGNIER. Etude du volvulus de l'anse ombilicale. — M. LABUSSIÈRE. Un médecin journaliste (Louis Véron 1798-1867).

Jeudi 13 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Gougerot, Nobécourt et Laignel-Lavastine. — M. COCHARD. La bactériophagothérapie. — M. POMMERET. Etude de l'identité morbide chez les jumeaux.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président; Dechambre et Lesbouyries. — M. VORGAS. La race asine de l'Ile de Chypre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





LE MARDI 2 DÉCEMBRE 1930

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des *instruments en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, necessaires au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1931, savoir :

1er lot. *Instrumts en gomme et caoutchouc.* 75.000 f.
2e — — . 75.000
3e — *Gants et doigtiers en caoutchouc.* 500.000
4e — *Articles de caoutchouc*......... 180.000
5e — *Tétines et obturateurs*.......... 91.000
6e — *Thermomètres médicaux*.. unités 30.000
7e — *Seringues en verre*............ 277.200 f.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 18 novembre 1930, avant 16 heures.

N° 91. — MERCREDI 12 NOVEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 12 NOVEMBRE 1930. — N° 91.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste. — *Epreuve orale théorique.* — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Traitement des infections péri-apicales chroniques. »

MM. Béal, 15 ; Sassier, 14 ; Cabrol, 18 ; Chatellier, 19

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 6 novembre. — Questions données : « Etiologie et symptômes de l'insuffisance aortique. — Symptômes et complications des calculs du cholédoque. »

MM. Olivier (Claude), 17 ; Moline, 27 ; Janvier, 18 ; Lehmann, 26 ; Belêtre, 25 ; Gautier, 17 ; Crozat, 14 ; Kreis, 19 ; Camard, 9 ; Mlle Delon, 27.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de quatre internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de quatre internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement. — Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 18 décembre 1930, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

L'épreuve écrite comprendra trois questions : 1° sur l'anatomie ; 2° sur la pathologie médicale ; 3° sur la pathologie chirurgicale. — L'épreuve orale comprendra également trois questions : 1° sur la pathologie médicale ; 2° sur l'accouchement ; 3° sur un cas quelconque d'urgence. Le maximum des points est de 60 pour l'épreuve écrite et de 30 pour l'épreuve orale.

Les candidats devront être de nationalité française et ne pas être âgés de plus de trente ans. Cette limite d'âge est augmentée d'une durée égale à la mobilisation.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital et y déposer, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours, les pièces suivantes :

1° Acte de naissance ; 2° certificat de bonne vie et mœurs 3° certificat d'une faculté de médecine de l'Etat attestant qu'ils sont régulièrement pourvus de douze inscriptions validées ou un certificat de l'Assistance publique attestant qu'ils sont ou ont été externes des hôpitaux près une faculté ou une école pendant un an ; 4° certificat délivré par leur chef actuel de service ou s'ils ne sont attachés à aucun service hospitalier, par leur dernier chef de service, et contresigné par le directeur de l'établissement dans lequel ils ont fait leur service et attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec zèle, exactitude et subordination.

L'hôpital comporte deux services de chirurgie générale ; deux services de médecine générale ; un service de maternité. — Plus de 4.000 malades y sont traités.

La durée des fonctions d'interne titulaire est de deux ans. Les internes provisoires sont nommés pour un an, mais ils peuvent se représenter à un nouveau concours s'ils n'ont pas atteint la limite d'âge.

Sous le rapport du stage hospitalier, les internes de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye sont assimilés par la faculté aux internes des hôpitaux de Paris et jouissent des mêmes avantages.

Les internes provisoires jouissent des mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

Le traitement alloué aux internes est de 4.000 fr. par an. Ils sont nourris, logés, chauffés et éclairés.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — M. Sourdin est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie et d'histologie.

(Voir la suite des « Informations », p. 1611.)

CHRONIQUE

CINQUANTENAIRE DE LA DÉCOUVERTE DU PARASITE DU PALUDISME

(*6 novembre 1880-6 novembre 1930*)

Le 6 novembre 1880, à l'hôpital de Constantine, Laveran, en recherchant la genèse du pigment mélanique dans le sang des paludéens, découvrait dans le sang d'un soldat du train des équipages, en plein accès, l'hématozoaire du paludisme. Il devait dans les années suivantes établir que le moustique sert d'hôte temporaire au parasite palustre.

L'avenir a démontré l'importance primordiale de la découverte dont le cinquantenaire a été célébré jeudi dernier au Val-de-Grâce sur l'initiative de l'Association des élèves et des anciens élèves de la célèbre Ecole et de son président M. le médecin général inspecteur Sieur.

***

La cérémonie comprenait deux parties. La municipalité de Paris nous avait convié d'abord à assister à la pose des plaques de la « Place Alphonse Laveran » en face de l'hôpital du Val-de-Grâce. A cette occasion, deux discours furent prononcés, l'un par le médecin général inspecteur Sieur qui remercia la ville au nom du Val-de-Grâce, l'autre par M. Robert Bos, conseiller municipal du Ve arrondissement.

Une nombreuse assistance se pressait, malgré la pluie, sur la place. Au premier rang se trouvaient Mme Laveran, M. Raymond Laurent, vice-président du Conseil municipal représentant M. de Castellane, actuellement à Londres; les représentants du Préfet de la Seine et du Préfet de police; MM. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, le médecin général inspecteur H. Vincent, Pierre Bazy, Roux, Calmette, Mesnil, de l'Académie des sciences; Louis Martin, Marchoux, Pettit, Salimbeni, de l'Institut Pasteur; MM. les professeurs Ménétrier, président de l'Académie de médecine; Hanriot, Chauffard, de Lapersonne, F. Bezançon, Quénu, Jeanselme, Roussy, Brumpt; MM. Béclère, Morax, Delezenne, Vallée, Siredey, de l'Académie de médecine; le professeur Nattan-Larrier, du Collège de France; le docteur Rist; MM. les médecins généraux inspecteurs Vaillard, Lemoine, Toubert, Rouget, Dopter, Emily, Rigollet; le médecin général de 1re classe Defressine, inspecteur général du Service de santé de la marine; les médecins généraux Rouvillois, Sacquépée, Lévy, Savornin, Troussaint, Arnaud, Visbecq, Thiroux; le pharmacien général Breteau; le médecin général de 2e classe Oudart, directeur du service central au ministère de la Marine.

Enfin, tous les professeurs et les élèves du Val-de-Grâce.

***

La deuxième cérémonie eut lieu aussitôt après au Val-de-Grâce dans la salle d'honneur.

Ce fut une cérémonie intime très simple et très digne de la grande mémoire que l'on voulait honorer.

Entre les fanions décorés de la grande guerre, une longue vitrine renferme les livres, les photographies et les gravures, les manuscrits qui constituent la collection Laveran offerte au Val par Mme Laveran. Sur le côté, le beau médaillon de Laveran par le sculpteur Prud'homme, son microscope et ses préparations.

Au centre, en face de Mme Laveran et des représentants de la Ville de Paris, prennent place M. Emile Roux, ayant à sa droite M. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; M. Ménétrier, président de l'Académie de médecine, et M. Mesnil, de l'Institut Pasteur. A sa gauche, MM. Calmette, Dopter et Troussaint.

M. Sieur prend une seconde fois la parole. Il parle de la célébration du Centenaire de l'Algérie dans laquelle on a un peu trop oublié l'œuvre médicale. C'est un reproche que l'on ne peut adresser à la *Gazette* qui a été un des rares journaux de médecine, pour ne pas dire le seul, à consacrer un numéro à l'œuvre des médecins militaires et civils pendant ces cent ans d'occupation française.

M. Sieur expose la grandeur de la tâche accomplie par les médecins, et il dit combien fut éclatant le rôle de Laveran.

M. Calmette, au nom des Pastoriens, fait un magnifique éloge du vieux Val-de-Grâce, qui ne sut cependant pas retenir le grand Laveran. Il montre d'une façon saisissante la grandeur de la découverte de Laveran, son retentissement mondial et il raconte les vingt-cinq années de labeur du grand savant à l'Institut Pasteur où il partagea d'abord avec Mesnil une toute petite chambre avant de pouvoir, grâce au prix Nobel, aménager un laboratoire digne de ce nom. Puis, il insiste sur l'œuvre réalisatrice dont Laveran a pu répandre les bienfaits sur le vieux et le nouveau continent, partout où son programme antipaludéen a été appliqué.

En terminant, il s'écrie : « Heureux Val-de-Grâce qui a permis l'éclosion d'une œuvre pareille! »

M. Mesnil, l'ancien camarade d'études et de travail de Laveran et son associé dans tant de découvertes, lui apporte l'hommage de l'Académie des sciences.

Le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, rappelle que le Congrès international du paludisme a déjà à Constantine célébré par anticipation le cinquantenaire de la découverte du 6 novembre 1880.

Il adresse le respectueux hommage de l'armée à Mme Laveran qui fut si souvent l'inspiratrice des travaux de son mari.

Puis il retrace la vie du médecin militaire que des règlements périmés privèrent de son enseignement alors qu'il était cependant l'une des gloires du Val-de-Grâce. Il insiste sur les services que Laveran continua à rendre à l'armée jusque pendant la grande guerre.

En achevant, M. Dopter déclare que si l'armée n'a pas fait pour Laveran tout ce qu'elle aurait dû, il est cependant assuré de la gratitude sans bornes du Service de santé.

M. Marchoux au nom de la Société de pathologie exotique et M. le médecin inspecteur Troussaint au nom des anciens élèves de Laveran terminent la série des discours. M. Troussaint assista le 6 novembre 1880 à la découverte de l'hématozoaire du paludisme. Il fait un récit très vivant de ce grand événement.

Enfin M. Rouvillois adresse l'expression de la respectueuse gratitude du Val-de-Grâce à Mme Laveran qui a bien voulu se séparer des précieuses reliques constituant le Musée Laveran.

F. L. S.

XXXIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 6-11 octobre 1930 (1).

Les pancréatites chroniques.

Résumé du rapport de MM. P. BROCQ (de Paris) et MIGINIAC (de Toulouse).

La pancréatique chronique est une altération scléreuse, péricanaliculaire, périlobulaire ou périveineuse.

Il est regrettable qu'à cette définition anatomique, nous ne puissions ajouter une définition pathogénique. Cela tient à la multiplicité des causes de cette transformation scléreuse

Pour établir le diagnostic, nous disposons :

I. Des constatations cliniques,
II. — bio-chimiques,
III. — opératoires,
IV. — histologiques.

En dépit de leur nombre, aucune, dans l'état actuel de la question, n'est absolument décisive, pas même celles que pourrait nous donner un examen histologique portant sur une biopsie pratiquée au cours d'une laparotomie.

La biopsie est trop fréquemment faite, et cela sans aucune faute de la part du chirurgien, sur des régions saines de la glande.

D'autre part, la nature particulièrement vasculaire du pancréas s'oppose à des biopsies répétées qui ne seraient pas sans danger. Il y a eu des biopsies mortelles.

Documents. — Ce très consciencieux travail porte sur 208 observations. En dépouillant ces observations, les rapporteurs se sont efforcés d'éliminer les documents manquant de précision. Ainsi, n'ont-ils retenu que 177 cas; encore convient-il de reconnaître que tous, sans exception, ne correspondent peut-être pas à la définition donnée ci-dessus de la pancréatite chronique.

Le diagnostic de la pancréatite est, en effet, un diagnostic de « longue haleine » et il manque à certaines de ces observations l'épreuve du temps.

Etiologie. — La fréquence est bien difficile à établir. D'aucuns considèrent l'affection comme très commune, d'autres la croient exceptionnelle. Entre ces extrêmes, il y a place pour maintes opinions.

Sur la statistique des rapporteurs, l'âge n'est retenu que 190 fois.

On note :

1 cas avant un an
3 cas de 10 à 20 ans
20 cas de 20 à 30 ans
44 cas de 30 à 40 ans
52 cas de 40 à 50 ans
48 cas de 50 à 60 ans
17 cas de 60 à 70 ans
6 cas de 70 à 80 ans

Le sexe féminin semble plus exposé que le sexe masculin : 58 p. 100 contre 42 p. 100.

L'ictère existe dans 80 p. 100 des cas.

Les causes, il faut le reconnaître, sont pleines d'obscurité.

On a rencontré la pancréatite chronique au cours de toutes les infections aiguës ou chroniques : typhoïde, variole, scarlatine, choléra, dysenterie, angine, diphtérie, pneumonie, grippe et surtout au cours des oreillons.

Elle serait fréquente pendant l'évolution de la tuberculose, mais fréquente davantage pendant la syphilis.

Les intoxications par le plomb, le phosphore, l'arsenic, le mercure et surtout par l'alcool feraient le lit à la pancréatite chronique.

Dans tous les cas, elle est fréquemment consécutive à des lésions des organes voisins.

Il faut considérer :

I. Les lésions de l'arbre biliaire,

II. Celles du tractus gastro-intestinal.

Les pancréatites biliaires répondent à la forme le plus souvent rencontrée. Il ne s'agit pas d'une inflammation du pancréas à laquelle s'ajoutent des symptômes biliaires.

La pancréatite biliaire est celle qui reconnaît pour cause une affection des voies biliaires la précédant et l'engendrant par un mécanisme qui n'est pas encore du reste élucidé.

D'autre part, la coïncidence d'une pancréatite chronique et d'un ulcus gastrique est assez fréquente.

Le plus souvent, un ulcus calleux, térébrant a pour fond le tissu pancréatique. Les lésions glandulaires sont au total des réactions fibreuses au contact de l'ulcus; elles ne s'étendent pas à distance. Leur traitement se confond avec celui de l'ulcus responsable.

D'autres fois, il existe des lésions pancréatiques massives allant de la tête au corps de la glande et coïncidant avec un ulcère gastrique ou duodénal.

Une gastro-duodénite, une périgastrite, une périduodénite, la stase duodénale, la stase intestinale chronique, l'appendicite, les diverticules du duodénum pourraient être à l'origine des inflammations chroniques du pancréas.

Enfin, il existe incontestablement des pancréatites en apparence primitives.

Ce sont des indurations ou même de véritables tumeurs isolées et en apparence indépendantes de lésions inflammatoires des organes du voisinage.

Le pancréas est généralement gros, bosselé; il y a de l'ictère sans lithiase de la voie biliaire principale.

On pense souvent à un cancer, mais l'évolution favorable après drainage opératoire permet le diagnostic exact tardif.

Ceci dit, les pancréatites « primitives » sont-elles une simple apparence ou une réalité ?

On ne peut nier leur existence. Et les rapporteurs sont d'avis qu'il convient de rechercher leur cause dans le cadre élargi de la pathologie générale, comme on l'a fait pour le foie et le rein.

Manifestations cliniques. — Elles sont bien connues pour les formes s'accompagnant d'ictère; elles le sont moins pour les autres variétés.

De plus, il existe des pancréatites chroniques facilement reconnaissables et d'autres « effacées, trompeuses, atténuées ».

A. **Pancréatites franches.** — SIGNES GÉNÉRAUX. — La dyspepsie pancréatique se traduit par de nombreuses manifestations : fétidité de l'haleine, perte de l'appétit, dégoût de la viande et des graisses, flatulence, ballonnement après les repas, nausées, régurgitations, sialhorrée, malaise constant au niveau du creux épigastrique, diarrhée chronique, selles fétides de volume considérable et d'aspect blanc-grisâtre.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — L'amaigrissement peut être considérable et fait penser à tort au cancer. Les malades présentent une grande faiblesse et un grand besoin de dormir.

TROUBLES DE LA SÉCRÉTION INTERNE. — Ils se traduisent par la présence du sucre dans l'urine. Cette glycosurie est légère ou importante, transitoire ou permanente, et constitue un caractère de gravité.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 81, p. 1422; n° 84, p. 1473, et n° 89, p. 1565.

Les douleurs. — Siègent au creux épigastrique, à l'ombilic. Les irradiations se font parfois à l'épaule gauche, rarement à la droite; elles se font encore vers l'angle costo-lombaire surtout à gauche, parfois des deux côtés. Elles affectent souvent l'aspect clinique des coliques hépatiques. Leur intensité est excessivement variable.

La palpation les réveille en certaines zones : point de Déjardins, zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard, point d'Orlowski.

Head a signalé une plaque d'hyperesthésie cutanée au niveau de la région dorso-lombaire gauche et délimitée par les trois dernières côtes.

Les hémorragies. — Sont quelquefois signalées. Ce sont des épistaxis, des hématémèses, du melæna, des hématuries, du purpura.

La tumeur. — A l'état normal, la palpation du pancréas est impossible. En vidant l'estomac et le gros intestin, on peut, mais seulement chez les sujets maigres, sentir le relief de la glande. Encore faut-il le plus souvent endormir le malade, et les sensations recueillies ne sont que diffuses, imprécises. Cependant, Vautrin affirme avoir perçu une induration; Grégoire, Okinczyc et Martina auraient senti une véritable tumeur.

Delbet, à propos des formes atténuées, dit qu'on peut percevoir des battements aortiques anormalement étendus dans le sens transversal.

B. **Signes d'emprunt des pancréatites franches. Troubles de compression.** — Ce sont eux qui d'ordinaire amènent le malade au chirurgien. Ils consistent dans des troubles ou dans la suppression de l'évacuation de la bile, ou dans des modifications du transit gastro-duodénal, ou bien encore dans des phénomènes d'irritation du plexus solaire.

Ils créent une physionomie particulière au syndrome et permettent de distinguer :

Les pancréatites avec ictère;

Les pancréatites avec gêne du transit gastro-duodénal;

Les pancréatites douloureuses.

Les premières sont les mieux connues. Tantôt elles affectent une évolution fébrile du type inflammatoire; tantôt, une évolution froide du type néoplasique.

Dans les formes fébriles on croit à une lithiase avec poussées d'angiocholite. Il y a de la douleur, des vomissements, de la contracture du grand droit.

Dans les formes néoplasiques tout semble conduire au diagnostic de cancer. Les malades sont généralement d'un âge plus avancé. L'ictère s'installe lentement, progressivement, sans fièvre, et ne présente que des variations minimes difficiles à saisir. La vésicule est habituellement distendue.

Le diagnostic de néoplasme paraît d'autant plus évident qu'il y a souvent compression de la veine porte et un certain degré d'ascite.

Les pancréatites accompagnées de modifications du transit gastro-duodénal sont peu fréquentes. On ne trouve que de très rares observations relatant un véritable syndrome de sténose pylorique.

La compression du duodénum serait due à des phénomènes de stase ou de sténose correspondant à certains pancréas de forme annulaire.

Les pancréatites douloureuses sont plus fréquentes. On les a confondues souvent avec des crises gastriques tabétiques. Elles s'expliquent par la compression du plexus solaire, l'inflammation du péritoine, la congestion passagère de la période digestive.

C. **Les pancréatites atténuées.** — Delbet, Okinczyc, Kalsch les croient fréquentes.

Elles s'accompagnent de douleurs diffuses, soit à droite, soit plus souvent à gauche de la ligne médiane. Ces douleurs irradient vers la rate et le rein gauche et font penser à une pyélonéphrite, à une colique néphrétique, à un lumbago. Elles ne sont pas sous la dépendance de l'ingestion des aliments. Elles ne sont pas calmées par la diète.

D. **Les pancréatites méconnues.** — Ce sont sans doute les plus fréquentes étant données les difficultés du diagnostic, même le malade laparotomisé et exploré.

Actuellement, au cours de toute opération pratiquée dans la sphère sus-ombilicale, sur les voies biliaires, l'estomac et le duodénum, on doit systématiquement examiner le pancréas.

E. **Faits de passage entre les pancréatites chroniques et les pancréatites aiguës.** — Ces deux variétés extrêmes sont reliées par toute une série de formes intermédiaires; et ces formes de transition existent cliniquement et anatomiquement.

Après certaines pancréatites ayant évolué par poussées on a rencontré sur des pièces d'autopsie et sur des pièces opératoires une association de lésions aiguës (stéatonécrose, foyers hémorragiques en voie de résorption) et de lésions chroniques (indurations).

Desplas a rapporté le cas d'une malade qu'il avait opérée pour une pancréatite chronique et qui mourut trois ans plus tard d'une pancréatite aiguë avec stéatonécrose.

De tels faits amènent naturellement les auteurs à envisager la question des récidives. L'opérateur doit y penser au moment où il pratique le drainage des voies biliaires; il ne faut jamais en principe supprimer la vésicule, car la cholécystectomie rendrait ultérieurement impossible toute exploration et tout drainage des voies biliaires.

Renseignements fournis par les examens de laboratoire. — Les résultats de ces examens sont encore incomplets et parfois incertains.

Tels qu'ils sont cependant, ils facilitent le diagnostic quant à sa localisation pancréatique. Ils ne permettent pas de diagnostic étiologique.

Les uns traduisent l'insuffisance pancréatique externe, les autres l'insuffisance pancréatique interne.

Parmi les premiers il convient de citer :

L'examen des selles dont l'interprétation est délicate en raison des suppléances physiologiques venues des glandes salivaires, des glandes intestinales, du foie et de l'estomac.

Les examens des fèces portent d'abord sur le taux des graisses ingérées et non dédoublées, et sur la présence de fibres musculaires non attaquées ou faiblement attaquées.

Ces examens recherchent aussi les ferments pancréatiques dont un seul, l'amylase, dans l'état actuel de nos connaissances, peut être dosé.

L'examen des urines. — La ligature des canaux pancréatiques réalisée chez l'animal fait apparaître l'amylase dans les urines et dans le sang. Il est donc logique de la rechercher dans ces deux liquides en cas de pancréatite.

L'examen du sang ne portera ni sur la trypsine, ni sur la lipase, ces ferments s'y trouvant en dehors de tout état pathologique. Mais il sera toujours utile de déterminer le pouvoir amylolytique du sang.

L'examen du suc duodénal suppose l'usage de la sonde d'Einhorn. Le liquide ainsi recueilli permet la recherche des trois diastases pancréatiques.

Chiray et ses collaborateurs pensent que la « lipase » est de ces diastases le « ferment le plus représentatif » de l'activité pancréatique, et que c'est lui qu'il faut surtout doser. Ces mêmes auteurs ont montré tout l'intérêt qu'il y a à étudier la sécrétion provoquée du pancréas. Ils donnent la préférence, parmi les excitants de la sécrétion, au lait. Et Mme Jeandel-Mercier a publié dans sa thèse récente les résultats plus précis obtenus par tubage duodénal après excitation de la sécrétion par injection intraveineuse de sécrétine.

L'étude de l'insuffisance pancréatique interne suppose les examens suivants :

1° Recherche et dosage du glycose urinaire;

2° Dosage de la glycémie et épreuve de l'hyperglycémie provoquée;

3° Détermination de la tolérance du diabétique [aux hydrates de carbone;

4° Recherche et dosage de l'acidose urinaire et sanguine;

5° Recherche et mesure de la dénutrition azotée.

Constatations anatomo-pathologiques. — *A.* **Examens macroscopiques.** — Il faut distinguer :

La pancréatite localisée à la tête de l'organe. — C'est le type inflammatoire, très fréquent, s'accompagnant de l'augmentation de volume de la tête pancréatique, d'un aspect congestif du péritoine de voisinage et d'une réaction lymphatique plus ou moins marquée.

La pancréatite indurée avec localisation identique, mais rappelant l'aspect néoplasique. La tête atteint le volume du poing, elle peut être dure, très dure.

La pancréatite du corps.

La pancréatite de la queue.

La pancréatite à noyau unique, situé d'ordinaire au voisinage du cholédoque près de son abouchement dans le duodénum, et susceptible d'être pris pour un calcul ou un cancer.

La pancréatite à noyaux multiples. — Toute la glande peut être bourrée de noyaux arrondis de volume variable.

La pancréatite totale.

Les pancréatites chroniques à manifestations discrètes.

Les pancréatites atrophiques.

La lipomatose pancréatique et les formes de transition.

L'examen macroscopique porte encore :

Sur la vésicule qui est calculeuse dans 19 p. 100 des cas ou qui présente des lésions chroniques, sans calcul, dans 35 p. 100 des cas, ou qui, enfin, est manifestement saine une fois sur deux.

Sur la voie biliaire principale. — Les calculs y sont rares 2 fois sur 100 malades. Cette voie principale est souvent dilatée au-dessus du pancréas. Après cholédocotomie le cathétérisme est parfois impossible, et, chose curieuse, dans les formes s'accompagnant d'ictère il est généralement très aisé.

Sur l'ampoule, la papille de Vater et le sphincter d'Oddi; ces organes sont vierges d'ordinaire de toute lésion évidente.

Enfin, la *bile* mérite aussi d'être examinée. Elle est souvent normale; elle peut être foncée ou blanche. Il est regrettable que son examen bactériologique n'ait été que rarement pratiqué.

B. **Examen histologique.** — Il met en relief les caractères de l'hyperplasie conjonctive au sein de la glande. On distingue : la sclérose périlobulaire dont le point de départ serait canaliculaire (Apie), la sclérose intralobulaire d'origine périvasculaire, la sclérose acineuse ou insulaire et la sclérose totale.

D'habitude, les îlots de Langerhans paraissent indemnes, d'où sans doute la rareté de la glycosurie.

Diagnostic. — Il faut avouer qu'en dépit de tant de renseignements fournis par la clinique, le laboratoire et l'opération, le diagnostic n'est jamais certain. On peut soupçonner l'existence d'une pancréatite, on ne peut jamais l'affirmer.

La pancréatite ne peut être reconnue que par la confrontation des constatations opératoires et des résultats lointains de l'intervention.

Trois hypothèses sont à discuter : calcul, cancer, pancréatite? C'est la première qu'il convient de considérer d'abord. Si elle se confirme, le traitement est tout indiqué : c'est l'ablation du calcul.

Or, même le ventre ouvert, l'hésitation n'est pas rare entre un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater ou le cholédoque et une tumeur solide qui peut être un épithélioma ou une simple pancréatite.

En cas de doute, le décollement du duodénum s'impose; seul il permet d'ajouter à la palpation antérieure de la glande sa palpation postérieure. Le cholédoque doit être cathétérisé. Si le doute persiste et il persistera souvent, le chirurgien est autorisé à piquer le noyau suspect ou à l'inciser.

Supposons éliminée la possibilité d'un calcul; reste à résoudre le problème : pancréatite ou cancer.

L'âge du sujet doit entrer en ligne de compte, mais cette considération ne résout pas le problème, et Quénu a conseillé d'avoir recours à la biopsie.

Bon nombre de chirurgiens la considèrent comme dangereuse : menace d'hémorragie, choc toxique par autodigestion de la glande; voire même illusoire. Un examen histologique concluant au cancer a certes de la valeur, mais s'il reste négatif il peut avoir porté sur du tissu sain ou sur des zones de fibrose intense qui ne sont que des scléroses de défense à la périphérie des parties dégénérées.

Toutes ces incertitudes obligent à remettre à plus tard l'établissement d'un diagnostic certain.

La vérité n'apparaît qu'après une durée plus ou moins longue, c'est l'épreuve du temps.

L'examen radiographique, après injection de lipiodol, rendra quelques services.

Mais les rapporteurs sont d'avis qu'on ne peut vraiment affirmer l'existence d'une pancréatite qu'au bout d'un an. C'est l'état général du malade après ce laps de temps qui juge la question. Est-il demeuré satisfaisant ou tout au moins suffisant, toute idée de cancer doit être écartée.

Encore convient-il de ne pas oublier que l'évolution d'une pancréatite ayant amené la sclérose de la glande a souvent préparé le terrain au cancer.

Essai de pathogénie. — Le mot même de pancréatite évoque l'idée d'une infection. Mais la conception inflammatoire est-elle vraie toujours?

Nombreux sont les cas où l'affection évolue sans fièvre, sans œdème, sans lymphangite ni adénite.

A. **Pancréatite à allure inflammatoire.** — La glande est grosse, rouge, congestionnée; il y a des ganglions dans le voisinage, des poussées fébriles, et la bile, en cas d'ictère, contient des germes presque toujours du colibacille.

L'infection est souvent venue d'un ulcère ou d'un calcul cholédocien, par continuité.

D'autre fois, c'est la voie lymphatique qui a été suivie, et pour quelques auteurs, la majorité des pancréatites ne serait que des adénites.

La voie canaliculaire pourrait entrer en jeu, par phénomène de stase, de reflux ou d'infection ascendante.

Et les rapporteurs, font justement remarquer que, ce triple mécanisme peut agir en cas d'obstacle vatérien. Il est curieux de noter qu'on a signalé en cas d'infection ascendante le rôle vecteur des parasites intestinaux, en particulier des lombrics.

L'infection par voie sanguine est fréquente; on l'a réalisée expérimentalement. Cependant elle paraît rare dans les formes chroniques.

B. **Pancréatite à allure de tumeur.** — Il n'est pas prouvé que ces dernières aient une pathogénie différente des précédentes.

Des manifestations inflammatoires ont pu exister au début qui ont fait place peu à peu à une réaction fibreuse. Mais il semble hors de doute que certaines pancréatites ont une tout autre origine.

La pancréatite hémorragique n'évolue pas en général comme un processus infectieux. Elle est le résultat d'une

autodigestion de la glande initialement aseptique. Aux foyers hémorragiques fait suite l'organisation conjonctive.

Le traitement médical n'est guère de mise que pour préparer le malade à l'opération. Cependant le traitement antisyphilitique donne des succès quand il est indiqué. Dans tous les autres cas et en attendant que l'opération ait donné quelque résultat, l'opothérapie peut remédier à l'insuffisance pancréatique.

Traitement chirurgical. — Son indication formelle est tirée des troubles mécaniques, de la compression persistante des voies d'excrétion biliaire et pancréatique.

A. **Traitement des pancréatites avec ictère.** — On se propose un triple but :

1° Mettre fin à la rétention biliaire;
2° Combattre la lésion pancréatique;
3° Supprimer la cause de cette lésion.

Fort heureusement, il n'est pas en pratique, toujours nécessaire de réaliser ces trois indications; et le plus souvent il suffit de drainer la bile au dehors ou de la dériver dans l'intestin ou l'estomac.

Essayons d'apprécier les différentes méthodes opératoires.

1° Laparotomie exploratrice. — Si paradoxal que cela puisse paraitre, cette intervention a été souvent suivie d'amélioration notable et même de guérison.

Ce n'est cependant pas un traitement. Mais cela prouve que même quand le chirurgien n'a rien pu tenter, le ventre ouvert, un faible espoir subsiste quand même.

2° La cholécystectomie. — Pratiquée seule, elle a donné parfois des résultats remarquables.

Tout se passe alors comme si la cause du mal était dans la vésicule elle-même. C'est donc là une intervention défendable. Malgré tout, l'ablation de la vésicule est dangereuse, immédiatement et à distance. Chez les sujets très fatigués la cholécystectomie est pour le moins une opération sérieuse. Dans l'avenir, elle a le gros inconvénient de priver le malade, en cas de continuation ou de récidive de la pancréatite, de la ressource précieuse que constitue la voie biliaire accessoire pour établir une anastomose bilio-intestinale ou pour aborder la voie biliaire principale.

3° La dérivation externe de la bile. — Trois interventions la réalisent :

La cholécystostomie, le drainage de la voie biliaire principale et le drainage transvésiculaire de cette même voie.

Il semble bien établi que la cholécystostomie constitue la méthode de choix. Gosset, Bérard, Mallet-Guy, Lecène, Leveuf la déclarent « nécessaire et suffisante ». En fait, elle guérit la pancréatite avec ictère dans les deux tiers des cas.

4° La dérivation interne de la bile. — Elle s'obtient par les procédés que voici :

I. Cholécystogastrostomie et cholécystoduodénostomie;
II. Hépatico ou cholédocogastrostomie ou duodénostomie;
III. Anastomose de la voie biliaire et du tube digestif grâce à une prothèse par tube de caoutchouc;
IV. Drainage par tube perdu intracholédocien.

L'anastomose de la vésicule à l'estomac ou au duodénum est la meilleure de ces opérations. On ne peut les opposer l'une à l'autre.

Il semble cependant que la première soit d'exécution plus aisée et plus rapide.

L'anastomose de la voie principale avec le tube digestif (hépatico- ou cholédoco-gastrostomie ou duodénostomie) ne peut être qu'une intervention d'exception.

Un chirurgien opérant pour un ictère chronique par rétention est amené pour explorer les voies biliaires en totalité à faire une cholédocotomie. Il reconnaît la nature pancréatique de l'obstacle. Il utilise l'incision cholédocienne et l'abouche dans le duodénum.

D'autres fois, la vésicule est inutilisable ou même absente, et la méthode s'impose encore.

Ces deux techniques n'ont chance de réussir que sur des sujets très résistants.

B. **Traitement des pancréatites sans ictère, provoquant une gêne du transit gastro-duodénal.** — On peut observer, rarement il est vrai, un véritable syndrome de sténose pylorique ou duodénale par une tumeur pancréatique ne s'accompagnant pas de jaunisse. Dans l'impossibilité où l'on est de supprimer la tumeur compressive, il faut recourir à une gastro-entérostomie.

Parfois aussi, aux troubles d'ordre mécanique s'ajoutent des phénomènes fonctionnels. C'est le cas quand la pancréatite complique un ulcère digestif de voisinage. On doit alors pratiquer une gastro-entérostomie, simple, ou combinée à la résection de l'ulcère.

C. **Traitement des pancréatites douloureuses sans ictère. Traitement direct des pancréatites chroniques.** — Quand les phénomènes douloureux dominent la scène et qu'il n'y a pas d'ictère, on peut obtenir non seulement des améliorations, mais encore des guérisons temporaires ou définitives en pratiquant certaines interventions locales sur la glande pancréatique elle-même.

Ce sont :

La pancréatolyse, la pancréatostomie et la pancréatectomie partielle.

Ces deux dernières sont vraiment dangereuses; mais la pancréatolyse qui libère la glande tuméfiée, a donné à Lecène, Okinczyc, Moulonguet et quelques autres de beaux succès.

Discussion.

M. Jacobovici (de Cluj). Les altérations pancréatiques survenues au cours de l'évolution des ulcères gastriques et duodénaux ont une importance considérable au point de vue du pronostic, d'où la nécessité d'en dépister la cause de bonne heure.

Malheureusement la pancréatite n'a pas un tableau clinique bien défini.

Pour reconnaître cette association d'une lésion digestive et de la pancréatite on a tenté de mettre en évidence les troubles de la sécrétion externe et interne du pancréas.

L'hyperglycémie avec glycosurie, la recherche de la diastase dans le sang et l'urine sont incertaines et insuffisantes. L'épreuve de la lipase paraît plus sensible.

Les complications postopératoires sont plus fréquentes en cas d'ulcère duodénal qu'en cas d'ulcère gastrique.

En ce qui concerne la conduite opératoire, l'auteur arrive aux conclusions que voici :

1° S'il existe un ulcère duodénal, celui-ci sera laissé en place pour peu que les adhérences soient fortes; on pratiquera une résection partielle à la « Finsterer » suivie d'une anastomose selon le procédé de Reichel.

2° En cas d'ulcère gastrique compliqué de pancréatite, on n'aura recours aux résections larges que si la séparation d'avec le pancréas est facile; si cette dernière est mal aisée on préférera pratiquer une gastro-entérostomie.

En cas d'ulcère pylorique la résection de Finsterer doit être appliquée; si elle était impossible on ferait une simple gastro-entérostomie.

3° Les résultats tardifs obtenus par la résection de Finsterer ont toujours été satisfaisants.

M. Colin (de Copenhague) attire l'attention sur les réactions pancréatiques assez souvent constatées par lui au cours des inflammations pelviennes chez la femme, et évoluant parallèlement à celles-ci.

Peut-être y a-t-il là une cause prédisposante encore mal connue à la sclérose du pancréas.

M. PATEL (de Lyon) rapporte deux observations de pancréatite chronique s'accompagnant d'ictère où il a obtenu un excellent résultat par la cholécystogastrostomie.

Cette opération lui paraît d'exécution plus facile que la cholécysto-duodénostomie. Les reproches qu'on lui fait sont plus théoriques que réels.

Il cite un cas pouvant rentrer dans le cadre des formes de passage entre les pancréatites aiguës et les pancréatites chroniques. Il s'agissait d'une forme pseudo-kystique à évolution subaiguë qui guérit parfaitement après incision et marsupialisation.

MM. BÉRARD et MALLET-GUY (de Lyon) exposent d'intéressantes considérations sur la pathogénie et le traitement chirurgical des pancréatites chroniques.

Il semble bien que l'origine de cette affection doive être recherchée uniquement dans les altérations de la vésicule biliaire, des voies biliaires extrahépatiques et dans la présence de calculs.

Les auteurs signalent les formes s'accompagnant de sténose pylorique sans ictère qui guérissent par cholécystostomie alors qu'une gastro-entérostomie eût été inefficace.

Au total, la dérivation externe par abouchement large de la vésicule à la peau est la méthode de choix. C'est le « traitement nécessaire et suffisant » pour obtenir la guérison.

M. PAPIN (de Bordeaux) envisage quelques points particuliers de la pathogénie et du traitement des pancréatites chroniques.

Certaines lésions de la tête du pancréas ne s'accompagnant d'aucune altération des voies biliaires semblent pouvoir être rapportées à un ulcus duodénal difficile à voir, de la deuxième portion, par exemple.

L'auteur a constaté trois fois des pancréatites localisées au contact d'ulcères incontestables du duodénum.

Chirurgicalement, lorsque la pancréatite de la tête impose une dérivation biliaire, et que l'on hésite entre la dérivation externe et l'anastomose cholécysto-digestive, l'âge du sujet prend une importance considérable.

Il convient de faire une cholécystomie chez les malades jeunes, car on peut chez eux observer une régression des lésions.

La cholécyto-digestive est plutôt indiquée chez les gens âgés.

Dans un cas nécessitant la dérivation biliaire et où la vésicule était inutilisable, l'auteur a pratiqué, avec un bon résultat la cholédoco-duodénostomie.

M. GOSSET (de Paris) estime que la meilleure opération quand elle est réalisable est la cholécystostomie.

La suppression de la vésicule est un pis-aller. Elle supprime toute possibilité d'exploration ultérieure des voies biliaires dans une affection fréquemment récidivante.

Mais il importe de pratiquer une véritable bouche et non une simple fistule qui très souvent s'oblitère avant d'avoir rempli son rôle.

M. THÉVENARD (de Paris) réserve le drainage externe par cholécystostomie aux cas où prédominent les lésions des voies biliaires.

Dans tous les autres cas, ses préférences vont à la dérivation interne par cholécystoduodénostomie. Cette opération diminuerait les risques de reflux du bol alimentaire vers l'arbre biliaire.

S'appuyant sur ses observations personnelles, l'auteur désirerait que cette intervention se généralise dans le traitement de toutes les pancréatites, même de celles qui ne s'accompagnent pas d'ictère. Ce serait là un moyen d'éviter sans doute « le drame pancréatique ».

Communications.

Traitement chirurgical du goitre. — M. GENTIL (de Paris). Cette chirurgie n'est pas dangereuse mais spéciale. L'auteur a pratiqué 200 opérations sans accident.

Il insiste sur la nécessité d'un bon examen clinique. Il est important en particulier de distinguer le goitre énucléable et le goitre non-énucléable. Au premier s'applique l'énucléation intraglandulaire; au second la thyroïdectomie partielle.

L'auteur opère toujours sous anesthésie locale, découvre largement la région par une incision transverse de la base du cou.

Dans les énucléations intraglandulaires, il clive à la compresse le nodule goitreux en restant toujours au contact de sa paroi tandis que les pinces éversent la capsule.

Dans les thyroïdectomies, il lie d'abord les artères thyroïdiennes puis repère tous les tissus périthyroïdiens et les veines par des pinces de Kocher. Il sectionne entre deux ligatures.

Ainsi sont évités les hémorragies et l'encombrement du champ opératoire.

L'anesthésie locale permet d'éviter le récurrent puisqu'on peut faire parler le malade, le contact du nerf donnant immédiatement de la raucité de la voix et de la gêne respiratoire.

Quand au goitre s'ajoute un Basedow, l'auteur associe à l'opération thyroïdienne, la ligature et la section des pédicules vasculaires et nerveux supérieurs.

Les agrafes sont enlevées le deuxième jour. On les remplace par un pansement collé maintenant la tête en flexion. La cicatrice ainsi obtenue est invisible.

Traitement des sciatiques rebelles par élongation non sanglante. — M. TERMIER (de Grenoble). La méthode ne s'applique pas à toutes les sciatiques avec un égal succès. Elle convient surtout aux formes tronculaires avec ou sans funiculite, même aux cas anciens. Elle réussit également contre les sciatiques d'origine musculaire s'accompagnant de contracture au niveau des insertions tendineuses.

Le malade est endormi à l'éther ou au chloroforme, profondément, car la manœuvre étant douloureuse il faut se méfier des réflexes.

On procède lentement à la flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant bien étendue au genou comme dans la recherche du signe de Lasègne, mais en allant beaucoup plus loin, progressivement.

En quelques minutes on arrive à mettre le genou au contact de la face du malade, la jambe toujours en extension; on la maintient quelque temps ainsi et c'est tout.

Le réveil étant assez douloureux on fera une piqûre de morphine.

Il est curieux de noter qu'un retour des phénomènes algiques se produit d'ordinaire vers le douzième jour, pour disparaître alors définitivement.

Cette méthode tombée dans l'oubli mérite d'être reprise. Elle a donné dans 23 cas des résultats satisfaisants.

La résection du plexus hypogastrique supérieur. Sa valeur réelle dans la thérapeutique chirurgicale. — M. FEREY (de Saint-Malo). C'est une opération simple et sans danger qui présente de multiples indications.

Elle est à pratiquer au début d'une hystérectomie élargie pour cancer du col utérin. Mais on doit la déconseiller si le cancer est devenu inopérable.

Elle donne d'excellents résultats dans les règles douloureuses et les névralgies pelviennes, surtout quand ces phénomènes douloureux apparaissent à la suite d'accouchements longs et pénibles où il semble que les nerfs du col utérin aient été tiraillés, traumatisés, réalisant une véritable causalgie du petit bassin.

C'est une bonne intervention également dans les cystalgies et les cystites rebelles.

Les examens histologiques montrent sur les pièces opératoires des lésions de sclérose périnerveuse et parfois intrafasciculaire.

Anciens opérés pour perforation aiguë de l'estomac ou du duodénum. — M. PAUCHET (de Paris). Le traitement le meilleur et le plus bénin est la suture simple. En cas d'ulcère duodénal, la gastro-entérostomie donne parfois la guérison définitive.

Elle est un peu plus grave que la suture simple. Donc, il est mieux de s'en dispenser.

Il faut suivre étroitement ces malades qu'on améliore par le traitement médical.

Faire le minimum au moment de la perforation. Faire le maximum six mois après.

Le bistouri électrique. — M. PAUCHET (de Paris). L'auteur s'en sert depuis quinze mois, notamment dans les interventions suivantes :

Les goitres (sauf la peau),
Les seins ulcérés en totalité.
Les périnées,
Les prostatectomies périnéales pour cancer.

Il fait merveille dans la section des viscères et dans toutes les opérations en tissus infectés.

Cet instrument doit se rencontrer dans toute salle d'opération.

Résultats éloignés de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie pour les ulcères de l'estomac. — M. ABADIE (d'Oran). Deux tableaux de statistiques personnelles portant sur 437 opérations pour ulcères de l'estomac mettent en évi-évidence 71 gastro-entérostomies avec une mortalité de 5,6 p. 100 et 354 gastrectomies avec une mortalité de 5,9 p. 100.

En ce qui concerne les résultats éloignés, la duodénopylorectomie donne 94 p. 100 de bons résultats, dont 80 p. 100 de guérisons complètes; 4 ulcères peptiques, 4 cancers ultérieurs, 2 résultats nuls. Par contre, la gastro-entérostomie ne donne que 71 p. 100 de bons résultats dont 60,5 p. 100 de guérisons complètes, 4 ulcères peptiques, 3 cancers, 4 résultats nuls.

Ces résultats lointains sont en faveur de la duodénogastrectomie.

L'auteur s'affirme une fois de plus partisan de la résection large, de l'écrasement tant sur le duodénum que sur l'estomac, du Billroth II, de la pince couplée, de l'analgésie locale complétée ou non par la rachi-stovaïnisation.

Dans les cas simples, la gastrectomie n'est pas plus grave que la gastro-entérostomie et meilleure dans ses résultats.

Dans les cas difficiles, elle est nécessaire.

Une technique de l'hystéropexie. — M. SÉNÉCHAL (de Paris). L'utérus, libéré s'il y a lieu, est reconnu pouvoir prendre la position dans laquelle on se propose de le fixer.

Une aiguille courbe passe sous un des ligaments ronds, se faufile au niveau de l'isthme utérin sous le péritoine qu'elle sous-tend depuis la réflexion du feuillet antérieur du ligament large jusqu'à l'autre côté de l'isthme utérin pour se dégager alors, et saisir le second ligament rond.

Le fil est passé et ses deux chefs sont fixés ensemble par une pince.

Un deuxième, puis un troisième fils sont passés de la même manière en remontant vers la face antérieure de l'utérus, mais sans dépasser en hauteur la portion isthmique de l'organe.

On lie ensuite les chefs de chacun des fils, ce qui constitue un très fort ligament à la face antérieure de l'utérus.

Il ne reste plus qu'à réaliser une ventro-fixation à la Terrier.

L'auteur conseille d'employer du fil de lin n° 4.

Ce que doit être le traitement des luxations et subluxations congénitales aux divers âges. — M. CALOT (de Berck). L'auteur apporte les résultats de son expérience sur la valeur respective des divers traitements proposés.

Au début de sa pratique, il faisait des réductions sanglantes. Depuis trente ans, il emploie les méthodes orthopédiques, en y ajoutant dans quelques cas une simple ostéotomie sous-cutanée.

Cette ostéotomie est indiquée chez les enfants quand il existe une antéversion trop marquée; et chez les adultes dans les formes particulièrement douloureuses et tenaces.

L'auteur condamne la pratique des « butées » notamment en ce qui concerne les luxations réduites orthopédiquement et récidivantes. Dans ces cas, c'est encore aux méthodes non sanglantes qu'il faut avoir recours, en maintenant la réduction par flexion du fémur à 90 degrés et pression ouatée du grand trochanter à travers une fenêtre taillée dans l'appareil plâtré classique.

Rétrécissements du rectum après curiethérapie pour cancer du col. — M. JEANNENEY (de Bordeaux). On peut dans ces circonstances observer deux types de rétrécissements.

A. Des rétrécissements intrinsèques, par rectite cicatricielle sténosante après radiomucite. Ils peuvent aboutir à l'occlusion. Ils se présentent au toucher comme un diaphragme ou un anneau plus ou moins serré à muqueuse sèche, rèche, cicatricielle; à la radiographie comme un étranglement en sablier; à la rectoscopie comme un infundibulum ou un diaphragme rigide et nacré.

L'origine en est dans une brûlure par faute de technique (doses trop fortes, filtration insuffisante, tube dans le cul-de-sac postérieur) ou par accident (chute d'un tube dans le cul-de-sac postérieur).

La biopsie montre que la muqueuse est remplacée par un trou fibreux infecté.

B. Des rétrécissements extrinsèques, sur lesquels Bérard a insisté, péri-rectaux par sclérose des ligaments utéro-sacrés et du paramètre infiltré et infecté. Ces rétrécissements peuvent affecter la forme d'un croissant antérieur; ils sont alors moins sténosants, et la muqueuse est d'ordinaire saine à leur niveau.

Sur 600 cas traités au centre du cancer de Bordeaux, 15 rétrécissements intrinsèques et 5 extrinsèques ont été observés.

De la biopsie dans le cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ (de Paris) insiste sur la nécessité et la difficulté de la biopsie dans le cancer de l'œsophage et du larynx.

La laryngoscopie directe permet d'arriver sur la région malade sans le secours d'un miroir. On peut se servir de pinces droites. La prise du fragment est facile.

Quand la lésion siège à l'œsophage, la biopsie est pratiquée également sous le contrôle de la vue grâce à l'œsophagoscopie.

Les observations de l'auteur montrent toujours l'accord de la clinique et du laboratoire, sauf dans deux cas, en ce qui concerne le larynx. Dans ces deux cas la biopsie était positive alors que cliniquement il ne s'agissait pas de cancer. L'évolution donna raison à la clinique.

Pour ce qui est de l'œsophage, une fois sur quatre les signes cliniques étant très nets, la réponse histologique fut négative. L'évolution donna encore raison à la clinique.

Cela tient à ce que dans les formes infiltrantes et sous-muqueuses il est difficile de faire une prise en bonne place.

En résumé, la biopsie n'a de valeur que si elle est nettement positive.

Anesthésie générale par éthérisation rectale. — M. A. CHALIER (de Lyon) a une expérience de cette méthode remon-

tant à douze ans. Il n'a jamais observé d'accident mortel. Sa technique actuelle est basée sur trois principes :

I. Diminution de la dose totale de l'éther injecté : 90 à 130 centimètres cubes sans atteindre 150.

II. Dilution du mélange éthéro-huileux : 75 centimètres cubes d'huile pour 100 centimètres cubes d'éther.

III. Injection très lente du mélange, suivant la méthode du goutte à goutte rectal. Cela dure trente minutes et doit être commencé exactement une heure avant l'opération.

L'auteur reconnaît des contre-indications formelles : interventions abdominales et pelviennes, sujets entéritiques ou hépatiques.

La méthode est à utiliser surtout dans les grosses opérations craniennes et cervicales (trépanation, extirpation de goitres difficiles) et dans la chirurgie cavitaire (ablation des cancers du pharynx et du larynx, résection des maxillaires.

Elle convient merveilleusement au cours de la thoracoplastie extrapleurale chez les tuberculeux pulmonaires et aussi dans les opérations rachidiennes, en particulier dans l'opération d'Albee.

De la pylorotomie dans l'hypertrophie du pylore chez le nourrisson. — M. Perrin (de Lyon) croit peu au traitement médical; il fait perdre un temps précieux; et trop souvent on amène au chirurgien un nourrisson amaigri, cachectique, incapable de supporter l'intervention.

La technique consiste après laparotomie médiane sus-ombilicale dans l'incision des couches musculaires au niveau de l'« olive » qu'on perçoit aisément sur le pylore. On respecte la muqueuse. L'incision faite suivant l'axe du pylore est suturée perpendiculairement à cet axe.

Il importe de faire une hémostase soignée, car l'hémorragie postopératoire est le gros danger chez ces nourrissons affaiblis qui n'ont plus une goutte de sang à perdre.

Les résultats sont encourageants. Ils seront meilleurs quand on hésitera moins à recourir d'emblée au chirurgien.

Les survies prolongées après néphrectomie pour cancer du rein. — M. Cathelin (de Paris) donne sa statistique et relève 3 cas de guérisons paraissant définitives, l'une remontant à dix-huit ans, les autres à dix-neuf et vingt ans. L'examen histologique a été fait. Il est donc faux d'affirmer que le cancer est incurable. La chirurgie ne le guérit pas souvent, mais le guérit quelquefois. La raison du succès est toujours dans l'intervention précoce.

La cellulite des membres. — M. Tierny (d'Arras). C'est l'inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané des membres, consécutive d'ordinaire à une poussée d'érysipèle ou de lymphangite.

L'agent responsable est le streptocoque.

Il est vraisemblable que les troubles constatés, œdème blanc mou, peau cireuse, température élevée au début, urines rares, état général satisfaisant, soient dues à des oblitérations massives des voies lymphatiques de la racine des membres du fait d'embolies microbiennes.

L'évolution est lente. La guérison est de règle après deux ou trois mois. Il se produit une suppuration sous-cutanée en nappe qu'il faut drainer.

Le traitement consiste à pratiquer au thermo-cautère une quantité d'orifices équidistants de 3 à 4 centimètres sur la peau de la région malade. Il s'écoule une sorte de liquide clair riche en streptocoques.

Les vaccins paraissent peu efficaces. Les rayons ultra-violets sont un adjuvant plutôt qu'un agent direct de la guérison.

Le lever précoce chez les prostatectomisés. Statistique de trois ans de pratique d'une technique personnelle. — M. Descarpentries (de Roubaix). Le prostatectomisé doit être maintenu au lit le moins longtemps possible, pour bien des raisons; c'est un homme âgé, vieilli par un long régime restrictif, par des nuits d'insomnie, par une longue lutte épuisante contre l'idée d'une opération qu'il s'imagine toujours redoutable.

L'auteur opère en deux temps et ses malades gardent le lit un jour à l'occasion de la cystostomie et deux jours lors de la prostatectomie.

Pour obtenir ce résultat, la cystostomie doit être pratiquée par incision transversale; l'ouverture de la vessie est faite par dissociation, aucune de ses fibres ne devant être sectionnée.

Une telle incision permet une large vue sur la loge prostatique qui est ainsi très aisément revisée et hémostasiée.

L'hémolysothérapie est toujours pratiquée à titre préventif.

La statistique porte sur 48 cas opérés avec vingt-six confrères différents; 23 malades avaient dépassé soixante-dix ans, 5 avaient plus de quatre-vingts ans. La mortalité fut nulle.

Aucun des opérés n'eut à supporter de sonde à demeure sus-pubienne.

Extirpation limitée dans le traitement du polype adénomateux du rectum, en dégénérescence cancéreuse. — M. Loubat (de Bordeaux). Le polype adénomateux du rectum tout comme les tumeurs villeuses peut dégénérer. Mais dans ce cas la lésion maligne évolue lentement et reste localisée.

Il est donc abusif de traiter une telle tumeur au début par une résection étendue.

D'autre part, la simple ablation du polype est insuffisante. Il y faut ajouter l'extirpation un peu élargie d'une collerette de muqueuse avoisinante, et dans les cas où l'envahissement gagne les couches musculaires l'ablation de toute l'épaisseur de la paroi rectale en tissu sain.

Deux malades ainsi traités restent guéris, l'un depuis six ans, l'autre depuis un an.

Dariau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 25 octobre 1930)

Sur la protéinémie du singe et particulièrement du macaque atteint de fièvre jaune expérimentale. — MM. G. Stefanopoulo et A. Codounis. Chez le *macacus rhesus* atteint de fièvre jaune expérimentale, existe une baisse du chiffre des protéines totales, fait observé aussi dans d'autres infections expérimentales chez différents animaux de laboratoire. La vaccination antiamaril du macaque ne paraît pas influencer son équilibre protéinique.

Sur la perméabilité de la muqueuse digestive du cobaye au bacille paratuberculeux de la fléole. — MM. A. Boquet et A. Saenz. Les bacilles de la fléole, lorsqu'ils sont administrés *per os* au cobaye adulte, sont absorbés dans la région tonsillaire et passent dans la circulation sanguine après avoir cheminé dans les voies lymphatiques. L'infection pulmonaire résulte donc, non pas de la pénétration directe des germes ingérés dans l'arbre respiratoire, mais de la bacillémie initiale.

L'absorption des bacilles de la fléole est précoce, brève et restreinte à un petit nombre d'éléments. Elle est influencée par l'âge des animaux, par la durée du jeûne auquel ils ont été préalablement soumis, par le véhicule des bacilles qui assure leur contact plus ou moins étroit et plus ou moins prolongé avec les formations lymphoïdes de la muqueuse digestive et, surtout par la finesse des suspensions administrées.

Action de la cataphorèse sur le virus de la peste aviaire. — M. P. Lépine a soumis à la cataphorèse des émulsions virulentes de peste aviaire réalisées en diluant dans l'eau physiologique le sang de poules de passage prélevé au moment de la mort de l'animal. En l'absence de tout transport visible de matière, le virus de la peste aviaire émigre sous l'influence du courant électrique à l'anode, et à ce pôle seulement de l'appareil, lorsqu'on soumet à la cataphorèse des émulsions virulentes d'un pH allant de 6,2 à 8,2.

Nouvel appareil pour la cataphorèse des liquides virulents. — M. P. Lépine présente un appareil en verre qu'il a réalisé pour ses expériences de cataphorèse. Cet appareil, en forme de trident, présente sur sa partie horizontale deux robinets qui permettent d'isoler les deux branches latérales verticales d'une troisième branche médiane que l'on remplit du liquide virulent; les branches latérales sont réunies par des tubes de gélose conductrice aux électrodes impolarisables, et sont remplies d'un liquide conducteur indifférent; on inocule aux animaux le liquide des branches latérales qui ont la même polarité que les électrodes auxquelles elles sont réunies. Cet appareil présente des avantages marqués sur ceux existants, et réalise dans des conditions satisfaisantes de constance et de régularité la cataphorèse des liquides virulents.

Influence de la concentration des solutions sur l'action toxique des sels de mercure. — M. Maurice Renaud. La vitesse avec laquelle une substance toxique ou médicamenteuse est mise en circulation exerce une influence considérable sur la forme et l'intensité de son action; l'auteur a montré dans une précédente note que, dans le cas de substances à action brutale et vite éliminées comme l'adrénaline, c'est de la concentration des solutions que dépend pour une grande part l'intensité des accidents et la mort. L'importance du facteur concentration peut être mise en évidence avec bien d'autres substances, mais avec quelques détours.

Quand on injecte, par exemple, à des cobayes des doses variées de cyanure de mercure, on constate que si on dépasse une certaine dose (5 à 10 milligrammes pour un cobaye de 300) on détermine des accidents immédiats relevant d'une atteinte brutale du système nerveux, qui se traduit par un syndrome convulsif et dont la mort en deux ou trois minutes est la conséquence.

Or, la concentration des solutions injectées sous la peau joue dans la détermination de ces accidents immédiats le même rôle que lorsqu'il s'agit de l'adrénaline. Telle masse de cyanure détermine la mort brusque dans une solution à 1/50, qui laisse l'animal indemne de tout accident pendant plusieurs heures quand la solution est à 1/100. Pour produire cette mort brusque, il faut injecter une masse de mercure d'autant plus considérable que le titre de la solution est moins élevé. Les accidents qui se produisent rapidement après l'injection d'un sel métallique, surtout ceux qui relèvent de l'atteinte brutale du système nerveux sont avant tout fonction de la vitesse de résorption. Pour produire un effet donné il faut injecter une masse de la substance toxique d'autant plus grande que la concentration de la solution injectée est plus faible. Il semble bien que ce soit là une loi très générale et très importante.

Eloge nécrologique. — M. Menegaud, président, prononce l'éloge funèbre de M. Gley.

Granulie expérimentale réalisée par inoculation intraveineuse de bacilles de Koch tués. — MM. M. Macaigne et P. Nicaud ont inoculé au lapin, par la voie veineuse, une émulsion dans le sérum physiologique de bacilles de Koch, d'origine humaine et bovins tués par la chaleur. Les animaux ont été sacrifiés de un jour à quarante-cinq jours pour étudier les divers étapes des lésions. Un certain nombre d'animaux ont reçu des injections répétées ou ont été préalablement sensibilisés par injections répétées de tuberculine. Par cette technique, les auteurs out pu réaliser une granulie expérimentale typique.

Les lésions alvéolaires de la granulie expérimentale. — MM. M. Macaigne et P. Nicaud. La lésion élémentaire de la granulie est une lésion de l'alvéole intéressant à la fois le tractus interstitiel et la cavité alvéolaire. C'est une *alvéolite desquamative évoluant vers le follicule giganto-cellulaire.* Les lésions *dites interstitielles* sont constituées par une tramite diapédétique non folliculaire. Les *lésions vasculaires* — endo- et péri-vascularite — peuvent aboutir à la formation de granulations. Les *lésions péri-bronchiques* se manifestent sous forme de réaction lymphocytaire qui noie les alvéoles voisins et peut se déverser à travers l'épithélium dans la cavité bronchique.

Rôle de défense et d'organisation cicatricielle des cellules alvéolaires. — MM. M. Macaigne et P. Nicaud. La cellule alvéolaire possède un potentiel énergique révélé par ses adaptations diverses et manifeste un double rôle : un *rôle bactéricide* qui appartient aux cellules libres, un rôle d'*organisation cicatricielle* qui est le propre des cellules fixes pariétales. Les cellules libres ont un rôle macrophagique qui paraît essentiel : elles sont appelées à être éliminées quand ce rôle est terminé. Ce sont elles qui forment les cellules géantes intra-alvéolaires. Les cellules pariétales sont la souche des cellules libres mais leur mission est l'organisation cicatricielle du poumon; elles transforment l'alvéolite desquamative en alvéolite fibreuse pariétale puis oblitérante. Ces diverses adaptations font de la cellule alvéolaire une cellule d'origine conjonctive.

Origine de la substance collagène dans le processus de la sclérose alvéolaire. — MM. M. Macaigne et P. Nicaud. La substance collagène naît au voisinage des vaisseaux de la paroi alvéolaire et forme de fins tractus qui s'unissent aux tractus nés des autres parois de l'alvéole en s'insinuant entre les cellules alvéolaires libres.

Ces filaments collagènes sont souvent sans contact avec les cellules desquamées qu'elles isolent et c'est au niveau des cellules pariétales et au contact des vaisseaux que naît cette substance d'origine conjonctive. Il faut la rattacher à une fonction exoplasmatique des cellules pariétales. La fibrine ne saurait être considérée comme l'origine de la substance collagène : celle-ci est une substance vivante capable de résister à la caséification et formera la trame conjonctive aboutissant à la sclérose cicatricielle alvéolaire.

Air alvéolaire et débit cardiaque. (*Présentation d'une valve respiratoire.*) — MM. H.-R.-J. Olivier et J. Bretey, grâce à une valve respiratoire dont ils donnent la description, étudient par comparaison l'air alvéolaire automatique et l'air alvéolaire type Haldane-Priestley, dans le but de mesurer le débit cardiaque. Ils montrent que l'air alvéolaire automatique présente une erreur variable, parfois considérable par rapport à l'air alvéolaire vrai. Pour eux, les erreurs obtenues dans la mesure du débit cardiaque dépendent pour une grande part de la confusion qui a été faite entre ces deux méthodes.

Les voies sensitives de l'utérus. — M. E. Aburel distingue une double innervation sensitive de l'utérus : une cérébrospinale très obtuse; une autre centripète sympathique capitale. Par des anesthésies locales soit des nerfs utéro-sacrés (épidurale), soit des nerfs utéro-lombaires (plexus lombo-aortique), et l'examen comparatif des modifications de la sensibilité, il arrive à conclure : 1° que les nerfs sensitifs cérébro-spinaux suivent la voie utéro-sacrée; 2° que les nerfs centripètes sympathiques suivent surtout la voie utéro-lombaire, et en partie la voie utéro-sacrée.

Le calcium ultrafiltrable en obstétrique. — MM. E. Aburel et E. Cernautianu-Ornstein, de leurs études sur le sang veineux des mères et sur le sang du cordon, concluent :

1. Qu'il paraît que les femmes qui ont plus de Ca ultrafiltrable (donc ionisé) dans leurs sérums, ont un travail d'accouchement plus rapide ;
2. On observe toujours une quantité plus grande de Ca ultrafiltrable chez les nouveau-nés que chez leurs mères. Il doit donc intervenir des fonctions biologiques fœtaux pour maintenir cette différence fœto-maternelle du Ca ultrafiltrable ;
3. Le Ca ultrafiltrable est dans un pourcentage plus grand, par rapport au séro-calcium total, chez les mères que chez les nouveau-nés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS. — L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a eu lieu le 9 octobre 1930, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Plus de 200 chirurgiens assistaient aux discussions particulièrement importantes sur les assurés sociaux.

Le Syndicat des chirurgiens s'est montré très ému des dernières dispositions édictées par les circulaires ministérielles des 4 et 22 septembre 1930.

Bien que la loi d'avril 1930 ait expressément spécifié que l'assuré social aurait le libre choix de son praticien et devrait l'honorer directement, les chirurgiens avaient, en principe, renoncé à leur légitime créance et consenti à être payés par les caisses à leur tarif de responsabilité pour les malades hospitalisés dans les salles communes.

Or, l'administration a fixé à 4 fr. par jour l'indemnité forfaitaire, ce qui pour l'exemple classique de l'appendicite, met l'intervention à 48 fr. si l'on tient compte qu'elle nécessite douze jours d'hospitalisation.

L'assemblée a conclu à une très forte majorité que ce tarif dérisoire ne saurait être accepté, elle a en conséquence voté l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat des chirurgiens français, réuni en assemblée générale, le 9 octobre 1930, après avoir pris connaissance des derniers règlements de la loi sur les assurances sociales, proteste énergiquement contre les dispositions qui soumettent les assurés de certaines catégories au régime des indigents. Ces malades constituent la presque totalité de la clientèle des chirurgiens de province, qui se voient ainsi dépouillés de la plus grande partie de leurs malades.

Prenant acte des résultats obtenus et des conventions passées entre les chirurgiens de Tours, la Commission administrative des hôpitaux et les caisses de cette ville, le Syndicat des chirurgiens français s'engage à se servir de ce précédent avec toute la force dont il dispose pour obtenir partout le même résultat et le faire accepter par le ministre.

Le Syndicat espère qu'après une expérience qu'il considère comme nécessaire, la loi actuelle sera modifiée dans un sens plus équitable et plus conforme aux intérêts légitimes des chirurgiens.

Respectueux de la loi, il s'engage à collaborer à son application à titre d'expérience ; mais il fait les réserves les plus formelles sur les décisions qu'il pourrait être appelé à prendre lors d'une prochaine assemblée générale si l'application de la loi actuelle démontrait que ses craintes sont justifiées et si les Pouvoirs publics persistaient à ne pas tenir compte de ses légitimes observations. »

Les autres questions à l'ordre du jour :

Diplômes de chirurgiens,
Accidents du travail,
Responsabilité professionnelle

n'ont pu être discutées faute de temps et ont été remises à l'étude pour l'année suivante.

INFORMATIONS

(SUITE)

FONDATION DE ROTHSCHILD. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire aura lieu, à l'hôpital, le lundi 15 décembre 1930.

Les étudiants en médecine qui désirent prendre part à ce concours doivent avoir au minimum 14 inscriptions.

S'adresser, pour tous renseignements concernant le règlement de l'internat de l'hôpital, au bureau de la direction, tous les jours, de 8 à 12 h.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS. — Liste, par ordre de mérite, des élèves de la section de prothèse de l'école dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, ayant obtenu le certificat d'aptitude prothétique (promotion 1929-1930) :

MM. Baraud, Chartiez, Chatt, Lequoy, Roldes, Mlle Avard, MM. Rousset, Goujon, Nurdin, Mlles Poulain, Fleury, MM. Belot, Rullon, Leblon, Peter, Mlle Perren, MM. Stanbouli, Leroux, Goujon (G.), Sellier, Ninin, Mlles Champy, Lagarde, MM. Parent, Joly-Beurrier, Mlle Hulin, MM. Marandas, Bougnoux, Winter, Monchablon, Journo, Leblanc, Mlles Moreau, Cresson, M. Dubillot, Mlle Coster, MM. Bertoli, Herard, Mlle Halaoua, M. Natin, Mlles Blum, Joseph-Gabriel, MM. Dusch, Broutin, Louis-Etienne, Gobillot, Fialon, Mlles Ranson, Levigne, MM. Artois, Delafond, Le Boucher, Rodulfo, Lestrade, Dubois, Mlle Estradère, MM. Franqueville, Valentini, Mlles Marmier, Gaumant, MM. Gérardin, Degrond, Arouasse, Chazeau, Leparot, Attias, Mlle Kohn, MM. Almazor, Vaillant, Reusser, Schnell, Mlle Bangardi, MM. Marion, Pomes, Mlle Vachoux, MM. Noirot, Der Mikaelian, Mlle Thouvenin, M. Mathon, Mlle Letourneur, MM. Olive, Queval, Mlle Laurin, M. Roussel, Mlles Camard, Chameau, M. Amiot, Mlle Therianos, MM. Martin, Mereau, Smadja, Mlle Vernethes, M. Valentin.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PREMIÈRE LISTE DES PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1930. — *Chimie.* — Prix Montyon des arts insalubres (2.500 fr.), à M. Roger Douris, professeur de toxicologie à la Faculté de pharmacie de Nancy. — Prix Jecker (10.000 fr.), à M. Joseph Bougault, professeur à la Faculté de pharmacie. — Prix L. La Caze (10.000 fr.), à M. Georges Denigès, professeur de chimie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Fondation Cahours (3.000 fr.), les arrérages de la Fondation à M. Lucien Andrieux, chargé de conférences à la Faculté des sciences de Grenoble. — Prix Houzeau (1.000 fr.), à M. Paul Mondain-Monval, professeur de chimie physique à l'Ecole supérieure de chimie de Mulhouse.

Botanique. — Prix Desmazières (1.600 fr.) à M. Frédéric Bataille, professeur honoraire au lycée Michelet. — Prix Montagne (1.500 fr.), à M. Pierre Allorge, sous-directeur du laboratoire de botanique au muséum d'histoire naturelle. — Prix de Coincy (1.000 fr.), à Mlle Aimée Camus.

Anatomie et zoologie. — Prix Da Gama Machado (1.200 fr.), à M. Marcel Avel, assistant à la Sorbonne. — Fondation Savigny (1.500 fr.), à M. Louis Parrot. — Prix Jean Thore (1.000 fr.), à M. Henri Bertrand.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel de médecine pour 1931 a été décerné à M. le professeur Lansteiner (de New-York).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX GINGEOT. — Le prix triennal fondé par le docteur Gingeot et

destiné à récompenser un travail original portant sur les affections du foie ou des voies biliaires n'a pas été décerné en 1929 : aucun mémoire n'ayant été présenté. Le concours sera reporté à 1932. Le sujet proposé est le suivant :

« Des ictères choluriques sans décoloration des matières fécales ».

Les manuscrits devront être déposés entre les mains du secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1932. La valeur du prix sera de 6.000.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Un concours sera ouvert le 17 novembre 1930, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à deux emplois de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales et le 1er décembre 1930, pour l'admission à des emplois sans limite de nombre de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à la suite de ce concours, seront nommés médecins ou pharmaciens lieutenants au 31 décembre 1930, avec, pour les médecins, une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage, ils pourront percevoir une bourse de 10.000 fr. à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française; cinq par Madagascar; cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 19 juillet 1930 (p. 8.165).

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial, seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un centre régional de lutte contre le cancer a été institué à Caen. (*J. O.*, 7 nov. 1930.)

LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE DANS L'ARMÉE. — Le projet de loi suivant présenté par M. André Maginot, ministre de la Guerre, et M. Désiré Ferry, ministre de la Santé publique, a été renvoyé par la Chambre à l'examen de sa Commission d'hygiène :

Article unique. — La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine diphtérique sera obligatoire dans l'armée, dans toute garnison ou agglomération militaire où la diphtérie se manifeste à l'état endémique ou sous la forme épidémique, pour tout militaire reconnu réceptif, suivant les modalités qui seront déterminées par le ministre de la Guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du vénérable docteur Jean-Baptiste Coppez, le maître de l'ophtalmologie belge, décédé à Bruxelles à l'âge de 90 ans. Nous adressons au professeur Henri Coppez et aux docteurs Jean et Léon Coppez l'expression de nos sentiments de bien vives condoléances. — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Jean Heitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Royat, décédé à Séville; Devillers, vice-président de la Société des médecins de l'Aisne.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Epithélioma primitif, tubulé ou lobulé, le cancer de l'œsophage réalise en clinique le type le plus fréquent de la *sténose œsophagienne*. Dans quelques cas, il se masque derrière des signes d'emprunt, réalisant un *syndrome médiastinal* qui peut faire, durant un certain temps, errer le diagnostic. L'évolution de ce cancer est rapidement fatale.

CLINIQUE

Type de description : forme commune à type de sténose œsophagienne.

Début : *Insidieux*, il est presque toujours marqué par la DYSPHAGIE, symptôme capital qui, survenant chez un individu de plus de quarante ans, surtout chez l'homme, doit immédiatement faire penser au cancer œsophagien. Elle est *progressive*, d'abord marquée pour les solides, obligeant bientôt le malade à sélectionner son alimentation et à ne se nourrir plus que de bouillies et de liquides.

L'aspect du malade, si on le fait manger, est caractéristique : après la déglutition, la progression des aliments est pénible, et le malade se plaint rapidement d'une sensation d'arrêt des aliments.

Des *régurgitations* viennent bientôt s'ajouter à la dysphagie, caractérisant la sténose de l'œsophage. Tantôt elles sont précoces, et les aliments sont rejetés tels qu'ils ont été ingérés. Tantôt elles sont plus tardives, à type de *pseudo-vomissements œsophagiens* dus à la stagnation dans une poche sus-stricturale des aliments rejetés sans avoir été digérés, mélangés à des mucosités fétides et sanglantes.

Dysphagie, régurgitations sont les signes essentiels de ce tableau clinique. Deux symptômes accessoires s'y ajoutent souvent :

— La *fétidité de l'haleine* qui fait penser au cancer;

— La *salivation intense*, par exagération du réflexe œsophago-salivaire, avec rejet matinal d'une grande quantité de salive accumulée dans la poche sus-stricturale pendant la nuit.

Etat. — En quelques semaines, ces signes se précisent. En même temps, l'*état général s'altère rapidement*. Le malade, précocement inanitié, s'amaigrit, se déshydrate, perd ses forces rapidement. Tous ces signes réunis chez un homme d'une cinquantaine d'années évoquent le cancer de l'œsophage et doivent faire pratiquer un examen complet.

L'EXAMEN PHYSIQUE ne donne aucune précision. On ne saurait compter sur le retard du deuxième bruit de la déglutition, à l'auscultation. Il est très rare de constater l'existence d'adénopathies sus-claviculaires qui ne se voient qu'à une période très avancée du cancer. Il est également très exceptionnel de pouvoir palper la tumeur dans la région cervicale, en cas de cancer haut situé.

Le CATHÉTÉRISME sera proscrit, car c'est une tentative aveugle et dangereuse en raison des fausses routes auxquelles elle expose.

La RADIOLOGIE ET L'ŒSOPHAGOSCOPIE sont les techniques indispensables qui fourniront seules les signes physiques du cancer de l'œsophage.

RADIOSCOPIE. — Elle montre, en position oblique, la sténose œsophagienne au-dessus de laquelle s'arrête la bouillie opaque qui arrive cependant à descendre suivant un trajet étroit, tortueux, déchiqueté. De face, des ombres ganglionnaires médiastinales, dues aux ganglions cancéreux, débordent parfois de chaque côté de la ligne médiane. La radioscopie ayant permis d'éliminer une ectasie aortique, l'on pourra, sans craintes, pratiquer une œsophagoscopie. Des clichés radiographiques viendront, en tout cas, fixer l'aspect tortueux, irrégulier, du rétrécissement.

ŒSOPHAGOSCOPIE. — Pratiquée prudemment, après une médication antispasmodique durant quelques jours, elle montre :

1° *Au début.* — La rigidité des parois œsophagiennes qui ne suivent plus les mouvements respiratoires. Sur la muqueuse indurée, infiltrée, très vascularisée, il existe en un point une ulcération plus ou moins étendue ou une plaque leucoplasique saignante. On profitera de l'œsophagoscopie pour faire un prélèvement biopsique qui viendra confirmer le diagnostic en montrant qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

2° *A une phase plus avancée*, le cancer se présente sous l'aspect d'une tumeur saillante dans la lumière œsophagienne, véritable chou-fleur végétant, ulcéré et saignant, qui se détache sur une muqueuse infiltrée, rigide et jaunâtre.

Parfois, le cancer est surtout ulcéreux et creuse en cratère la paroi œsophagienne.

Au-dessus du cancer, l'œsophage dilaté est parcouru de traînées d'œsophagite chimique et semé d'ulcérations.

Evolution. — Malgré la radiumthérapie, l'évolution est fatale. Tout au plus peut-on en reculer l'échéance par une *gastrostomie* pratiquée le plus tôt possible. Souvent, à la phase pré-terminale de ce cancer essentiellement dysphagique, apparaissent des signes de compression médiastinale. Ils sont souvent au second plan, et le malade meurt, profondément inanitié et déshydraté, en même temps qu'atteint par l'intoxication cancéreuse.

FORMES CLINIQUES

A. **A type de syndrome médiastinal.** — Il est fréquent que le cancer de l'œsophage, par extension périfocale des lésions, donne lieu à des signes de compression médiastinale occupant parfois le premier plan du tableau clinique.

1° **Forme laryngée.** — Des troubles de la voix peuvent être les premiers signes du tableau clinique, voix bitonale ou rauque résultant d'une *paralysie récurrentielle*. L'examen laryngoscopique permet de voir une corde vocale en position cadavérique. L'absence d'autres lésions laryngées attire l'attention vers l'œsophage et fait pratiquer les examens nécessaires qui dépistent la sténose.

2° **Forme respiratoire.** — Une toux spasmodique, par irritation du pneumogastrique, une dyspnée marquée attirent parfois l'attention vers les poumons. A la radioscopie, l'existence d'ombres ganglionnaires médiastines éveille l'idée d'une néoplasie que l'interrogatoire plus précis localise bientôt à l'œsophage.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Epreuve orale théorique.* — Séance du 12 novembre. — Question donnée : « Les moulages en prothèse fixe. »

MM. Cabrol, 18; Béal et Sassier, 13; Chatellier, 16.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de M. Delherm, Mme de Brancas, MM. Mallet, Sainton, Pierre Duval.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 10 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la grande crise d'épilepsie dite essentielle. — Causes, signes et diagnostic des anévrismes artério-veineux. »

MM. Landrieux, 17; Brizard, 19; Perrot, 15; Judet, 26; Rymer, 14; Rousset, 27; Arnal, 25; Stefani, 19; Richard, 18.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX ALBERT DE MONACO (100.000 fr.), à M. L. Cuénot, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Nancy, membre correspondant de l'Académie des sciences depuis 1918, docteur *honoris causa* de l'Université de Louvain.

Deuxième liste des prix et subventions attribués en 1930. — *Médecine et chirurgie.* — PRIX MONTYON : prix de 2.500 fr. décernés à M. Marcel Aynaud, directeur du laboratoire départemental de bactériologie d'Eure-et-Loir; à M. Henri Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris; à M. Lucien Viborel, secrétaire général de la Commission générale de propagande à l'Office national d'hygiène sociale.

Mentions honorables de 1.500 fr. à MM. Paul Blum, directeur de l'Institut d'hydrologie thérapeutique et climatologique de Strasbourg, et Ernest Schaaf, médecin oculiste du réseau d'Alsace et de Lorraine; à MM. Noël Fiessinger, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Henri-René Olivier et Maurice Herbain; M. Henri Fischer, assistant à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Citations à M. Charles Mayer, assistant à l'hôpital Laennec, et à M. Gustave Rappin, directeur de l'Institut Pasteur de la Loire-Inférieure.

PRIX BARBIER (2.000 fr.), à M. Léopold-Lévi, ancien interne des hôpitaux de Paris. — PRIX BRÉANT : prix de 2.500 fr. décernés à M. Julien Dumas, de l'Institut Pasteur; à MM. Stefan Nicolau, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris, Ian-Alfred Galloway, au National Institute for medical research, et à Mme Octavie Dimancesco-Nicolau, assistante à l'Institut Pasteur. — PRIX GODARD : prix de 500 fr., à M. Jules Janet, ancien interne des hôpitaux, et à M. Pierre Gley, préparateur à l'Ecole des hautes études. — PRIX MÈGE (1.000 fr.), à M. Henri Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris. — PRIX DUSGATE (2.500 fr.), à M. Henry de Varigny, docteur ès sciences. — PRIX BELLION (1.400 fr.), à M. Jean Bordas. — PRIX DU BARON LARREY (1.000 fr.), à M. Joseph Maisonnet, colonel médecin, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce; M. Daniel Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux, et M. Th. Alajouanine, agrégé à la Faculté de médecine. — PRIX ALFRED-DUTENS (5.000 fr.), à M. Henry Bordier, agrégé à Lyon, et à M. Georges Bourguignon, électroradiologiste à la Salpêtrière.

Physiologie. — PRIX MONTYON (1.500 fr.), à M. Charles Porcher, directeur de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon. — PRIX L. LA CAZE (10.000 fr.), à M. Maurice Doyon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon. — PRIX POURAT (2.000 fr.), à M. Henri Delaunay, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1.400 fr.), à M. Jean Régnier, pharmacien-chef des hôpitaux de Paris. — PRIX PHILIPEAUX (1.000 fr.), à M. Jacques Millot.

(Voir la suite des « Informations », *p. 1632.)*

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DU « JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES » (1830-1930)

Le 10 janvier 1831, Lucas-Championnière faisait paraître le premier numéro de ce *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* qui, sous sa direction puis sous celle de ses fils et petit-fils, devait connaître une si belle carrière.

Le premier numéro du journal avait déjà cette couverture romantique rouge groseille ou rouge violacé si familière à tous les praticiens. Ses « Cahiers », suivant l'expression du fondateur, étaient petits de format, mais par leur haute valeur scientifique ils ont occupé et occupent toujours une place considérable dans la presse médicale française. A cette valeur scientifique la belle lignée des Championnière a ajouté une grandeur morale devant laquelle on doit s'incliner avec respect.

Le fils aîné du fondateur : mon maître Just Lucas-Championnière ne fut pas seulement l'illustre chirurgien dont le rôle fut si considérable dans l'évolution de la chirurgie con temporaine, ce fut aussi, et nous devons le retenir surtout aujourd'hui, un rédacteur en chef qui reste un modèle pour chacun d'entre nous.

Auprès de lui, son frère Paul, admirable journaliste, d'une modestie excessive, montrait à son aîné une affection et un dévouement qu'il savait faire partager. Paul Lucas Championnière a donné une très grande impulsion à son journal car il ne l'a pas considéré, ainsi que tant d'autres à son époque, comme une tribune personnelle mais comme un moyen d'être utile à ses confrères.

Cette ligne de conduite a été scrupuleusement suivie par Just Lucas-Championnière fils, actuellement professeur à l'Ecole de médecine d'Hanoï, par Paul-Henri Lucas-Championnière, notre cher camarade de guerre tragiquement disparu ; enfin par ce charmant Mirande si prompt à s'assimiler toutes choses et à en faire profiter ses lecteurs.

La tradition en a été maintenue aussi par les directeurs actuels, mes excellents confrères et amis Viguerie-Lucas-Championnière et René Mignot assistés d'un comité de rédaction comprenant Delagenière, malheureusement disparu il y a quelques jours, M. Michon, le professeur Sergent, enfin notre vénéré maître M. Siredey dont le labeur constant et la haute conscience commandent à tous le respect et l'admiration.

Après cent ans, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* demeure ce qu'il a toujours été, le type du journal bien français, honnête, consciencieux, rédigé à la française par des hommes probes qui font passer le souci de la vérité et de la dignité professionnelles avant leurs intérêts.

C'est dire dans quel esprit de sympathie profonde et recueillie les amis du journal de Championnière se sont réunis la semaine dernière autour de Mmes Just et Paul Lucas-Championnière, de leurs enfants et de la rédaction du journal, pour fêter le centenaire de l'œuvre familiale.

Des discours très vibrants furent prononcés par le docteur Conzette (de Saint-Mandé), le plus ancien abonné présent à Paris; par le médecin général inspecteur Sieur, au nom de ses camarades de l'armée; par le professeur Loeper, au nom de l'association de la Presse médicale française dont J. Lucas-Championnière fut le président; par le professeur Léopold Mayer, au nom de la Presse médicale belge; par M. L. Ribadeau Dumas, représentant l'association d'enseignement médical dans les hôpitaux; par le professeur Gosset, au nom de la Société de chirurgie; par le professeur Chauffard et par M. Siredey qui, au nom du comité de rédaction, apporta à la famille Championnière un témoignage profond et ardent de sympathie.

M. Maurice Viguerie se fit l'interprète de la famille Lucas-Championnière et donna lecture d'un télégramme de son beau-frère Just Lucas-Championnière retenu à Hanoï, loin de cette fête qui fut la très émouvante glorification de sa famille.

*
* *

LE NUMÉRO DU CENTENAIRE

Le comité de rédaction du journal de Championnière vient de publier, en respectant le format et la couverture si populaires, un numéro spécial consacré à l'histoire du journal.

Ce « cahier » renferme un excellent résumé de la vie du journal, suivi de l'article historique que Just Lucas-Championnière consacra, en 1889, à la méthode de Lister.

« N'oublions pas, nous disait l'autre jour M. le professeur Gosset, que J. Lucas-Championnière était alors interne, qu'il avait vingt-cinq ans seulement. C'est dans ces conditions qu'il partit pour aller voir opérer, au fond de l'Ecosse, un homme inconnu alors en France. Il est fort probable que sans le don de persuasion de Championnière, qui convertit ou ébranla tous les chirurgiens de son époque, Terrier lui-même, personne n'aurait eu l'idée d'imiter Lister et qu'on l'aurait découvert trente ans plus tard. »

N'est-ce pas là un magnifique reportage scientifique, bien digne non seulement de l'illustre chirurgien qu'il devait devenir, mais du vrai journaliste qu'il était déjà?

De beaux articles dus à M. le professeur Chauffard, à M. le professeur Roux (de Lausanne), à M. le professeur Giordano (de Venise), à MM. les professeurs Forgue (de Montpellier), Loeper (de Paris), Leriche (de Strasbourg), complètent ce numéro qui montre la grandeur, et aussi la vitalité toujours renouvelée du journal de Championnière. F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

LE VENDREDI 5 DÉCEMBRE 1930

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes* et *produits chimiques hors série (chlorure de méthyle pur et oxygène)* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1er janvier 1931.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 25 novembre 1930.



le FORTOSSAN simple :

Suraliment phosphaté intégral

Chez les enfants chétifs, athrepsiques, convalescents,

Relève la courbe de poids,
Rétablit l'état général.

1/2 à 2 cuillères à café par jour

le FORTOSSAN irradié :

Chez les enfants rachitiques, prérachitiques,
Chez les adultes déminéralisés.

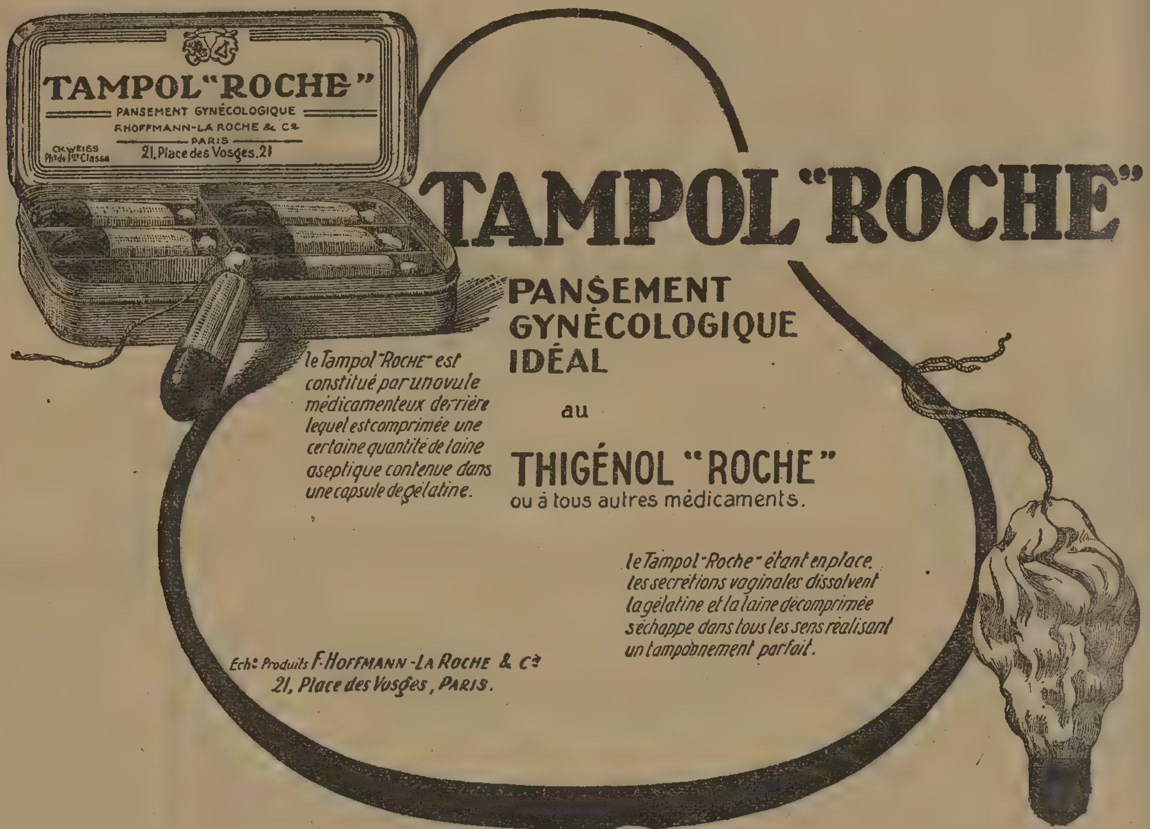
Forme du tissu osseux sain,
Rétablit l'équilibre phospho-calcique.

1/2 à 2 cuillères à café par jour

Tolérance parfaite

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulev. de la Part-Dieu, LYON

**


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT
GYNÉCOLOGIQUE
IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol-Roche étant en place les secrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Echᵒⁿ Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

REVUE GÉNÉRALE

LES RAMOLLISSEMENTS CÉRÉBRAUX

Par Henri ROGER (1),
Professeur de Clinique neurologique à la Faculté de médecine de Marseille.

On désigne, sous ce nom, les désordres dus à l'*oblitération d'une artère cérébrale*, habituellement atteinte d'*artérite progressive*.

On distingue deux sortes de ramollissement cérébral, dont les symptômes, aussi bien que les lésions, sont assez différents. Le ramollissement en foyer, généralement unique, lié le plus souvent à la thrombose d'une branche de la sylvienne, se traduit par une hémiplégie avec ou sans aphasie. La cérébrosclérose lacunaire progressive, constituée par de nombreuses et minuscules lacunes de désintégration cérébrale, siégeant dans les deux hémisphères, réalise le tableau de la paralysie pseudobulbaire (démarche à petits pas, troubles de la déglutition, de la mimique automatique ou du psychisme).

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL EN FOYER

Anatomie pathologique. — Nous étudierons d'abord le foyer malacique, puis la lésion artérielle causale.

1° Le foyer malacique est ordinairement superficiel, plus rarement profond; il peut être à la fois cortical et sous-cortical. Suivant l'importance de l'artère oblitérée, il occupe un territoire qui va de la dimension d'un pois à celle de tout un hémisphère. Dès l'ouverture des méninges, le ramollissement cortical apparaît sous forme d'une zone brunâtre ou jaunâtre, légèrement déprimée, à laquelle la pie-mère est adhérente. Un ramollissement central donne, à la palpation de l'hémisphère, une impression de pseudofluctuation.

A la coupe, le foyer est rouge vineux, avec des portions centrales, plus foncées que les autres, correspondant à de petits foyers hémorragiques; sa consistance est diffluente; ses limites sont peu nettes : c'est le *ramollissement rouge*. Ce stade serait précédé, pendant quelques heures, par une phase de *ramollissement blanc*, caractérisée par une pâleur anormale de la substance blanche avec augmentation de volume et œdème des circonvolutions; on a rarement l'occasion de voir cette phase à l'autopsie. Au ramollissement rouge succède le *ramollissement jaune* : s'il siège à l'écorce, il a l'aspect d'une plaque jaune chamois, à contours limités, au niveau de laquelle les circonvolutions, ratatinées, sont recouvertes par des méninges épaissies prenant parfois part à la formation de petits kystes; s'il est central, c'est une cavité anfractueuse, à parois ocreuses, divisée par des cloisons en loges irrégulières, contenant un liquide comparé à du lait de chaux.

2° Les artères du polygone de Willis, plus particulièrement la sylvienne ou l'une de ses branches, sont épaissies, dures, sinueuses, infiltrées de plaques d'athérome, qui les rendent parfois moniliformes. En un point donné, l'endartérite se complique d'un thrombus qui bouche le vaisseau sur une plus ou moins longue étendue. Assez fréquemment cependant, l'oblitération n'est qu'incomplète et la lumière du vaisseau est encore visible à l'œil nu, soit que d'emblée l'artère soit restée en partie perméable, soit que le thrombus se soit ultérieurement tunnellisé. Parfois même le calibre est simplement rétréci. Le ramollissement siège dans le territoire des branches de la sylvienne les plus voisines du thrombus (siège proximal), tandis que le territoire distal reste relativement indemne.

(1) Conférence de sémiologie neurologique faite à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Type clinique habituel, le ramollissement des vieillards par artériosclérose de la sylvienne. — Un homme âgé, généralement artériocléreux, mais qui est loin d'être toujours un hypertendu, présente, en s'éveillant un matin, des fourmillements dans le membre supérieur : les doigts s'engourdissent, puis se paralysent; bientôt le bras se prend, enfin le membre inférieur. Cette marche extensive dure plusieurs heures, parfois vingt-quatre ou quarante-huit.

L'*hémiplégie* est complète et totale, et dans ce cas les jours suivants, la paralysie du membre inférieur rétrocède en partie; ou bien d'emblée, la paralysie est limitée au membre supérieur. Flasque au début, mais avec signe de Babinski précoce, elle se complique vers le quinzième ou vingtième jour de contracture avec exagération des réflexes.

Assez fréquemment, au déficit moteur s'associent des signes d'irritation corticale, sous forme de convulsions localisées, qui surviennent dès le début ou entrecoupent l'évolution de l'hémiparésie. Généralement de courte durée, ces crises peuvent exceptionnellement se grouper sous forme d'un véritable état de mal jacksonien.

On constate, d'une façon inconstante, des troubles sensitifs (dysesthésies surtout, parfois hémihypoesthésie, plus rarement hémianesthésie complète), qui d'ailleurs rétrocèdent beaucoup plus rapidement que la paralysie.

A côté de ces désordres moteurs, on observe, soit associée à eux, soit évoluant à titre isolé et constituant l'unique manifestation de l'artérite, une aphasie, généralement du type Broca, qui reste longtemps très intense, mais qui, dans certains cas, rétrocède partiellement, ou bien encore une hémianopsie.

L'*intellect* de pareils malades n'est jamais indemne: diminution de la mémoire pour les faits récents, difficulté de l'attention, troubles du caractère : irritabilité, colères faciles, idées souvent hypochondriaques. Ces modifications, liées à la circulation cérébrale défectueuse, sont souvent restées latentes jusque-là et semblent déclanchées par l'apparition de l'hémiplégie.

Le *liquide céphalo-rachidien* est normal. Quelques cas de ramollissement cortical se distinguent par une réaction méningée assez intense; celle-ci du

type congestif (pluie de polynucléaires intacts, sans grande hyperalbuminose) réalise une véritable méningite puriforme aseptique, qui laisse comme résidu une simple lymphocytose.

Types évolutifs. — L'évolution de la thrombose sylvienne est assez variable.

1. Nous avons pris comme exemple le type le plus fréquent à *marche rapidement progressive*.

2. D'autres ont un début *aigu*.

a. L'ictus apoplectique, qui emporte le malade dans le coma en quelques heures ou en un à deux jours, à la façon d'une hémorragie cérébrale, est exceptionnel : il est le fait d'une thrombose très étendue.

b. Parfois le coma se prolonge ou rétrocède à peine. La mort emporte le vieillard au bout de quelques jours, du fait de la débilité due à l'âge ou d'une complication intercurrente (congestion des bases, pneumonie dite de déglutition, escarres).

c. Dans certains cas, la période apoplectique passe, mais le malade, atteint d'hémiplégie très prononcée tombe dans le marasme, succombe en quatre à six semaines à une véritable « cachexie nerveuse. »

d. Quelques malades sortent assez rapidement de leur coma, mais leur hémiplégie, due à une thrombose massive, est d'emblée totale, complète, quasi définitive, avec contracture précoce.

e. Ceux qui ont débuté par un simple vertige sans véritable ictus, ont plus de chance de voir leur hémiplégie, quoique installée brusquement, régresser en partie.

3. Une mention particulière doit être réservée aux *formes d'artérite lentement progressive*. A des intervalles, souvent très espacés, de plusieurs mois ou même de plusieurs années, un malade présente quelques épisodes de parésie ou de dysesthésie brachiale ou bien encore d'aphasie, qui durent quelques minutes, quelques heures, rarement tout un jour (un interrogatoire minutieux révèle souvent pareils prodromes éloignés même dans les types à allure la plus aiguë). A un moment donné, pareilles paresthésies, au lieu de disparaître, persistent quelques jours, puis se compliquent d'une parésie brachiale, qui met quelques semaines pour s'installer; enfin le membre inférieur se prend lentement à son tour. Ces symptômes évoluent par poussées, avec périodes d'amélioration et périodes d'aggravation, auxquelles correspondent souvent des crises d'épilepsie jacksonienne : c'est l'hémiplégie dite variable, ou encore « en accordéon ». Une fois l'hémiplégie constituée, l'évolution peut s'arrêter, mais le plus souvent, soit par ictus successifs, soit graduellement survient un coma qui s'aggrave jusqu'à la mort.

4. L'avenir d'un malade qui a eu un premier foyer de ramollissement cérébral, est assombri par la possibilité d'une ou plusieurs récidives à une date plus ou moins éloignée, parfois au bout de plusieurs années. Une nouvelle thrombose oblitère soit le même territoire vasculaire, faisant réapparaître une hémiplégie ou une aphasie presque disparues, soit des territoires voisins, soit encore un vaisseau de l'autre hémisphère, *forme à ictus récidivant*. La mort peut être la conséquence d'un de ces nouveaux ictus.

5. Certaines nécrobioses cérébrales de peu d'étendue restent absolument *latentes* et ne sont décelées qu'à l'occasion d'un examen neurologique complet (petit signe d'hémiparésie ou hémianopsie ignorées du malade); elles peuvent même être de pures découvertes d'autopsie.

Types topographiques. — L'artérite sylvienne est la cause des deux tiers des ramollissements cérébraux. Après elle se classent, par ordre de fréquence, les artérites de la cérébrale postérieure et de la cérébrale antérieure. Plus exceptionnelles sont les thromboses de la choroïdienne antérieure et des cérébelleuses.

La méthode anatomoclinique permet actuellement de tracer pour chacune d'entre elles un tableau assez spécial.

1. Types sylviens. — Nous en avons tracé un schéma succinct, auquel il convient d'apporter quelques précisions.

De l'artère sylvienne se détachent deux sortes de branches. Les unes profondes, perforantes, se distribuent surtout au corps strié et au bras antérieur de la capsule interne. Les autres, superficielles, irriguent la substance grise de l'écorce rolandique et rétrorolandique ainsi que la partie de la substance blanche du centre ovale sous-jacente aux circonvolutions.

a. *Le ramollissement sylvien profond* revêt le type d'une hémiplégie banale, avec contracture (mais sans athétose ni rigidité parkinsonienne, malgré la destruction du corps strié), sans troubles sensitifs ni hémianopsie. Il y a ou non aphasie (de type Broca au début, puis avec prédominance d'anartrie généralement rebelle), suivant que la lésion cérébrale siège dans le cerveau gauche ou le cerveau droit.

b. *Le ramollissement sylvien superficiel* entraîne une hémiplégie à prédominance brachiale, avec troubles sensitifs exclusivement brachiaux à type d'astéréognosie, avec ou sans aphasie de Broca, mais sans hémianopsie. La localisation des troubles au membre supérieur s'explique par l'intégrité des centres corticaux du membre inférieur, tributaires de la cérébrale antérieure.

Dans le territoire superficiel de la sylvienne, la thrombose peut se limiter aux branches antérieures ou aux branches postérieures.

α. Parmi les ramollissements sylviens superficiels *de type antérieur*, signalons celui de l'artère prérolandique, qui atteint l'opercule rolandique et le pied de la deuxième frontale; dans les cas où il est bilatéral, il entraîne une curieuse paralysie faciolinguo-masticatrice, rappelant la paralysie bulbaire, mais sans contractions fibrillaires ni atrophie. Celui de l'artère pariétale antérieure, qui frappe la partie antérieure du lobe pariétal, réalise le syndrome sensitif cortical ou syndrome pariétal, qui rappelle par certains côtés le syndrome thalamique (hypoesthésie surtout brachiale à distribution souvent radiculaire, incoordination légère et mouvements

choréiformes sans grand déficit moteur et sans hémianopsie).

Le ramollissement sylvien superficiel du *type postérieur* occupe la partie postérieure du lobe pariétal, le pli courbe, les deux premières circonvolutions temporales et la partie antéro-supérieure du lobe occipital. Il ne se traduit que par une hémianopsie, associée, au cas de lésion gauche, à une aphasie de Wernicke et à une apraxie idéo-motrice et idéatoire qui en est parfois le reliquat le plus durable et le plus gênant.

c. *Le ramollissement sylvien total,* lié à la thrombose des branches superficielles comme des branches profondes, entraîne une grosse hémiplégie avec hémianesthésie, hémianopsie et aphasie massive; il est peu compatible avec la vie.

2. La CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE, née de la bifurcation de la vertébrale, a un territoire beaucoup moins étendu que la sylvienne, mais a une importance considérable en raison des formations qui dépendent de ce territoire. Elle irrigue la plus grande partie des lobes temporal et occipital, en particulier le cuneus, centre cortical de la vision, et surtout la moitié postérieure de la couche optique, ainsi que la région sous-optique (où passent faisceau pyramidal, faisceau sensitif, voie cérébelleuse du pédoncule cérébelleux supérieur), le corps genouillé, la bandelette optique, le tubercule quadrijumeau, le corps de Luys et le locus niger.

Suivant la localisation de l'artérite, le syndrome de l'artère cérébrale postérieure se traduit, soit par une hémianopsie, associée ou non à une alexie, soit par un syndrome thalamique complet ou dissocié (douleurs continues avec crises paroxystiques, hémianesthésie à tous les modes, contracture variable, choréoathétose et troubles de la coordination), soit par l'association des deux syndromes. Il peut encore réaliser un syndrome pédonculaire (syndrome cérébello-pyramidal et paralysie du III) ou un des syndromes du noyau rouge (syndrome inférieur avec hémiplégie cérébelleuse et paralysie du III, syndrome supérieur avec hémiasynergie et tremblement intentionnel rappelant la sclérose en plaques).

3. La CÉRÉBRALE ANTÉRIEURE, issue, comme la sylvienne, de la carotide interne, chemine à la face interne du cerveau, contourne le genou du corps calleux et vient se terminer sur le bord convexe du cerveau dans le lobule paracentral; elle irrigue, outre ce lobule paracentral, une grande partie du lobe frontal et le corps calleux. Sa thrombose provoque, soit une monoplégie crurale prédominant au pied, qui devient ballant, avec ou sans parésie discrète du membre supérieur, soit une apraxie unilatérale gauche si le corps calleux est atteint.

4. Parmi les thromboses de moindre importance, signalons celles de la choroïdienne antérieure, branche de la carotide, de la cérébelleuse supérieure, branche du tronc basilaire, de la cérébelleuse postérieure et inférieure, née directement de la vertébrale.

La CHOROÏDIENNE ANTÉRIEURE, avant d'atteindre les plexus choroïdes, contourne le pied du pédoncule cérébral et fournit des artères qui irriguent la couche optique et la partie postérieure de la capsule interne. Le ramollissement de son territoire se traduit par une hémiplégie massive, avec atteinte prédominante du membre inférieur, avec hémianesthésie modérée et hémianopsie, sans aphasie.

L'ARTÈRE CÉRÉBELLEUSE SUPÉRIEURE irrigue la partie supérieure de l'hémisphère cérébelleux (d'où un hémisyndrome cérébelleux homolatéral, en cas de thrombose), le pédoncule cérébelleux supérieur (mouvements involontaires) et la calotte protubérantielle (hémianesthésie croisée à type syringomyélique).

La THROMBOSE DE L'ARTÈRE CÉRÉBELLEUSE POSTÉRIEURE ET INFÉRIEURE, ou d'après certains auteurs la thrombose de l'artère latérale du bulbe, entraîne un ramollissement latéral de l'étage supérieur du bulbe. L'atteinte des noyaux des IX, X, XI, du sympathique, des faisceaux cérébelleux et des voies sensitives se traduit en clinique par un syndrome alterne : paralysie palato-pharyngo-laryngée, syndrome de Claude-Bernard-Horner et latéropulsion du côté de la lésion, hémianesthésie à type syringomyélique du côté opposé.

Autres types étiologiques : les ramollissements cérébraux des adultes et des jeunes. — Certains ramollissements, apparaissant chez des adultes, ont la même évolution que les ramollissements des gens âgés. Ils ont, en effet, la même étiologie, une artériosclérose cérébrale qui est ici relativement précoce, du fait simplement de l'usure plus grande de la vie, d'une hérédité vasculaire, d'une auto-intoxication surajoutée (surtout alcoolisme et diabète, plus rarement saturnisme).

Mais il est d'autres ramollissements des jeunes qui ont une physionomie clinique et étiologique bien tranchée. L'un est lié, lui aussi, à une artérite, mais à une artérite spéciale, l'artérite syphilitique; l'autre dépend d'un mécanisme tout différent, celui de l'embolie.

Le RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL D'ORIGINE SYPHILITIQUE apparaît à une période assez précoce de la syphilis et débute dans certains cas brusquement par un ictus avec hémiplégie d'emblée complète. Le plus souvent il se traduit par des dysesthésies et une hémiparésie lentement progressive, évoluant à bas bruit pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. L'hémiparésie reste assez longtemps flasque. Traitée énergiquement dès son début, elle peut rétrocéder complètement sans laisser aucun reliquat. Une de ses principales caractéristiques est la coexistence fréquente de céphalée violente à maximum nocturne. Localisée du côté opposée à l'hémiplégie et précédant de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois l'apparition du premier déficit pyramidal, cette céphalée indique la participation des méninges au processus (méningo-vascularite syphilitique); on trouve à la ponction lombaire une réaction albumino-cytologique et un Bordet-Wassermann positif.

De cette artérite syphilitique subaiguë rappro-

chons des cas tout à fait exceptionnels d'*artérite cérébrale aiguë*, compliquant certaines infections (fièvre typhoïde, pneumonie, diphtérie, mélitococcie) et se traduisant par une hémiplégie à caractère plus ou moins durable. Certaines intoxications, comme l'oxyde de carbone, produisent souvent une nécrose ischémique des noyaux gris centraux. Mentionnons les thromboses cérébrales des maladies sanguines comme leucémie ou érythrémie.

Le RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL D'ORIGINE EMBOLIQUE complique habituellement une endocardite mitrale (surtout le rétrécissement) d'origine rhumatismale ou d'autre origine, plus rarement une aortite. Son apparition, quand elle ne dépend pas d'une période d'hyposystolie où les caillots formés dans l'oreillette gauche ont tendance à se fragmenter, indique une poussée évolutive d'endocardite et s'accompagne d'un petit mouvement fébrile. Les néoformations valvulaires encore fragiles sont alors plus susceptibles de se détacher. Parfois le ramollissement complique une endocardite infectieuse qui évolue souvent à bas bruit (sans signes stéthoscopiques ou sans modifications des anciens signes d'endocardite mitrale) sous le masque d'une anémie intense ou d'une fièvre irrégulière cryptogénétique.

Ce ramollissement a un début brusque : ictus subit, perte de connaissance de quelques heures. L'hémiplégie, d'emblée à son maximum, rétrocède souvent rapidement au membre inférieur; la paralysie se fixe au membre supérieur et y restera très accusée avec forte contracture.

Les artères cérébrales n'étant pas altérées et la circulation n'étant gênée que dans un territoire particulier au cerveau, les *fonctions psychiques* ne sont pas atteintes, sauf dans les cas de grosse embolie gauche avec aphasie considérable.

L'étendue du ramollissement et la gravité des désordres dépendent surtout de la dimension de l'embolie qui s'arrête, soit dans une des branches terminales, soit dans le tronc de la sylvienne. L'embolie cérébrale est généralement isolée. Fait curieux, ici comme dans l'artériosclérose sénile, des monoparésies ou des aphasies transitoires précèdent, dans quelques rares cas, la grosse attaque d'hémiplégie; elles sont dues sans doute à une embolie minuscule permettant ultérieurement le retour de la circulation dans un territoire vasculaire primitivement inhibé.

Diagnostic. — Chez les VIEILLARDS il est classique d'opposer le tableau du ramollissement cérébral à celui de l'*hémorragie*. La fréquence de cette dernière paraît avoir été considérablement surestimée. D'après les statistiques récentes (Foix), on trouve à l'autopsie de vieillards morts à la suite d'ictus par lésion en foyer une proportion de quatre ramollissements pour une hémorragie seulement.

La brusquerie et l'intensité de l'ictus, les convulsions généralisées, l'hypothermie du début suivie d'une ascension fébrile durant quelques jours, le caractère total, permanent et indélébile de l'hémiplégie, la contracture précoce, le liquide céphalo-rachidien sanglant seraient plus en faveur de l'hémorragie. La marche progressive dans le temps et dans l'espace et la régression de l'hémiplégie, l'existence dès le début d'une simple monoplégie, l'épilepsie jacksonienne, l'aphasie ou tout autre signe d'atteinte surtout corticale seraient plutôt à l'actif d'un ramollissement. Toutefois, même dans l'hémorragie qui, ne l'oublions pas, est comme le ramollissement due à une artérite, il peut y avoir des prodromes éloignés sous forme de dysesthésie ou de parésies transitoires.

Ce diagnostic différentiel sera souvent délicat : la constatation d'une poussée hypertensive au moment de l'ictus sera un argument de très grand poids en faveur de l'hémorragie.

Chez les ADULTES ou les JEUNES l'installation d'une hémiparésie à début brusque sera immédiatement rapportée à sa *cause embolique* quand le patient sera reconnu comme un ancien mitral ou quand l'examen clinique décélera une poussée aiguë d'endocardite. Non seulement le cœur, mais encore l'ensemble du système circulatoire devra être examiné avec soin pour dépister anémie, taches purpuriques, petites hématuries, petits nodules passagers des extrémités des doigts à type de panaris, grosse rate, gros foie, poussées fébriles récidivantes, signature d'une endocardite à marche lente souvent sans grands signes stéthoscopiques.

Une fois éliminée cette éventualité assez rare de l'origine embolique, on recherchera l'*artérite syphilitique*, cause bien plus fréquente : antécédents du sujet, petits signes d'imprégnation syphilitique (leucoplasie, cicatrices suspectes) et surtout de syphilis nerveuse (inégalité pupillaire ou Argyll), réactions de laboratoire.

Un examen minutieux écartera les autres causes d'artérite, alcoolisme, diabète, saturnisme, susceptibles de provoquer des ramollissements cérébraux. Parfois la syphilis est associée à l'un ou l'autre de ces facteurs.

Dans le doute, on ne s'abstiendra pas d'instituer un traitement d'épreuve, précoce et intensif.

Chez les jeunes, atteints d'hémiplégie ou d'aphasie, on ne pense peut-être pas assez à la *tumeur cérébrale* et à la *tuberculose*. Hémiparésie sensitivo-motrice ou aphasie lentement progressives, souvent crises jacksoniennes, céphalée à localisation unilatérale feront penser à un méningiome comprimant la région rolandique. Hémiplégie plus rapide avec syndrome d'hypertension intracranienne (céphalée diffuse, stase papillaire, hypertension du liquide céphalo-rachidien, obnubilation intellectuelle) orienteront vers un gliome sous-cortical. La possibilité d'un véritable ictus au cours d'une néoplasie et celle d'un syndrome d'hypertension intracranienne d'origine artérioscléreuse rendent parfois le diagnostic plus délicat. Une plaque de méningite tuberculeuse localisée peut, plusieurs semaines avant la généralisation terminale, créer une hémiparésie avec céphalées tenaces. L'*abcès cérébral*, si souvent torpide, se soupçonne surtout quand le malade est atteint d'une lésion otitique en voie de réchauffement.

Le médecin est parfois consulté par un adulte jeune, ou parfois un adolescent, très impressionné

par une ou plusieurs crises passagères d'engourdissement de quelques minutes de durée remontant de la main à la racine du membre supérieur, et parfois à la face et s'accompagnant même d'aphasie transitoire, car pareils symptômes sont considérés par lui et son entourage comme prémonitoires d'un début « d'attaque ». Si un interrogatoire précis établit la succession toujours la même des symptômes suivants : d'abord troubles visuels à type de scotome scintillant, souvent hémiopique, puis dysesthésies brachiales et faciales, enfin céphalée à prédominance unilatérale avec ou sans vomissements, on sera autorisé à rattacher ces symptômes alarmants à une simple *crise de migraine accompagnée*.

Physiologie pathologique. — Le foyer de ramollissement est dû à l'ischémie d'un territoire cérébral tributaire d'une artère thrombosée. La disposition à peu près terminale des artères cérébrales explique le défaut de suppléance vasculaire et la nécrobiose.

Mais souvent l'oblitération artérielle n'est pas complète. Aussi faut-il faire intervenir d'autres facteurs, accessoires ou occasionnels, pour expliquer l'arrêt brusque de la circulation dans une artère depuis longtemps lésée.

1. Le plus important est celui du *spasme vasculaire* qui se surajoute à l'endartérite ou à l'embolie et bloque le territoire artériel. Le spasme qui s'était primitivement étendu à un certain nombre de branches de la sylvienne, voisines de la lésion originelle, rétrocède d'abord au niveau de celles-ci, et l'étendue de l'hémiplégie se restreint, puis au niveau de la lésion elle-même, et l'intensité de l'hémiplégie décroît. Pareils spasmes, d'une durée plus ou moins longue, réduisant le calibre d'une artère atteinte d'une lésion moins évoluée, expliquent la rétrocession de ces monoparésies ou de ces aphasies transitoires, qui ont pu précéder de quelques mois ou parfois de quelques années l'ictus hémiplégique. Un simple spasme vasculaire, sans artérite, est à la base des hémiparésies ou des hémiparesthésies passagères des migraines accompagnées.

2. Vient ensuite la chute plus ou moins rapide de la tension artérielle. Une chute brusque, sous l'influence d'une saignée abondante, chez un artério-scléreux non hypertendu, peut être cause d'un ramollissement définitif; l'abaissement tensionnel progressif, dû à la sénilité, facilite la nécrobiose des gens âgés.

3. Les troubles de la coagulation et l'hyperviscosité sanguine, fréquents chez les artério-scléreux, jouent un rôle de second plan.

Traitement. — 1. AU MOMENT DE L'ICTUS. — De ces données physiopathologiques découlent une série de recommandations de la plus grande utilité, en particulier pour le traitement du ramollissement des gens âgés.

Chez un vieillard frappé d'ictus, on ne fera de saignée qu'au cas de grosse hypertension artérielle, pouvant faire craindre une hémorragie. Comme le plus souvent, il ne s'agit que d'un ramollissement, on se contentera d'émissions sanguines locales, au moyen de sangsues placées à la région mastoïdienne, qui agissent non seulement par la déplétion sanguine, mais encore par l'effet anticoagulant de l'hirudine. On fera de la révulsion à distance, du côté du rectum par le lavement purgatif du Codex, aux membres inférieurs par des sinapismes. Si l'on constate de l'hypertension artérielle, ou d'autres signes d'insuffisance cardiaque, la digitaline, en donnant un coup de fouet au myocarde, activera la circulation cérébrale et évitera l'envasement définitif de la sylvienne.

Chez un sujet jeune, non cardiaque, c'est l'armement antisyphilitique qu'il faut mettre en œuvre, sans tarder, même sans attendre le résultat des épreuves de laboratoire. Un traitement précoce, dès l'ictus, et d'emblée intensif (novarsenobenzol intraveineux combiné au cyanure et au bismuth) aura rapidement raison du spasme surajouté à l'artérite syphilitique et restreindra au minimum les reliquats moteurs ou sensitifs. Un ramollissement cérébral syphilitique survenant chez un homme âgé, artérioscléreux, serait traité d'une façon plus douce en raison de l'insuffisance de ses émonctoires, par cures alternées d'injections intramusculaires de mercure, de bismuth, d'arsenic à faibles doses.

2. APRÈS L'ICTUS. — Trois indications principales s'imposent, tirées du processus même, qui commande le ramollissement cérébral.

a. Faire cesser l'élément artériel spasmodique par les antispasmodiques, tels que le benzoate de benzyle, par les vasodilatateurs, trinitrine ou nitrite de soude, par les injections d'acétylcholine.

b. Diminuer la coagulabilité sanguine par le citrate de soude (10 grammes par jour).

c. Agir sur le fond artérioscléreux par l'iode et l'iodure de Na (0,50 à 1 gramme par jour), les injections d'iode ou d'huile iodée.

Ces diverses indications seront alternées et combinées avec des tonicardiaques et des diurétiques, strophantus, théobromine, scille, si utiles chez les scléreux.

Un régime hypotoxique, la cessation de tout travail fatiguant éviteront les rechutes.

CÉRÉBRO-SCLÉROSE LACUNAIRE PROGRESSIVE : PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE

Anatomie pathologique. — Le cerveau est criblé de toutes petites lacunes de désintégration cérébrale, qui siègent dans l'écorce, la protubérance et surtout aux noyaux gris centraux et au centre ovale avec une certaine prédilection pour le corps strié. Ces minuscules cavités irrégulières à parois déchiquetées, sont souvent traversées par de minces brides de tissu conjonctif; elles contiennent des vaisseaux scléreux, mais perméables. A côté de ces lacunes visibles à l'œil nu, on trouve au microscope des îlots de sclérose disséminée, non visibles macroscopiquement, qui ne sont sans doute qu'un des premiers stades de l'état lacunaire et qui dans certains cas constituent l'unique lésion. Parfois on rencontre également des foyers de ramollissement, semblables à ceux ultérieurement décrits, mais généralement de petites dimensions.

Les lésions sont bilatérales, et plus ou moins

symétriques. Elles retentissent d'une façon constante sur les faisceaux pyramidaux qui sont dégénérés. Elles laissent indemnes les formations grises de la protubérance et du bulbe.

Étude clinique. — En raison de l'atteinte, peu intense, mais bilatérale, des noyaux gris centraux et des faisceaux pyramidaux, les cérébro-scléreux se caractérisent surtout par la gêne ou la perte des mouvements conjugués commandés par les deux hémisphères, par des paralysies de fonction. L'activité volontaire est seule frappée, mais l'automatisme déchaîné complique le tableau clinique. Les troubles prédominent dans les muscles de la face, de la langue, du pharynx et du larynx, innervés par le bulbe, d'où le nom de pseudobulbaires, donné à de pareils malades.

Le *facies* est plutôt monotone qu'atone, parfois même légèrement contracté. Sauf dans les cas de double lésion localisée aux lobules paracentraux (qui se traduit par une diplégie labiolinguopharyngomasticatrice), les mouvements volontaires sont parfois gênés, mais possibles; par contre les mouvements automatiques sont à leur maximum, d'où le rire et pleurer spasmodiques si spéciaux aux pseudobulbaires. La *déglutition* est difficile : fréquemment les malades s'engouent. La *voix* est nasonnée, monotone (par suite de la perte de la « chanson du langage »), semi-explosive, bientôt inintelligible. C'est chez les pseudo-bulbaires qu'on rencontre le plus fréquemment cette curieuse palilalie qui consiste en une répétition spontanée soit du dernier mot prononcé, soit d'une série de mots. Le réflexe du voile du palais serait toujours aboli.

Les *membres* ne sont pas paralysés; au lit, le malade effectue avec force tous les mouvements. Mais la fonction de la *marche* est troublée : démarche à tout petits pas, membre inférieur enraidi, pied à peine soulevé au-dessus du sol, n'arrivant pas à dépasser le pied, qui reste en arrière, — astasie-abasie rendant impossible toute marche et toute station verticale. Les réflexes sont exagérés.

Les *troubles de la miction* sont parfois un des premiers symptômes de la maladie : ils consistent en une urgence à uriner qui la nuit entraîne une miction involontaire. Plus tard l'affaiblissement intellectuel conduira au gâtisme : incontinence des matières fécales et des urines.

Le tableau se complète par toute une série de *troubles psychiques :* modification le plus souvent précoce de l'affectivité (hyperémotivité et irritabilité, alternatives d'euphorie et de geignardise), affaiblissement intellectuel (perte de la faculté d'attention, diminution de la mémoire), égoïsme, enfin démence avec malpropreté et gâtisme.

L'ÉVOLUTION se fait le plus souvent d'une façon lentement progressive, sans à-coups. Quelques cas sont entrecoupés de petits ictus, vertiges légers avec chute, très légère hémiparésie, qui rétrocède ou reste définitive. Parfois le début paraît coïncider avec un de ces petits ictus : mais une analyse attentive des antécédents montre la précession des troubles urinaires (incontinence impérative), et des troubles affectifs (hyperémotivité, irritabilité). Les malades grabataires sont emportés parfois par une hémorragie cérébrale surajoutée, souvent par une minime affection intercurrente.

Ce tableau, que nous avons volontairement fait très schématique, comporte de nombreuses *variantes anatomo-cliniques*, basées sur la localisation prédominante des foyers de cérébro-sclérose :

Formes cortico-sous-corticales, relativement fréquentes avec diplégie faciolinguopharyngomasticatrice ou avec paraplégie en flexion ou encore avec crises épileptiques; formes protubérantielles dont l'une rappelle par l'association de troubles cérébelleux la symptomatologie des tumeurs ponto-cérébelleuses; formes pédonculaires avec atteinte des mouvements de fonction des yeux (paralysie du regard en haut ou en bas); formes striées avec syndrome parkinsonien, etc.

Diagnostic. — La démarche enraidie et à pas réduits rapproche le pseudo-bulbaire du *parkinsonien.* Mais le parkinsonien se distingue par son tremblement spécial, par l'intensité moindre des troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation, par l'absence du rire et du pleurer spasmodiques. On ne trouve chez lui ni hyperémotivité ni syndrome pyramidal accentué, en particulier pas de signe de Babinski; enfin l'évolution est lentement progressive sans petits ictus. Dans les cas douteux, les signes d'une artério-sclérose généralisée, surtout d'une hypertension artérielle élevée orienteront le diagnostic en faveur d'une cérébrosclérose lacunaire à prédominance striée, plutôt qu'en faveur d'un syndrome parkinsonien sénile d'ordre abiotrophique ou postencéphalitique.

Dans les cas typiques, la *paralysie bulbaire*, la *paralysie labioglosso-laryngée*, primitive ou secondaire à une sclérose latérale amyotrophique, se différencient nettement du tableau pseudo-bulbaire par l'atrophie linguo-faciale, par les secousses fibrillaires, par la persistance ou l'exagération du réflexe vélopalatin, par la marche régulièrement progressive; mais dans quelques cas le diagnostic reste longtemps hésitant.

D'une façon générale, la cérébro-sclérose lacunaire est assez facile à reconnaître à une certaine période de l'évolution; mais, à son début, les modifications du caractère, une hémiparésie, parfois des crises épileptiques amèneront à discuter l'hypothèse d'une tumeur cérébrale, d'une paralysie générale tardive.

Nous n'envisagerons pas le diagnostic différentiel entre les deux formes de ramollissement cérébral que nous avons distinguées : le ramollissement en foyer plus ou moins massif et le ramollissement par petites lacunes de désintégration cérébrale. Nous avons scindé leur étude pour la commodité de la description didactique. Les types cliniques accusés sont assez différents les uns des autres. Mais il existe bien des types de passage. Un tableau pseudobulbaire peut être réalisé par des foyers bilatéraux de ramollissement d'origine thrombosique; le même cerveau peut présenter un état criblé et un ou plusieurs petits foyers de ramollisssement ocreux.

Traitement. — Nous sommes bien désarmés contre la cérébro-sclérose progressive. Régime, repos physique et intellectuel, iodures, sont indiqués. On essaiera l'acétylcholine au cours des poussées évolutives signalées par un petit ictus. En évitant autant que possible le séjour prolongé au lit, on retardera l'apparition de l'astasie-abasie qui rend ces malades grabataires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1930)

Sur l'excitabilité réflexe et les phénomènes réfractaires dans les centres. — M. H. LAUGIER et Mlle L. LUBINSKA.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1930)

Considérations sur l'évolution clinique et la thérapeutique d'un cas de tétanos grave guéri. — MM. Georges GUILLAIN et S. DE SÈZE rapportent l'observation d'un cas de tétanos très grave consécutif à une piqûre par clou, ayant eu une incubation de vingt-quatre heures et caractérisé par un trismus invincible, la généralisation des contractures aux quatre membres, des crises paroxystiques subintrantes, etc. Les auteurs insistent sur les thérapeutiques employées : 1° excision très large de la plaie infectée; 2° injection de 1 litre 680 centimètres cubes de sérum par voie sous-cutanée en vingt-cinq jours de traitement; 3° médications hypnotiques par anesthésie quotidienne d'une heure au chloroforme durant quatre jours consécutifs, par injection quotidienne intraveineuse de 5 centimètres cubes de somnifène; 4° thérapeutique d'hydratation chez un malade déshydraté par suppression absolue de toute possibilité d'ingestion de liquide durant plusieurs jours.

Chez ce malade le trismus et une contracture en flexion d'une main persistaient après la guérison du tétanos. En réalité il s'agissait de rétractions fibreuses musculaires qui furent guéries par un traitement physiothérapique.

Sur le traitement du tétanos. — M. COSTE a recueilli en trois ans, 28 observations de tétaniques. Six malades sont morts dans les trente-six heures sans que l'échec de telle ou telle thérapeutique permette une conclusion.

Sur 7 sujets traités par la méthode de Dufour (chloroforme et sérothérapie), 6 ont guéri. Sur 7 malades traités par la seule sérothérapie, 6 atteints de formes partielles ont fini par guérir, le 7e a succombé. Huit cas traités par les injections de sérum et de somnifène (4 centimètres cubes par jour par voies intraveineuse ou intramusculaire) ont fourni six décès. Cette association thérapeutique s'est donc montrée inférieure à celle du sérum et du chloroforme.

Les diphtéries minima. — M. Chr. ZŒLLER apporte l'histoire de deux diphtéries minima suivies au point de vue bactériologique et immunologique. Le premier, apparu chez un adulte non vacciné, a évolué rapidement vers la guérison sans sérothérapie; six mois après, l'anatoxi-réaction était restée négative et la réaction Schick était restée positive.

Le second cas, concerne un enfant vacciné par l'anatoxine qui malgré l'existence d'une réaction de Schick négative a présenté pendant quelques heures un exsudat contenant du bacille de Löffler. Les cas de diphtéries minima analogues à celui qu'il rapporte entretiennent l'immunité vaccinale; il existe une collaboration entre la vaccination et l'infection occulte, entre l'antigène-virus et l'antigène-vaccin.

Un cas de paralysie cubitale due à la compression du nerf par des ostéophytes au cours d'un rhumatisme chronique. — M. GUILLAIN.

A propos du diagnostic entre le mal de Pott et les tumeurs médullaires. — M. CATHALA insiste sur la valeur de la radiographie de la colonne vertébrale, et rappelle qu'une radio négative ne permet pas cependant de rejeter le diagnostic d'ostéite tuberculeuse, surtout si la lésion est récente.

Guérison spontanée d'un kyste hydatique pulmonaire par vomiques hydatiques. — MM. D'ŒLSNITZ et CARCOPINO apportent l'histoire clinique d'un kyste hydatique méconnu chez un jeune homme de vingt ans.

Actuellement, neuf mois après les derniers accidents l'état pulmonaire est absolument normal et l'examen radiographique souligne l'intégrité absolue de la base droite.

Cette observation s'ajoute à celles que Dévé (de Rouen) a publiées montrant que dans certaines de ses localisations le kyste hydatique pulmonaire peut guérir sans intervention chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1930)

Résection du genou. — M. LE FORT a obtenu d'excellents résultats par des techniques simples et estime qu'il n'est pas même nécessaire d'enlever tous les tissus suspects.

Incision transversale dans la chirurgie biliaire. — M. GOSSET estime cette incision immédiatement excellente, mais la nécessité prolongée d'un drainage cholédocien, détermine parfois des éventrations extrêmement difficiles sinon impossibles à suturer.

Désinsertion intestinale du mésentère. — Cette observation de M. CARAJANNOPOULO (d'Athènes) est rapportée par M. Leveuf : il s'agit d'une forme « latente » et l'intervention ne fut décidée qu'au bout de plusieurs jours en constatant au toucher rectal un remplissage du Douglas. Guérison après résection intestinale.

Rétablissements de la continuité intestinale par invagination après les résections de l'S iliaque et du haut rectum. — M. OKINCZYC rapporte ce travail de M. Leclerc (de Dijon), qui porte sur quatre cas. La difficulté d'extérioriser ces néoplasmes et la difficulté de pratiquer une suture au fond du petit bassin ont amené à l'observation d'Hartmann. Mais il reste le regret de ne pas rétablir ainsi la continuité intestinale. M. Okinczyc pense que l'opération de Mummery ne peut remplacer l'opération de Hartmann que dans les cas où elle est aussi bénigne. Il insiste sur la nécessité de descendre le bout invaginé jusqu'au rectum pour éviter une suture précaire. On peut ainsi éviter le temps de dérivation. M. Okinczyc pense qu'il faut faire une double suture, qu'on doit fixer le méso-colon au péritoine pelvien pour éviter toute possibilité d'engagement d'anse grêle, et il estime l'anus droit inutile.

Fractures du calcaneum. — M. MOCQUOT rapporte cette observation de M. Raoul Monod qui a obtenu un excellent résultat dans une fracture par écrasement du calcaneum en pratiquant une double arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne. Le mode habituel de guérison de ces fractures est en effet l'ankylose, qu'on obtient peut-être souvent par le traitement par synthèse et par greffe.

M. LENORMANT estime que l'ankylose sous-astragalienne

n'est pas fatale et pense que la réduction opératoire est préférable à l'arthrodèse primitive.

M. LEVEUF a obtenu deux ankyloses après modelage sanglant.

M. MOCQUOT estime qu'à l'heure actuelle il est difficile de prendre position entre les différentes méthodes.

Traitement par butée de la luxation récidivante de l'épaule. — M. MATHIEU rapporte ce travail de M. Murard (du Creusot), qui a obtenu d'excellents résultats avec la butée seule, sans pratiquer de temps articulaire, et a pris le matériel osseux sur place au niveau du trochiter. Tavernier pense que l'opération extra-articulaire suffit.

M. BAZY rappelle les déformations de la tête humérale, et les lésions capsulaires.

M. CUNÉO a constaté un bon résultat par moyen simple.

M. CADENAT a obtenu un résultat de deux ans seulement par opération extra-capsulaire, mais une fracture de la coracoïde a nécessité une nouvelle opération.

M. MAUCLAIRE rappelle que M. Rouvière attribue certaines luxations à un défaut d'existence d'un ligament antérieur.

M. GRÉGOIRE estime que ces luxations récidivantes sont des lésions congénitales avec lésions de l'ensemble du squelette, glénoïde comprise, et lésions ligamenteuses et musculaires, en particulier du sus-épineux (sus-épineux bifide).

M. MATHIEU constate qu'empiriquement le temps capsulaire n'a probablement pas d'importance. Le cas de récidive en fracture du greffon est prévu.

Staphylorraphie. — M. BARBARO (de Brest) a obtenu un beau succès chez un enfant de seize mois, et M. Veau rapporte cette observation à propos de laquelle il défend la suture musculaire qui vient d'être adoptée par Kirchner en Allemagne et répond aux critiques que lui fait Lexer, en remarquant que Lexer ne donne pas ses résultats. Il soutient que la suture musculaire donne des résultats phonétiques très supérieurs.

Elephantiasis de la cuisse traité par résection. — M. Robert MONOD expose une belle observation d'eléphantiasis survenu après une extirpation d'adénite inguinale suppurée. Il a fait une exérèse de la tumeur et obtenu un très bon résultat, après un temps préparatoire par drainage à la Walther et par vaccination.

M. MAUCLAIRE a obtenu une amélioration en combinant le procédé de Walther et celui de Condoléon (au membre supérieur).

Traitement de l'arthrite sèche mono-articulaire du genou par l'arthroplastie modelante. — MM. GERNEZ et MOULONGUET ont obtenu dans ce cas un excellent résultat par l'arthroplastie modelante, et présentent la malade sept mois après l'intervention.

Fracture sus-condylienne du fémur gauche vicieusement consolidée. — M. DUJARIER Intervenant cinq mois après l'accident il a obtenu un excellent résultat de l'ostéosynthèse, et présente la malade quatre ans et demi après l'intervention. Une chute rompit des adhérences et présenta une flexion bien meilleure qu'avant.

Staphylorraphie. — M. VEAU présente un excellent résultat phonétique après une staphylorraphie déjà opérée deux fois avant. C'est trois semaines après l'opération de M. Veau que la phonation est normale.

Arthrodèse extra-articulaire de la hanche. (*Présentation de pièce.*) — M. CADENAT. Il existe une fracture du greffon et une ossification importante.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1930)

Un cas d'occlusion intestinale par torsion du cæcum et de l'origine du côlon ascendant. Extériorisation. Résection iléo-cæcale secondaire. — M. THÉVENARD fait un rapport sur cette observation de M. Ch. Moreau (de La Roche-sur-Yon). Chez une femme de soixante-neuf ans, occlusion intestinale se développant progressivement pendant des mois pour arriver à une phase aiguë. Laparotomie médiane sous-ombilicale; le cæcum était tordu d'un demi-tour suivant son axe longitudinal, dans le sens des aiguilles d'une montre; il existait deux plaques de sphacèle; extériorisation. Six jours après, résection de la masse extériorisée. Deux mois après, résection iléo-cæcale avec anastomose iléo-transverse. Guérison. Pour l'auteur, mobilité, brides et adhérences, dilatation du cæcum expliquent la genèse de la torsion cæco-colique.

Résultat au bout de douze ans d'un double cerclage avec conservation des esquilles pratiqué pour une fracture esquilleuse par éclat d'obus siégeant au niveau du tiers moyen et du tiers inférieur de l'humérus. — M. DUPUY DE FRENELLE communique cette observation. La guérison s'est maintenue avec conservation intégrale des mouvements des articulations du coude et de l'épaule.

Lipiodo-diagnostic d'une fistule lombaire. — MM. AUBOURG et RACHET montrent que, dans toute exploration radiologique d'une fistule, il est indispensable d'adjoindre l'examen par liquide opaque et par sonde opaque. Dans le cas qu'ils communiquent cet examen a permis de découvrir un calcul de l'uretère.

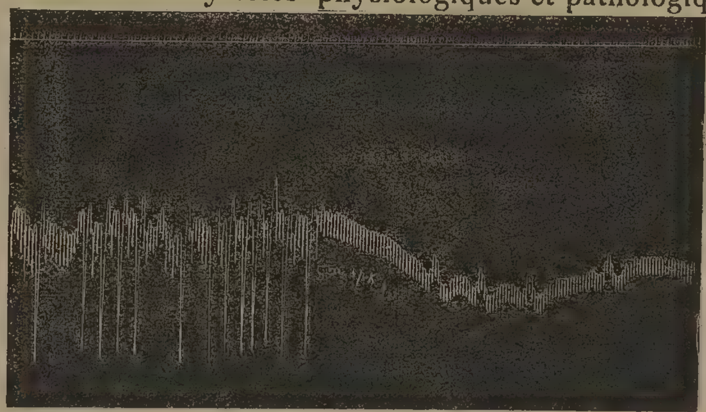
Traitement du pied bot varus équin du nourrisson. — M. TRÈVES a abandonné le plâtre et ses succédanés. Il emploie, après réduction, trois bandelettes de leucoplaste qui s'adressent aux trois éléments de la déformation. Le traitement est entrepris dès que l'enfant a repris son poids de naissance et augmente régulièrement. Quand l'enfant commence à marcher, chaussure spéciale et, la nuit, appareil plâtré en hypercorrection. Le traitement doit être suivi pendant des années, les poussées de croissance favorisent les récidives.

Chorio-épithéliome utérin. — M. MULLER (de Belfort) communique l'observation suivante. Femme de cinquante et un ans; pendant cinq ans, métrorragies continuelles; utérus du volume d'un melon. Hystérectomie abdominale subtotale. Histologiquement, la tumeur est un chorio-épithéliome. Cinq mois après l'opération, récidive rétro-hyménéale de la tumeur, bien que le col et le vagin postérieur soient indemnes de toute lésion.

Contribution à l'ostéosynthèse. — M. JUVARA (de Bucarest) rappelle les règles de son traitement des fractures par ostéosynthèse et communique sept observations de fractures opérées par lui avec de bons résultats.

Hémicolectomie droite pour cancer du côlon transverse. — M. VICTOR PAUCHET fait un rapport sur cette observation de M. de Butler d'Ormond (d'Amiens) dont il présente la pièce opératoire : anastomose iléo-transverse médiane avec abouchement à la peau de l'extrémité libre du transverse.

Cancer du rectum extirpé par le procédé de Lockhart-Mummery. — M. VICTOR PAUCHET présente l'observation et la pièce de ce cas opéré par M. de Butler d'Ormond (d'Amiens). Le procédé employé, peu brillant, sacrifie l'anus normal, mais il est de tous le plus bénin : les statistiques montrent 50 p. 100 de guérisons éloignées définitives avec 5 p. 100 de mortalité immédiate.



Considérations sur la valeur de quelques méthodes de traitement général des néoplasmes inopérables — M. S. de Dziembowski (de Bydgoszcz, Pologne) étudie un certain nombre de méthodes destinées à augmenter la résistance des tissus avoisinant la tumeur et la résistance générale de l'organisme : combinaison du traitement radiologique avec la diathermie; injections intraveineuses de glycose; application de médicaments arsenicaux pendant le traitement radiologique; protéinothérapie; immunisation non spécifique; injections de produits divers, en particulier l'isaminum caeruleum. Il insiste sur l'intérêt d'une méthode qu'il a déjà appliquée dans 120 cas : l'auto-transfusion et la transfusion du sang traité par les rayons X avant la réinjection, conjointement avec le traitement radiologique de la lésion. Il communique un certain nombre de cas traités suivant cette méthode avec des résultats satisfaisants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CIRCULAIRE RELATIVE AUX ASSURANCES SOCIALES (TARIF PHARMACEUTIQUE)

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale à MM. les préfets.

Paris, le 4 novembre 1930.

La convention-type entre les caisses d'assurances sociales et les syndicats de pharmaciens comporte en annexe un tarif qui a donné lieu à des malentendus.

Certaines caisses ont pensé qu'elles étaient liées par ce tarif.

Certains pharmaciens se sont cru le droit de l'appliquer, même en l'absence de toute convention, même s'il les conduisait à demander pour certains produits des prix supérieurs à leurs prix courants.

Je précise que le tarif annexé à la convention-type ne représente rien de plus que le plafond que les syndicats pharmaceutiques se sont par avance engagés à ne pas dépasser dans leurs négociations avec les caisses. Il laisse entière la liberté et le devoir des caisses de rechercher des conditions plus avantageuses, si les circonstances locales le permettent, et notamment d'obtenir qu'en aucun cas un produit quelconque ne puisse être vendu par un pharmacien plus cher aux assurés sociaux qu'à la clientèle courante.

J'ajoute que je suis entièrement d'accord avec le Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques, qui réunit la totalité des pharmaciens, sur cette interprétation du tarif annexé à la convention-type. Le Comité la portera à la connaissance de ses adhérents. Je vous prie de la porter à la connaissance des caisses.

PIERRE LAVAL.

LIVRES NOUVEAUX

La Rhinite atrophique et son traitement (1), par H. Monscourt.

Dans un remarquable volume très documenté, M. le docteur H. Monscourt étudie la rhinite atrophique et montre combien furent décevantes jusqu'ici les innombrables méthodes de traitement employées.

Après une revue complète de cette question si complexe, il montre que le traitement ioduré, aidé des cautérisations nasales, lorsqu'il est bien manié, peut prétendre au titre de médication spécifique, tant son action est complète et efficace et il résume son expérience dans les conclusions suivantes :

« La rhinite atrophique, maladie essentiellement héréditaire, familiale et féminine, qui débute dans l'adolescence, se manifeste :

Principalement par de l'ozène, des croûtes, de la céphalée.

Accessoirement par plusieurs symptômes :

Les uns à *localisation nasale*; les autres au mode d'*apparition extranasale* constituant chacun autant de *formes* cliniques distinctes.

La répartition géographique de la rhinite atrophique démontre sa *fréquence* dans les pays de montagnes, sa *rareté* sur les côtes.

D'autre part, l'observation constate l'exactitude de nos quatre axiomes sur la *nocivité de l'air continental, la bienfaisance de l'air marin*, dix fois plus chargé en iode que le précédent.

Le mode d'évolution de la rhinite atrophique prouve, en outre, qu'elle est due à une *carence d'iode* ; alors pour administrer l'iode à l'organisme déficient nous employons :

I. Un traitement interne comprenant :
a. Un traitement d'attaque — **Iodurisme.**
b. Un traitement d'entretien :
régulier à doses décroissantes, irrégulier à doses oscillantes — **Iodure.**
pour les adolescents et les intolérants — **Iode.**

II. Un traitement externe, local : cautérisations nasales.

III. Un traitement général, comme adjuvant, auquel on peut adjoindre une cure d'air marin iodé.

Grâce à cette méthode bien maniée, la rhinite atrophique est maintenant *curable* en trois ou quatre ans. La guérison des cas est de 95 p. 100 environ.

Or, jusqu'à présent, pareil résultat n'a jamais été obtenu par aucun autre traitement que celui exposé dans ce travail, fruit d'une pratique trentenaire. »

L. G.

(1) In-8. — Paris, N. Maloine.

Précis de l'ionothérapie électrique (1), par F. Gidon.

Etude de physique appliquée et de physiothérapie où l'auteur expose le principe du transport médicamenteux par voie ionique, l'effet et l'élimination des médicaments, le comportement des ions une fois franchie la barrière cutanée, la question importante enfin des ions parasites.

Après avoir étudié les diverses conditions qui influent sur les effets du courant et leurs conséquences dans la pratique médicale, il consacre un important chapitre au matériel de production et de transport du courant, aux diverses et nombreuses sortes d'électrodes appropriées aux divers effets recherchés. L'auteur conclut par une rapide énumération, mais énumération déjà longue des indications et des effets des diverses ionisations médicamenteuses.

Mise au point qui vient utilement compléter ce qu'en de remarquables études divers auteurs nous ont déjà appris et dont l'utilité est une preuve remarquable de l'intérêt qui s'attache de plus en plus à une technique encore récente.

R. LEVENT.

(1) Editions des Presses universitaires de France, Paris, 1929.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 20 novembre. — Jury : MM. Ménétrier, président; Carnot, Villaret et Ollivier. — M. Sevin. Etude sur la maladie de Basedow par la radiothérapie. — M. Paulus. Lacordaire (observations pathologiques). — M. Colleau. Etude du tétanos céphalique. — M. Toury. A propos de 21 cas de néphrite hématurique.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sebileau, président; Gougerot, Henry, Bresson, Robin et Lesbouyries. — M. BONNETAT. Etude du traitement de la gale sarcoptique par les gaz sulfureux. — M. VUILLEMIN. Traitement mixte de l'obstruction œsophagienne chez les bovins.

Samedi 22 novembre. — Jury : MM. Lereboullet, président; Gastinel, Huguenin et Lian. — M. GAUDIN. Rations alimentaires dans l'enfance. — M. HUE. Sur deux cas d'anémie aplastique aiguë.

INFORMATIONS

(SUITE)

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret fixe à 8.000 fr. par année passée à l'Ecole le montant de la somme à rembourser, en exécution de l'article 152 de la loi du 16 avril 1930, par les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire qui, pour une cause quelconque autre que pour inaptitude physique reconnue, quittent l'Ecole en cours d'études, ne satisfont pas aux examens de sortie ou ne restent pas, sauf le cas de réforme pour raisons de santé, au moins dix ans après leur sortie de l'Ecole dans les services militaires.

Ceux des élèves visés au paragraphe précédent qui ont obtenu le trousseau gratuit auront, en outre, à en rembourser le prix. La concession du trousseau est soumise au régime des bourses.

En outre, les élèves visés au premier paragraphe seront tenus au remboursement des frais de scolarité d'après les tarifs fixés par les décrets relatifs aux droits à percevoir en vue de l'obtention du titre de docteur en médecine ou du diplôme de pharmacien.

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Il sera ouvert à la préfecture du Loir-et-Cher à Blois, le 20 décembre 1930, un concours sur titres et sur épreuves pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental d'hygiène. (*J. O.*, 8 nov. 1930, p. 12522).

IIe CONGRÈS DE L'ÉCOLE DES PARENTS. (Paris, 4-7 décembre 1930.) — Ce Congrès aura lieu au Musée social, 5, rue Las Cases, à Paris. Les présidents sont :

M. le professeur Lereboullet et M. G. Goyau (4 décembre).
Mlle Zanta et M. Duval-Arnould (5 décembre).
M. le maréchal Lyautey et M. Thamin (6 décembre).
M. Paul Gaultier (7 décembre).
Renseignements : 26, rue du 4-Septembre.

INVITATION AU VOYAGE DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR. — La Société médicale du Littoral méditerranéen met à la disposition de l'internat des hôpitaux de Paris deux invitations à prendre part au prochain Voyage international de Noël sur la Côte d'Azur (Voyage bleu). Nous avons déjà fait connaître le programme de ce Voyage qui se réunira à Marseille le 26 décembre, parcourra le Littoral jusqu'à San-Remo et se terminera à Nice le 8 janvier. Il n'y a donc pas lieu de détailler à nouveau ici les excursions, les visites, les conférences et les fêtes qui composent ce Voyage. On sait, d'ailleurs, combien la Société médicale du Littoral apporte de soins à l'organisation de ses réceptions et quel en est le succès habituel.

Le Voyage de Noël est divisé en deux parties : la première va du 26 décembre au 1er janvier (Marseille-Nice), et la deuxième du 1er janvier au 8 janvier (Nice-San-Remo et

retour). Chaque invitation s'applique à l'une des deux parties.

Les internes des hôpitaux de Paris, désireux de bénéficier d'une invitation, devront adresser leur demande au président de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, en indiquant la partie du Voyage qu'ils préfèrent. Aucune condition particulière n'est requise pour leur admission, mais cependant les candidats sont priés d'indiquer les titres qu'ils désirent invoquer pour l'obtenir. En outre de leur participation gratuite au Voyage, ils recevront un permis de parcours à demi-tarif, de Paris à la Côte d'Azur et retour, valable pour un mois.

Les internes des hôpitaux de province seront invités, dans les mêmes conditions, au Voyage de Pâques 1931.

UNION MÉDICALE LATINE. — GRAND DÎNER D'AUTOMNE. — Le dîner d'automne de l'Umfia aura lieu sous la présidence effective de Son Excellence le comte Manzoni, ambassadeur d'Italie, que Mme Manzoni voudra bien accompagner, et sous la présidence médicale de M. le professeur Gosset de la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de médecine.

L'Union médicale latine donnera sa réception d'automne le 10 décembre 1930, à 19 h. 45, dans les salons du Palais d'Orsay, Paris.

Dès maintenant, on peut envoyer son adhésion au secrétariat de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe). — La liste des inscriptions sera close le 5 décembre 1930.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le 33e dîner de l'Amicale se tint le 30 octobre, à l'Ecu de France, sous la présidence du docteur Dufour. Jamais dîner de rentrée ne compta autant de présences : soixante exactement au lieu de la quarantaine habituelle. Le professeur Balthazard, n'oubliant pas qu'il avait été le premier président de l'Amicale, était au nombre des convives malgré le surcroît d'occupations de ses nouvelles fonctions de doyen.

Après l'avoir félicité, le docteur Dufour adressa ses compliments à ceux des pays dont l'existence a été marquée pendant les vacances par d'heureux événements. Le secrétaire, docteur J. Bongrand, mit aux voix les candidatures présentées au précédent dîner de juin et exposa les demandes des nouveaux candidats. Le trésorier Lutaud exposa la situation financière de l'Amicale.

Assistaient à ce dîner les docteurs Baillière, professeur Balthazard, Barry, Basset, Bauer, Marguerite Berger-Magat, Blondel, Blottière, J. Bongrand, Bourgeois, Bourguignon, Boussi, Bouteron, Cazaubon, Chauvelot, Chenet, Coutela, Crocquefer, David, Deniker, Devraigne, Doin, Dufour, Eloy, Farret, Fatout, Fège, Gallet, Gérard (Léon), Giraud, Guébel, Guillemin, Laurent-Gérard, professeur Lereboullet, Suzanne Lévy, Lobligeois, professeur Loeper, Lutaud, Lucienne Meurs, Irène Mircouche, Mock, Monscourt, Agnès de Neufville, Papillon, Piot, Pitsch, Poulet, Prost, Rouget, Schaefer, Suzor, Tixier, Thalheimer, Thuillant, Trèves, Veil (Prosper), Viguerie, Vimont, Vitry, Wallon.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général : docteur Jules Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse (XVIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis.* — M. le professeur Tiffeneau ne commencera son cours que le vendredi 14 novembre 1930.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. Fernand BESANÇON.) — Le professeur Fernand Bezançon reprendra ses leçons cliniques le vendredi 14 novembre 1930, à 11 h., et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Tous les matins, visite à 10 h. 1/2 dans les salles; à 11 h., présentation de malades, la visite du mercredi sera faite dans les salles de tuberculeux.

Le mardi, à 11 h., à l'amphithéâtre, leçon élémentaire de sémiologie clinique : examen et présentation de malades.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. — Le professeur Achard reprendra ses leçons le samedi 22 novembre, à 10 h. 1/2.

Sujet du premier cours : Hémophilie et hémogénie. »

Tous les matins, de 9 h. 1/2 à 11 h., visite dans les salles. De 11 h. à midi, conférence à l'amphithéâtre par les agrégés, médecins des hôpitaux et chefs de clinique attachés au service.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçon du professeur.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité. Fondation de la Ville de Paris.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 8 décembre au samedi 13 décembre 1930 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les leçons théoriques seront au nombre de trois par jour : à 11 h. (sauf le lundi), à 15 h. et à 17 h. 30.

Les exercices pratiques auront lieu tous les matins, à 10 h. (examen de malades), et tous les après-midi, à 16 h. (démonstration des principales techniques radiologiques), par le docteur Couvreux.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

COURS D'ACTINOLOGIE (2e semestre 1930). — Un cours d'actinologie en 10 leçons, avec démonstrations pratiques, sera fait, à partir du mardi 18 novembre, à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223, rue de la Convention), par MM. Saidman, Jean Meyer, Lautman, Dufestel, Colanéri, Dufougeré, Palisse et Auzimour.

Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

L'Institut d'actinologie est ouvert les mardis, jeudis, samedis matin, à 10 h., et les lundis, mercredis, vendredis après-midi, à 16 h.

Un certificat sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.

Le prix du cours est fixé à 120 fr. à verser à l'inscription ou à l'ouverture du cours.

Prière de s'inscrire en écrivant au secrétaire de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle.

INSTITUT PROPHYLACTIQUE. — Une série de conférences sur la Pratique des séro-floculations dans la syphilis et la tuberculose, et la technique des micro-dosages chimiques avec exercices individuels aux laboratoires et applications de la méthode syphilimétrique au dispensaire, sera faite sous la direction du docteur Arthur Vernes, avec la collaboration des docteurs P. Uffoltz, Machtou, M. R. Bricq, docteurs Chauchard, Gustave Martin, Lhuerre, Marcel Léger.

Tous les jours, de 9 à 12 h. et de 14 à 18 h.

Ces conférences et exercices s'adressent aux médecins, aux pharmaciens, aux sérologistes en général, aux étudiants en fin d'études.

Aucun droit d'inscription n'est requis. Le nombre des auditeurs sera limité à 30. — Adresser les demandes au docteur Marcel Léger, Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (VIe), qui enverra le programme détaillé.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 93. — MERCREDI 19 NOVEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 19 NOVEMBRE 1930. — N° 93.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 novembre. — MM. Sassier, 30 ; Béal, 27 ; Chatellier et Cabrol, 25.

Classement : MM. Sassier, 123 1/2 ; Chatellier, 121 ; Béal, 115 ; Cabrol, 114 1/2.

MM. Sassier et Chatellier sont nommés.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de M. Delherm, Mme de Brancas, MM. Sainton, Pierre Duval, qui acceptent ; Mallet, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 13 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la dilatation des bronches. — Signes et diagnostic du cancer du sein chez la femme. »

Mlle Amelin, 18 ; MM. Chigot, 25 ; Guny, 17 ; Genty, 19 ; Leroy, 16 ; Dezoteux, 19 ; Elbim, 25 ; Varangot, 17 ; Leurit, 27 ; Bourdial, 19.

Séance du 14 novembre. — Questions données : « Causes, signes et diagnostic des paralysies faciales. — Symptômes et évolution de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adolescent. »

MM. Lazard, 24 ; Malgras, 27 ; Boulle, 14 ; Vaudour, 20 ; Haguier, 10 ; Lortat-Jacob, 18 ; Roux, 19 ; Mouchotte, 13 ; Hébert, 24 ; Debray, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. le professeur Lenormant a pris possession de la chaire de pathologie externe jeudi dernier.

— Le Conseil de la Faculté vient de proposer pour la chaire d'anatomie médico-chirurgicale vacante par suite du passage de M. Cunéo à la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : en 1re ligne, à l'unanimité, M. Grégoire ; en 2e ligne, M. Basset.

Le Conseil a proposé pour une place d'agrégé de pharmacologie, M. Hasard.

— BORDEAUX. — La chaire de clinique médicale ayant été déclarée vacante, M. le professeur P. Mauriac a demandé de passer de la chaire de bactériologie et de médecine expérimentale à la chaire vacante de clinique médicale.

Cette proposition a été acceptée à l'unanimité par le Conseil de la Faculté.

— Le Conseil a demandé la nomination *sine die* de la charge de cours de puériculture, conférée par décret ministériel, pour une durée d'un an renouvelable à M. le professeur agrégé Faugère.

— MONTPELLIER. — A l'occasion de la récente visite à Montpellier de la Faculté de médecine de Barcelone, M. le professeur Forgue et M. le professeur Emmanuel Hédon ont reçu des mains du professeur Ferrer y Caccigal, doyen de la Faculté de médecine de Barcelone, le diplôme de docteur honoris causa de cette Faculté.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — A la suite de concours, M. Danès a été nommé chef de clinique médicale ; M. Callens a été nommé prosecteur d'anatomie ; M. Desorgher a été nommé aide d'anatomie.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLUJ (ROUMANIE). — Notre excellent confrère *Clujul medical* consacre un numéro spécial à la Faculté de médecine de Cluj (Klausenburg) qui, depuis dix ans, est devenue la troisième Faculté de médecine roumaine après Bucarest et Jassy.

L'aménagement de l'ancienne Faculté a été complètement remanié et complété par un Institut Pasteur, quatre instituts nouveaux (hygiène, histologie et embryologie, pathologie générale et biochimie) auxquels est venu s'ajouter un institut de radiologie.

A côté de l'enseignement théorique on a donné la plus large part à l'enseignement clinique. Enfin, on a introduit

l'externat des hôpitaux et décidé dans deux ans la création de l'internat.

Il a été fait appel aux professeurs français pour un certain nombre de chaires. C'est ainsi que MM. Levaditi et P. Thomas (de l'Institut Pasteur de Paris), Guiart (de Lyon), Jeannel (de Toulouse) ont figuré au nombre des professeurs à côté du Corps enseignant roumain.

Si nous ajoutons que le nombre des étudiants en médecine a atteint 6 620 en 1929, on se rendra compte de l'effort considérable réalisé par la belle Faculté depuis 1919.

Le dixième anniversaire de la fondation de cette Faculté vient d'être célébré solennellement en présence du roi Carol et de la reine Marie.

La Faculté de médecine de Paris était représentée par M. le doyen Balthazard et M. le professeur Marcel Labbé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Scheffler, à Saint-Etienne.

Au grade d'officier. — M. le docteur Petetin, à Paris.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Roure (Henri), médecin directeur des dispensaires d'hygiène sociale de l'Hérault, décédé victime de son dévouement.

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE A LA MARTINIQUE. — Le *Journal officiel* du 13 novembre publie un décret modifiant l'article 32 du 27 décembre 1929 réglementant l'exercice de la pharmacie à la Martinique. Le nouveau décret autorise le maintien à titre transitoire des dépôts de médicaments tout préparés et de drogues simples dans les localités dépourvues de pharmacien.

(Voir la suite des « Informations », *p. 1654.)*

Henri LEMAIRE

(1878-1930)

Il avait à peine dépassé la cinquantaine. Et, déjà, il jouissait, parmi les médecins d'enfants, d'une grande et légitime notoriété. Tous connaissaient ses *Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents sériques* (1), que la recherche des précipitines permet de diviser en deux groupes : l'un, dû à la précipitation de l'albumine hétérogène dans les capillaires, comprenant l'urticaire, certains érythèmes (marginé aberrant, morbilliforme), les arthralgies et les myalgies; l'autre, composé des érythèmes polymorphe et scarlatiniforme, dans le déterminisme desquels n'interviennent pas les phénomènes de précipitation. Tous avaient lu et médité le substantiel rapport qu'en novembre 1926, à l'Association des pédiatres de langue française, il consacrait à l'*Athrepsie*. Tous savaient qu'à la Société de pédiatrie, dont il était un des membres les plus écoutés, il avait apporté maint fait nouveau, qu'il aimait à intervenir dans les discussions avec une fougue tempérée de bonne grâce, que, pour lui, la pathologie des enfants du premier âge ne gardait plus de secrets. N'avait-il pas publié chez Baillière, en 1929, un *Précis d'hygiène et des maladies des nourrissons*, rédigé en collaboration avec le professeur Marfan? Travailleur infatigable, il trouvait encore le temps de s'intéresser à la médecine générale. Il avait été moniteur d'anatomie pathologique à la Faculté. Attaché, de 1916 à 1918, au laboratoire de l'armée d'Orient, il avait eu l'occasion d'y étudier paludisme, dengue et dysentérie.

Longtemps, la fortune avait paru lui sourire. Arrivé jeune à l'internat, il avait eu les chefs qu'il méritait, et dont deux surtout, le professeur Marfan et M. Siredey, l'avaient fortement marqué de leur empreinte. La guerre, où il avait, comme toujours, fait tout son devoir, l'avait épargné. Nommé médecin des hôpitaux en 1920, il est d'abord attaché à la consultation de l'hôpital Trousseau. En 1926, il devient, à Ambroise Paré, chef d'un service qu'il s'empresse d'organiser à son idée, résolu d'y demeurer jusqu'à l'heure de la retraite. Déjà, il était l'idole des mamans de Boulogne, qui avaient su apprécier son optimisme imperturbable. Point de peine qu'il ne prît pour rendre leurs bébés à la santé! Point de preuves de dévouement qu'il ne leur donnât! Les mêmes qualités lui avaient valu de se créer, dès son entrée en salle de garde, de solides et précieuses amitiés.

Son rêve semblait réalisé. Il avait acquis, à force d'énergie, le titre qu'il désirait le plus. Il venait d'être appelé à diriger un service qu'il n'avait plus qu'à perfectionner pour en faire un des plus beaux de Paris. Sa conception élevée de la médecine qu'à l'exemple de son maître Marfan, il considérait comme un sacerdoce, lui avait gagné la déférente affection de tous ceux qui l'approchaient. Homme d'intérieur, il avait trouvé, dans son foyer qu'était venue égayer la naissance de quatre charmants enfants, les joies les plus douces. Et voilà que soudain, le destin l'accable de ses coups, comme s'il avait été jaloux de tant de bonheur. Sa santé commence à s'altérer. Ce grand laborieux se voit condamné au repos. Il cesse ses fonctions hospitalières. Il restreint son activité professionnelle. On ne le voit plus à nos Sociétés. La situation ne s'en aggrave pas moins. Les siens font-ils appel à la science et au dévouement des plus qualifiés d'entre nous. Efforts inutiles! Le mal poursuit sa marche inexorable, et bientôt nous apprenons sans surprise la fin de cette trop longue agonie.

La *Gazette* se devait d'exprimer ses condoléances les plus respectueuses et les plus émues à celle qui a su puiser dans son amour la force d'âme nécessaire pour dissimuler sa détresse à son cher malade, qui, de longs mois, l'a fait vivre d'illusion, et grâce à l'ingénieuse bonté de laquelle il est mort, le cœur rempli d'espérance.

L. BABONNEIX.

(1) *Th. de Paris*, 27 déc. 1906, in-8° de 160 pages.

RENSEIGNEMENTS

JOLIE VILLA idéale pour repos ou convalescence, à Beaulieu-sur-Mer. — Ecrire Monier, 6, jardin d'Alsace-Lorraine, à Nice.

DAME FRANÇAISE, distinguée, donnerait leçons conversations anglaises à doct., étud., etc. Bon accent. Elysées 33-04.

**

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL BON-SECOURS
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

I. GÉNÉRALITÉS

La chirurgie esthétique. Les droits et les devoirs du chirurgien. (SEBILEAU. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1930, t. XLIX, n° 1, p. 1.) — Dans ces pages d'une haute portée morale, l'auteur pose nettement la question des droits et des devoirs du chirurgien.

Il reconnaît et réclame, pour chacun le droit à faire supprimer ou tout au moins corriger telle déformation, telle irrégularité, qu'il estime lui causer préjudice.

Le devoir de celui qui entreprend cette correction est de connaître son art, de savoir ce qu'il doit faire et où il va. Ce sont là des vérités premières indiscutables, qu'il était nécessaire de rappeler et de préciser. Sebileau l'a fait avec sa clarté, sa loyauté et son enthousiasme habituels, et on ne peut que lui être reconnaissant, tant de la position qu'il a prise, que du plaisir que nous procure la lecture de cette belle préface.

La radiographie verticale du crâne sur film courbe. (M. G. WORMS. *Ann. des mal. de l'oreille*, août 1929, n° 8, t. XLVIII, p. 820.)

Traitement de certaines céphalées par l'effluvation de haute fréquence. (H. CABOCHE. *Arch. intern. de laryngol., d'oto-rhinol., des bronches et de l'œsophage*, mars 1930, t. IX, p. 336.) — Communication au *Congrès* d'octobre 1930.

La réaction de Roffo. (G. PORTMANN. *Revue de laryngol. et d'oto-rhinol.*, 51e année, janv. 1930, n° 1, p. 12.) — Lorsqu'on ajoute à 1 centimètre cube de sérum du malade V gouttes d'une solution de rouge neutre de Grübler à 1/1000 dans de l'eau distillée, le mélange vire au rouge intense chez le néoplasique, au jaune chez l'individu normal.

Cette réaction donne des résultats suffisants pour être pris en considération.

De plus après exérèse complète de la tumeur, la persistance primitive de la réaction doit faire craindre une métastase ou une récidive.

II. FOSSES NASALES ET SINUS

Au sujet du prolapsus de la muqueuse des sinus du nez dans la fosse nasale correspendante, avec description de deux nouveaux cas cliniques. (S. CITELLI-CATANE. *Revue de laryngol. et d'oto-rhinol.*, août 1929, 50e année, nos 15 et 16, p. 509.) — Depuis 1918, l'auteur a signalé plusieurs observations de pseudomyxomes qui n'étaient dus qu'à un prolapsus de la muqueuse sinusienne au cours d'une inflammation œdémateuse aiguë.

Ces prolapsus peuvent remplir toute la fosse nasale. Ce prolapsus se reconnaît au fait que lors de l'ablation le polype éclate et se vide comme un kyste.

La céphalée dans la migraine ophtalmique. (H. CANTILO [Berne]. *Revue de laryngol. et d'oto-rhinol.*, août 1929, 50e année, nos 15 et 16, p. 428.) — L'accès ophtalmique migraineux comprend trois phases :

a. Phase prémonitoire;
b. Crise visuelle;
c. Phase algique et des troubles connexes.

Parmi ceux-ci, Cantilo insiste sur la douleur dans la région du sinus latéral et signale que dans l'intervalle des crises existe une sensibilité spéciale à la pression sur le *nerf frontal externe* (un peu au dessus du sourcil à sa partie médiane).

C'est le « signe du frontal externe » de Cantilo.

Anatomie chirurgicale du sinus maxillaire. (D. HARRY NEIVERT [New-York]. *Laryngol.*, janv. 1930, vol. XL, n° 1, p. 1.) — L'auteur propose d'aborder le sinus maxillaire avec la canule de lavage par le méat moyen.

Pour l'ouverture chirurgicale, il conseille l'abord par la fosse canine qui respecte le nerf sous-orbitaire et le plexus dentaire.

Opération radicale de sinusite maxillaire. (D. E. ROSS FAULKNER [New-York]. *Laryngol.*, janv. 1930, vol. XL, n° 1, p. 11.) — L'auteur reprend les indications de la cure radicale : suppuration, douleurs.

Il insiste sur la nécessité de contrôler par un lavage la cause de l'opacité diaphanoscopique ou radioscopique ainsi que sur la nécessité de réaliser la permanence du drainage pour obtenir un succès définitif.

Il rejette la méthode de Skillern, par voie endonasale, il cite le procédé de Denker et donne la préférence au procédé de Caldwell-Luc qui, correctement appliqué ne lui a jamais donné d'insuccès.

Sur une forme rare de syphilis nasale. (J. NOUAILHAC [Brive-la-Gaillarde]. *Revue de laryngol. et d'oto-rhinol.*, fév. 1930, 51e année, n° 4, p. 117.) — L'auteur rapporte l'observation d'un homme présentant une tumeur de la fosse nasale gauche qui ayant récidivé après deux tentatives d'exérèse, a guéri en un mois par traitement au sirop de Gibert.

Contribution à l'étude des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. (Th. LECOURT. *Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1929, t. XLVIII, n° 9, p. 919.) — Rare, puisque l'auteur n'en a relevé que quinze cas publiés, l'épithélioma adamantin se présente comme une tumeur de la région alvéolaire, d'abord dure, puis crépitante, enfin molle.

Cet épithélioma peut d'ailleurs se développer dans le sinus et envahir les fosses nasales.

Cette tumeur ne déchausse pas les dents, elle n'est pas douloureuse, ne saigne pas, ne s'accompagne ni d'adéno-

pathie, ni de métastases. En somme sa malignité est purement histologique.

Ils ne récidivent qu'au cas d'exérèse incomplète.

Les névrites optiques rétrobulbaires d'origine nasale, sinusienne et dentaire. Evolution et état actuel de la question. (E. Redslob [Strasbourg]. *Revue d'oto-neurol.-ophtalm.*, juin 1929, t. VII, n° 6, p. 405.) — L'auteur étudie les diverses causes possibles de névrite rétrobulbaire et signale les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet.

A la théorie de l'inflammation, il ajoute la théorie du réflexe sympathique qui expliquerait en particulier les cas de névrite rétro-bulbaire d'origine dentaire.

De la trombo-phlébite du sinus caverneux. (G. Weill. *Revue d'oto-neurol.-ophtalm.*, déc. 1929, t. VII, n° 10, p. 737.) — L'auteur insiste sur la difficulté de diagnostic dans certains cas entre la trombo-phlébite du sinus caverneux et le phlegmon de l'orbite.

La bilatéralité est en faveur de la lésion veineuse.

Mais lorsqu'il y a un doute, Weill préconise l'incision qui peut être curatrice dans le cas de phlegmon et est sans effet sur l'évolution fatale de la trombo-phlébite.

Sur la physiologie de l'organe de Jacobson. (T. Milstein [Leningrad]. *Revue de laryngol. et d'oto-rhinol.*, déc. 1929, 50e année, n° 24, p. 705.) — L'auteur se basant sur son expérimentation conclut que l'organe de Jacobson est le récepteur le plus périphérique des substances olfactives.

III. LARYNX

Maladies du timbre vocal. Quelques cas ds dysphonies guéris par la rééducation vocale. (Labarraque. *Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1929, t. XLVIII, n° 11, p. 1100.)

Les manifestations laryngologiques du paludisme latent. (Eus. Cawadas [Athènes]. *Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1929, t. XLVIII, n° 11, p. 1112.) — L'auteur décrit une forme de laryngite chronique d'aspect congestif et sec pouvant atteindre également le pharynx et la trachée chez des paludéens et qui guérit par traitement antipaludéen.

M. Cawadas apporte à l'appui de sa description 4 observations intéressantes.

Paralysie récurrentielle double post-paratyphoïde. (Paul Aubriot [Nancy]. *Ann. des mal. de l'oreille*, juil. 1929, t. XLVIII, n° 7, p. 718.) — Paralysie récurentielle bilatérale ayant été accompagnée d'une paralysie du voile du palais chez un jeune homme de vingt-deux ans sans tare ni antécédents particuliers au décours d'une paratyphoïde B.

Paralysie traumatique du nerf récurrent. A propos de 3 cas personnels. (Rebattu [Lyon]. *Ann. des mal. de l'oreille*, juil. 1929, t. XLVIII, n° 7, p. 711.) — Des 3 cas rapportés, l'un peut soulever l'hypothèse d'une section du récurrent par éclat de verre, mais dans les deux autres cas, il y eut simplement contusion profonde et très probablement névrite traumatique définitive.

Contribution au traitement de la tuberculose laryngée par la sanocrysine. (Ferrando [Barcelone]. *Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1929, t. XLVIII, n° 12, p. 1171.) — La sanocrysine peut donner des résultats favorables dans les cas de formes congestives ou circonscrites.

Elle est, par contre, contre-indiquée dans les formes infiltro-ulcéreuses diffuses.

La biopsie dans le cancer du larynx. (G. Canuyt. *Oto-rhino-laryngologie intern.*, janv. 1930, t. XIV, n° 1, p. 21.) — Il est des cas où l'examen clinique ne peut donner que des présomptions et où la biopsie est un complément indispensable.

Elle doit être pratiquée par les voies naturelles.

Elle doit être répétée au cas de réponse négative.

La biopsie par thyrotomie est une méthode exceptionnelle.

La biopsie constitue pour M. Canuyt un examen indispensable pour effectuer une ablation de néoplasme.

Cancer intrinsèque du larynx. Guérison durable dans 76 p. 100 de cas de laryngo-fissure. (Sir St Clair Thomson [Londres]. *Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1929, t. XLVIII, n° 11, p. 1079.) — L'auteur apporte une statistique de 73 cas de cancers purement intrinséques traités par simple laryngofissure.

34 sont à l'heure actuelle vivants, dont 32 depuis cinq à dix-neuf ans.

18 sont morts d'autres affections, dont trois depuis après plus de dix ans.

13 après trois ans sans récidive.

2 sont morts des suites de l'intervention ; l'un de pneumonie, l'autre de rupture œsophagienne.

7 sont morts de néoplasme localisé ailleurs (ganglions, base de la langue).

11 sont morts avec récidive locale entre deux mois et trois ans après la fissure laryngienne.

Traitement du cancer du larynx par la laryngectomie partielle et par les rayons X ou le radium. (G. Canuyt. *Arch. inter. de laryngol., d'oto-rhinol., des bronches et de l'œsophage*, déc. 1929, t. VIII, p. 1153.) — L'auteur expose avec clarté la technique type de la « laryngectomie économique » due à Sebileau et à laquelle tous les laryngologistes sont maintenant ralliés.

La radiothérapie, les applications externes de radium semblent devoir compléter l'acte chirurgical.

IV. TRACHÉE

Plaies de la trachée. (Rémy-Néris. *Arch. méd. chirur. de l'appareil respiratoire*, 1929, t. IV, n° 6, p. 516.) — Excellente revue générale, impossible à résumer. Etude très complète de l'état actuel de la question.

Tuberculose de la trachée. (A. Minkosvky [Leningrad]. *The laryng.*, déc. 1929, vol. XXXIX, n° 12, p. 819.) — L'auteur a rencontré la tuberculose de la trachée dans 11,48 p. 100 d'autopsies de tuberculeux. Dans 3 p. 100 seulement des cas, la tuberculose trachéale existait indépendamment de la tuberculose du larynx.

Elle siège dans la partie moyenne mais peut atteindre la bifurcation. Elle se voit surtout chez des cavitaires. Elle ne relève d'aucune thérapeutique particulière.

Trachéotomie et anévrisme aortique. (A. Viéla [Toulouse]. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, mars 1930, t. XIV, n° 3, p. 118.) — L'auteur apporte une observation intéressante d'un malade en crise d'asphyxie aiguë, due à un anévrisme de la crosse aortique méconnu.

M. Viéla réussit quand même à placer une canule trachéale qui donna au malade une survie de six jours.

L'endoscopie pérorale. Série de 100 corps étrangers des voies digestives et respiratoires. (Ed. Aucoin. *Arch. intern. de laryngol., d'oto-rhinol., des bronches et de l'œsophage*, mai 1929, t. VIII, p. 513 et 614, 31 fig.) — Dans ce remarquable mémoire qui occupe 2 fascicules entiers des Archives internationales, M. Aucoin nous apporte le résultat de sa grande expérience acquise auprès de M. le professeur Chevalier Jackson (de Phidadelphie).

Ce travail est d'un érudit, il est aussi d'un technicien dont nous avons pu apprécier l'habileté. Il reflète également les grandes qualités de cœur de l'auteur qui est stupéfait de l'insouciance des mamans laissant aux mains d'un nourrisson ou


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES : 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP : 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

d'un enfant les corps étrangers les plus dangereux (épingles de nourrice, pièces de monnaies, haricots..., etc.).

M. Aucoin étudie successivement 12 cas de corps étrangers du pharynx dont certains ont déterminé des abcès rétro-pharyngiens ouverts et drainés par le tube avec extraction simultanée ou consécutive du corps étranger.

Puis suivent les observations de 66 corps étrangers de l'œsophage au sujet desquels M. Aucoin insiste sur la nécessité d'une localisation.

Mais c'est surtout le chapitre des corps étrangers des voies respiratoires qui est le capital.

En effet, M. Aucoin a acquis dans cet ordre de faits une maîtrise tant au point de vue de l'extraction que de celui des indications.

La simplicité, la clarté de l'exposition, la sincérité même de cette monographie en font un ouvrage didactique dont on ne peut que conseiller la lecture complète.

Lecture d'ailleurs agréable par la pureté du style, relevé d'une pointe d'humour.

Etude pathogénique et thérapeutique des accidents respiratoires secondaires aux corps étrangers trachéo-bronchiques. (ROUGET et LEMARIEY. *Arch. méd. chir. de l'appareil respiratoire*, 1929, t. IV, n° 5, p. 409, 3 fig.) — Les auteurs les divisent en :

I. *Accidents réflexes :*
immédiats de défense : occlusion laryngée et réflexe tussigène,
secondaire d'irritation trachéale-toux quinteuse-dyspnée quelquefois asthmatiforme.

II. *Accidents mécaniques :*
d'obstruction : diminution de l'ampliation thoracique R — ou o V=o S + ou —
radiologiquement : ombre ou zone plus claire suivant que le corps étranger obstrue ou fait soupape.
Bien mis en évidence par le lipiodol.
hémoptysies
emphysème.

III. *Accidents infectieux :*
bénins : bronchite par corps étrangers.
graves : bronchopneumonie, abcès du poumon,
tardifs cachexie suppurative pseudo-tuberculose.

Le *diagnostic* est facilité par la radiographie.

Traitement : injection préalable de lipiodol qui, à plusieurs reprises, a été suivie du rejet du corps étranger.

Maintenant, extraction par *bronchoscopie*.

Les suites sont, en général, simples mais il n'en reste pas moins que l'on a constaté des troubles laryngés ayant nécessité une trachéotomie, une bronchite capillaire aiguë.

De ce point de vue, le lipiodol préventif semble avoir une action heureuse.

V. BOUCHE. PHARYNX. COU

L'extirpation totale des amygdales dans quelques-uns de leurs processus aigus. (G. BASAVILBASO [Buenos-Aires]. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov. 1929, 50e année, n° 22, p. 625.) — L'auteur enlève les amygdales enflammées et il a constaté que les suites opératoires étaient simples, que la température tombait rapidement à la normale, que le malade était immédiatement soulagé.

Par ailleurs, il a remarqué que l'hémorragie était relativement moins abondante que dans l'opération banale.

De l'amygdalectomie et de l'adénotomie dans le traitement de la chorée de Sydenham. (LADISLAO IABRA LETELLIER [Santiago de Chili]. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv. 1930, 51e année, n° 2, p. 41.) — L'auteur rapporte dix observations d'enfants atteints de chorée de Sydenham et qui furent guéris en deux à vingt jours par l'amygdalectomie et l'adénotomie.

Le traitement du cancer de l'amygdale. (G. CANUYT. *Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1929, t. XLVIII, n° 7, p. 725.) — Après avoir passé une revue complète des diverses techniques proposées, l'auteur conclut à l'ablation de la tumeur par les voies naturelles sous anesthésie locale, suivie d'une exploration systématique de la loge cervicale du côté de la tumeur.

Au cas de doute sur la totalité de l'exérèse, radiumpuncture et radiumthérapie externe en collier.

Pour les tumeurs conjonctives la radiumthérapie profonde est le traitement de choix, l'amygdalectomie secondaire est discutable.

Procédé simple de cure des sténoses palato-pharyngées. (P. JACQUES [Nancy]. *Ann. des mal. de l'oreille*, août 1929, n° 8, p. 803.) — L'auteur introduit dans une narine une aiguille de Reverdin courbe, la pointe vers le plancher des fosses nasales. Il perfore le bloc cicatriciel à 15 ou 20 millimètres de la ligne médiane. La pointe sort dans le pilier postérieur en dessous de la luette.

Il passe une soie moyenne et la fait ressortir par le trajet rétronasal.

Même manœuvre de l'autre côté.

Puis, à l'anse de soie, il substitue une anse de drain fin que l'on ferme en boucle d'oreille.

Un mois après, l'auteur remplace le drain par le fil d'acier d'une anse galvanique et il sectionne à basse température.

Papillomes symétriques du voile du palais. (F. J. COLLET et PROBY. *Arch. intern. de laryngol., d'otol., de rhinol., des bronches et de l'œsophage*, juillet-août 1929, t. VIII, p. 769.) — Les auteurs rapportent l'observation d'une fillette de trois ans présentant des tumeurs en chou-fleur situées symétriquement au sommet de l'arc du voile.

L'exérèse en fut simple.

L'histologie en a démontré la nature papillomateuse.

L'amygdale linguale. (D. M. Valentine MILLER [Philadelphie]. *Laryngologie*, fév. 1930, vol. XL, n° 2, p. 117.) — L'amygdale linguale est fréquemment négligée au cours des examens, et cependant son hypertrophie liée à une infection aiguë ou chronique est fréquente.

Les accidents sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme, mais peuvent survenir également chez l'enfant.

Le meilleur traitement en est la destruction de l'amygdale linguale au galvano-cautère.

Les ostéites du malaire et leur diagnostic avec les affections d'origine dentaire. (W. M. FRAENKEL. *Arch. intern. de laryngol., d'otol., de rhinol., des bronches et de l'œsophage*, juillet-août 1929, t. VIII, p. 813.) — Après avoir rappelé l'historique de la question, l'auteur étudie la clinique des ostéites tuberculeuses et syphilitiques.

Il rappelle la rareté des ostéites ostéomyélitiques et mycosiques ainsi que de la nécrose phosphorée.

Il insiste sur la nécessité d'éliminer les lésions dentaires dans le cas de fistulisation dans le sillon gingivo-jugal.

Un cas de tuberculose de la parotide. (D. H. M. CUNNINGHAN VANCOUVER. B. C. *Laryngol.*, fév. 1930, vol. XL, n° 2, p. 116.) — L'auteur rapporte l'observation d'une malade présentant une tuméfaction de la parotide. Tuméfaction mobile de consistance pâteuse, indolente; les examens cliniques et sérologiques (φ et Σ) étaient négatifs, il décide une biopsie. Diagnostic microscopique : tuberculose.

Traitement : rayons ultraviolets. Guérison depuis trois ans.

Contribution à l'étude des kystes branchiaux de la région latérale du cou. (G. L. BOSDEVEIX. *Ann. des mal. de l'oreille*, août 1929, t. XLVIII, n° 8, p. 826.) — L'auteur

rapporte une observation de kyste pharyngo-laryngé opéré et guéri; il y adjoint une étude consciencieuse dans laquelle il nous semble relever une omission regrettable.

Poirier et Picqué, dans la *Revue de chirurgie* de 1900, ont, en effet, donné une description anatomique fort intéressante qui peut éclairer la pathogénie et la localisation de ces tumeurs (kystiques ou autres).

Rétention caséeuse rétro-tubaire et son traitement. (E. Escat [Toulouse]. *Arch. intern. de laryngol., d'otol., de rhinol., des bronches et de l'œsophage,* sept.-oct. 1929, t. VIII, p. 897, 2 pl.) — La fossette de Rosenmuller peut, dans certains cas, affecter la forme d'une cavité ou d'un nid de pigeons dans lequel se font des rétentions caséeuses.

La symptomatologie en est :

1° Cacosmie expiratoire et sternutatoire;

2° Expectoration de grains ou de gros amas caséeux très fétides;

3° Le hemmage naso-pharyngien avec paresthésie pharyngée;

4° Des accès de vertige labyrinthique.

Le traitement en est la discision digitale de la fossette.

Du choix de la voie d'accès vers l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien. (E. Escat [Toulouse]. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, juillet 1929, t. XIII, n° 7, p. 277.) — L'auteur, à propos de deux cas, conclut :

A. Adéno-phlegmon latéro-pharyngien à progression cervicale avec signes cutanés de refoulement des gros vaisseaux vers le pharynx (*voie cervicale*);

B. Adéno-phlegmon latéro-pharyngien à progression douteuse (*voie cervicale*);

C. Adéno-phlegmon latéro-pharyngien à progression manifestement pharyngienne :

1° Superficialité exagérée des battements artériels dans la région carotidienne;

2° Fluctuation indubitable de la tumeur endopharyngée;

3° Disposition plongeante de l'abcès;

4° Absence rigoureuse de tout battement artériel dans la cavité pharyngée (*voie pharyngée*).

VI. OREILLE MOYENNE

Sur une forme particulière de mastoïdite aiguë. (H. P. Chatellier. *Arch. intern. de laryngol., d'otol., de rhinol., des bronches et de l'œsophage*, nov. 1929, t. VIII, p. 1029.) — L'auteur décrit une oto-mastoïdite à évolution extrêmement rapide et caractérisée anatomiquement par l'absence de pus qui est remplacé par des masses gélatineuses grisâtres ou rouges, exsudat fibrino-leucocytique remplissant les cavités osseuses.

De l'importance primordiale de la ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez le nourrisson. (Ph. Panneton et D. Longpré. *Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1929, t. XLVIII, n° 9, p. 911.) — Les auteurs insistent sur la nécessité de l'exploration aspiratrice de la caisse chez le nourrisson présentant des poussées thermiques inexpliquées.

Complications des otites à streptococcus hémolytique. (Justo M. Alonso [Montevideo]. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars 1930, 51e année, n° 5, p. 157.) — Les oto-mastoïdites postscarlatineuses sont souvent très graves. L'auteur a obtenu des résultats encourageants en associant à l'acte chirurgical nécessité par les lésions des injections d'antitoxine scarlatineuse.

Torticolis consécutif aux interventions mastoïdiennes. (R. Bertoin [Lyon]. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1930, t. XLIX, n° 1, p. 23.) — L'auteur pense que, le plus souvent, il s'agit d'une myosite des insertions mastoïdiennes; l'évolution en est d'ailleurs bénigne et la guérison spontanée de règle en quelques jours.

La paralysie faciale transitoire dans la chirurgie de l'apophyse mastoïde sous anesthésie locale. (José Duerto [Barcelone]. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, oct. 1929, 50e année, n° 19, p. 557.) — L'auteur pense que ces paralysies, absolument indépendantes d'un traumatisme chirurgical, sont dues à la pénétration de liquide de Bonain dans la caisse.

Ce liquide, lors des secousses provoquées par la trépanation à la gouge, est poussé dans des déhiscences du canal de Fallope et atteint le facial.

Etude clinique et traitement chirurgical de l'abcès encéphalique d'origine oto-mastoïdienne. (J. Piquet et J. Minne. *Arch. intern. de laryngol., d'otol., de rhinol., des bronches et de l'œsophage*, janv. 1930, t. IX, p. 5.) — Cette excellente Revue générale occupe un numéro entier des *Archives internationales*; elle est accompagnée d'une bibliographie très complète de la question.

Nouvelles techniques chirurgicales pour le traitement des surdités de conduction. (M. Sourdille [Nantes]. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1930, t. XLIX, n° 1, p. 10.) — Dans certains cas de surdités chroniques, l'auteur, après antro-atticotomie postérieure pratiquée dans un premier temps, dégage et use la coque osseuse du canal semi-circulaire externe.

Cette intervention d'une pratique peut-être délicate lui a donné des résultats encourageants.

Sarcome atypique monstrueux de l'oreille. (F. J. Collet. *Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1929, t. XLVIII, n° 9, p. 891.) — Il s'agit d'une enfant de deux ans et demi, opérée en mars 1929 pour une otorrhée fétide avec paralysie faciale.

De la plaie rétro-auriculaire est parti un bourgeonnement sarcomateux extrêmement volumineux puisque le poids en atteignait 340 grammes.

L'existus est survenu en mai 1929.

En résumé le diagnostic était impossible à porter lors de la première intervention.

VII. OREILLE INTERNE

Contribution à l'étude de l'étiologie de la surdité progressive. [Note préliminaire.] (D. Mark J. Gottlieb [New-York]. *Laryngol.*, fév. 1930, vol. XL, n° 2, p. 85.) — Chez 20 malades atteints de surdité progressive (9 oto-scléroses et 12 surdités nerveuses) l'auteur a étudié le fonctionnement pancréatique.

6 présentaient un fonctionnement normal.

3 présentaient du sucre dans leur urine.

Dans 12 cas un traitement d'extrait pancréatique eut une action favorable sur l'audition, mais l'amélioration n'a pas persisté après cessation du traitement.

Dans 5 cas qui présentaient une forte glycémie ou glycosurie le traitement fut suivi d'une amélioration marquée.

Une proposition de discussion pratique des problèmes vestibulaires. (F. H. Quix [d'Utrecht]. *Oto-rhino-laryngol., intern.*, août 1929, t. XIII, n° 8, p. 346.)

Pathogénie et traitement chirurgical du vertige de Ménière. (H. Aboulker [Alger] et P. Sudaka. *Ann. des mal. de l'oreille.* oct. 1929, t. XLVIII, n° 10, p. 991.) — La trépanation décompressive de la zone rétropétreuse peut avoir dans certains cas une action favorable sur l'évolution de certains vertiges dus à une hypertension intracranienne.

Selon les cas, cette trépanation a pu être heureusement suivie d'une incision des méninges.

L'influence des excitations auditives intenses sur la pression artérielle chez les normaux et les sourds labyrinthiques. (R. NYSSEN et J. HELSMOORTEL [Anvers]. *Revue d'oto-neurol.-ophtalm.*, déc. 1929, t. VII, n° 10, p. 725.) — Les conclusions de cet intéressant article sont les suivantes :

1° Des excitations auditives très intenses augmentent en général la pression artérielle. Cette augmentation est plus marquée pour la tension systolique;

2° Ces excitations agissent indépendamment de la douleur et de l'émotion;

3° Les excitations influencent la pression sanguine par l'impression mécanique d'organes récepteurs extracochléaires;

4° Ces excitations ne peuvent constituer un test d'excitabilité cochléaire.

Crises statiques chez un ancien contusionné et blessé oculaire. (P. REBIERRE [Marseille]. *Revue d'oto-neurol.-ophtalm.*, fév. 1930, t. VII, n° 2, p. 105.) — L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui à la suite d'un traumatisme de la région orbitaire gauche présente des crises avec chute, perte de sensibilité et quelques secousses, sans mixtion involontaire, ni morsure de la langue.

Rebierre invoque comme pathogénie un angiospasme intercranien.

Etudes sur l'audition colorée. (G. MARINESCO et SAVA VASILE. *Revue d'oto-neurol.-ophtalm.*, juillet 1929, t. VII, n° 7, p. 500.) — L'audition colorée consiste dans l'association d'une sensation auditive avec une sensation visuelle.

Rare chez les sujets normaux, plus fréquente dans les cas pathologiques.

Les auteurs considèrent que ce phénomène est du domaine psychologique individuel.

Ils en rapportent de nombreuses observations; mais alors le « sonnet des voyelles ».....

L'oreille et l'aptitude à la conduite automobile. (P. JACQUES. *Oto-rhinol.-laryngol. intern.*, nov. 1929, t. XIII, n° 11, p. 465.) — L'auteur insiste à juste titre sur la nécessité d'une audition satisfaisante et d'une intégrité du système d'équilibration pour être apte à la conduite d'une voiture automobile.

VIII. LIVRES NOUVEAUX

L'amygdalectomie totale. (G. PORTMANN et J. LAPOUGE. *Monographies oto-rhino-laryngologistes internationales.* Presses universitaires, 1930.) — Dans l'intéressant et documenté rappel embryogénique de l'amygdale, Portmann et Lapouge montrent bien l'invagination ectodermique initiale dont l'aboutissant est le clivage sous-amygdalien : plan capital, directeur de l'amygdalectomie totale.

Portmann et Lapouge, au point de vue anatomique, adoptent les conclusions de Viéla et ils insistent sur la continuité fréquente entre l'amygdale palatine et l'amygdale linguale.

L'étude des lésions anatomiques est elle-même fort intéressante par le fait qu'elle établit une différenciation nette entre l'infection et l'hypertrophie qui ne sont pas fatalement associées. Histologiquement, deux lésions dominent : *la congestion et la présence de foyers infectieux.*

Les indications de l'amygdalectomie totale sont multiples :

Locales, ce sont les amygdalites à répétition aiguës ou chroniques avec leurs conséquences; les suppurations intra- et péri-amygdaliennes.

Générales, le rhumatisme articulaire, les endocardites, les troubles gastro-intestinaux, les néphrites, les goitres, la chorée.

Des contre-indications existent qui sont :

Soit locales, les infections aiguës amygdaliennes ou péri-amygdaliennes (il est préférable d'opérer à froid), les malformations vasculaires.

Soit générales, celles de toutes interventions chirurgicales en y joignant celle de l'époque menstruelle.

Soit sociales, il ne faut toucher à aucun prix aux amygdales d'un chanteur professionnel.

Technique. — Chez l'enfant, Portmann et Lapouge préconisent l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle et décrivent avec soin le procédé de Vacher à l'anse et celui de Sluder.

Chez l'adulte, Portmann et Lapouge préfèrent l'anesthésie loco-régionale : badigeonnage du voile et de la base de la langue avec une solution anesthésiante forte suivie d'infiltration des nerfs palatin postérieur et glosso-pharyngien. Puis, les auteurs exposent la technique de Portmann pour la dissection de l'amygdale.

Dans le traitement post-opératoire, Portmann et Lapouge conseillent une injection de morphine ou de sédol après l'intervention et préconisent l'abstention de toute thérapeutique locale.

Ils étudient enfin les complications qui peuvent intervenir et le traitement qui convient à chacune d'elles.

Ils étudient en particulier minutieusement les divers traitements des hémorragies. P. TRUFFERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1930)

L'équilibre protéinique du sérum sanguin dans les tumeurs cérébrales. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et A. CODOUNIS, poursuivant leurs recherches sur les modifications de l'équilibre protéinique au cours des différents états physiologiques et pathologiques, ont étudié le sérum sanguin de dix malades atteints de tumeur cérébrale, suivis et opérés par le docteur Clovis Vincent.

Dans la règle les tumeurs cérébrales ne troublent pas l'équilibre protéinique. Les protéines totales, la sérine, la globuline sont à la limite supérieure normale. Il s'ensuit que 9 fois sur 10 le quotient albumineux est absolument normal. Ces résultats sont constants quels que soient le siège de la tumeur et sa nature histologique.

Mais 3 fois sur 10 le sérum était lactescent. Il s'agissait chaque fois d'une tumeur de la région hypophysaire ou quadrijumelle. Les auteurs se proposent d'étudier ultérieurement l'équilibre des lipides dans les lésions de ces régions.

L'action d'un immun-sérum anti-endotoxique sur la septicémie expérimentale déterminée par le bacille paratyphique B. — MM. J. REILLY, V. RIVALIER et V. STEFANESCO. Un sérum anti-endotoxique, bien que doué *in vitro* d'un pouvoir bactéricide faible, peut, à très petite dose, protéger le cobaye contre une infection virulente mortelle pour le témoin en vingt-quatre heures. Ce désaccord entre les deux opinions n'est qu'apparent, car si l'on pratique des hémocultures chez les animaux qui, traités par le sérum, survivent à l'inoculation d'épreuve, on constate que les microbes se maintiennent plusieurs jours dans le sang, malgré la conservation parfaite de l'état général. L'action du sérum consiste en une protection de l'organisme contre les poisons endo-microbiens et qui lui permet de se débarrasser lentement et sans dommage des germes introduits dans la circulation.

Malgré la persistance de la bactériémie, les cobayes sacrifiés bien portants ne présentent à aucun moment des bacilles paratyphiques dans leur vésicule biliaire. L'élimination de ces germes par les voies biliaires ne s'opère en réalité qu'à la faveur de l'atteinte hépatique produite par les poisons

microbiens. Elle est le résultat d'une effraction cellulaire qui peut être supprimée si la quantité de sérum anti-endotoxique injectée est suffisante pour les neutraliser.

Sur les modifications de l'excrétion pancréatique consécutive à l'hyperglycémie des centres encéphaliques. — M. René GAYET et Mlle Maylis GUILLAUMIE rapportent huit nouvelles expériences confirmant entièrement leur opinion antérieure. Malgré l'observation rigoureuse des conditions expérimentales, des variations spontanées de l'émission du suc, d'une part, se sont manifestées dans l'excrétion pancréatique déterminée par une injection continue et régulière de sécrétine, et, d'autre part, l'hyperglycémie des centres ne fut suivie d'aucune augmentation de l'excrétion pancréatique. Dans ces expériences comme dans les précédentes la preuve de l'excitabilité des centres par les modifications du rythme cardiaque après anémie du bulbe et l'abondance des sécrétions par excitation faradique des vagues dans le thorax, en fin d'expérience, indiquent que l'action excito-sécrétoire de l'hyperglycémie des centres aurait pu se manifester si elle existait.

Sur les propriétés des complexes savonneux de métaux lourds. — M. Maurice RENAUD a étudié expérimentalement les complexes que forment les métaux lourds et les savons, et précisé leur valeur thérapeutique. Il a reconnu que ces complexes où les molécules du métal semblent isolées et rendues momentanément inertes par l'étalement à leur surface d'une pellicule de savon ou d'acide gras sont globalement moins toxiques que la masse du métal qui les constitue. La forme des accidents qu'ils déterminent est toute différente. On ne voit après leur injection aucun accident immédiat ou rapide. En raison de leur fixation difficile par les tissus et de leur lente dissociation, l'action qu'ils exercent est progressive et prolongée. La théorie et l'expérimentation indiquent donc qu'ils doivent être d'excellents agents thérapeutiques. L'expérimentation clinique le confirme, des résultats thérapeutiques tout à fait remarquables ayant été obtenus avec des complexes de mercure et d'or.

Sur le pouvoir pathogène du bacille diphtérique. Moyens d'étude. — MM. G. RAMON, Robert DEBRÉ et P. THIROLOIX. Grâce à certains artifices expérimentaux : addition d'eau physiologique ou mieux de bouillon ou mieux encore de bouillon et d'un peu de poudre de tapioca, à des dilutions de cultures du bacille de Löffler, immédiatement avant leur injection au cobaye on peut augmenter dans de fortes proportions le pouvoir pathogène de ces dilutions, à tel point qu'une culture de vingt-quatre heures, qui en dilution simple fait périr le cobaye à la dose de 1/30 de centimètre cube, peut tuer cet animal à la dose de 1/2.000 de centimètre cube si la dilution est additionnée de bouillon et de tapioca, par exemple. Le bacille diphtérique agit donc ici à doses minimes et son pouvoir pathogène « essentiel » est de ce fait rendu plus manifeste et plus perceptible. Ceci a son intérêt pratique. En effet, par le procédé utilisé dans les expériences rapportées, on peut mettre facilement en évidence le pouvoir pathogène très faible de souches de bacille diphtérique que la technique courante ne révèle pas ou révèle difficilement.

Sur le pouvoir pathogène du bacille diphtérique. Son déterminisme : virulence et pouvoir toxigène. — MM. G. RAMON, Robert DEBRÉ et P. THIROLOIX. En utilisant la technique exposée dans la note précédente on peut étudier le pouvoir pathogène du bacille diphtérique et se rendre compte du rôle et de l'importance du rôle de chacune des propriétés essentielles de ce germe; la virulence et le pouvoir toxigène, dans l'installation et le développement, chez l'animal et chez l'homme réceptifs, de l'infection toxique due au bacille de Löffler. La virulence conditionne l'intoxication; un germe très virulent peut être très nocif même si son aptitude toxigène est peu prononcée, car grâce à sa forte virulence il multiplie sa faible valeur toxigène et fait ainsi preuve d'un pouvoir pathogène élevé. La propriété toxigène représente le facteur décisif et caractéristique, elle apporte également son appui à l'exercice du pouvoir virulent. De l'étude entreprise on peut conclure en complétant ce qu'écrivaient Roux et Yersin en 1889 : un pouvoir pathogène élevé peut être l'apanage d'un germe diphtérique relativement peu toxigène, mais au moins momentanément très virulent; un pouvoir pathogène réduit peut appartenir à un germe très toxigène mais peu virulent. Entre ces deux propositions trouvent place toutes les variantes.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 20 octobre 1930) :

Contractions toniques et cliniques tardives après injection intra-cranienne de toxine diphtérique chez des cobayes sensibilisés à cette toxine. — MM. F. ARLOING, A. JOSSERAND et P. DURAND ont vu que des cobayes sensibilisés par une injection sous-cutanée de toxine diphtérique non mortelle et réinjectés avec une très faible dose de cette toxine par voie intra-cranienne, peuvent présenter vers le douzième jour des accidents convulsifs tétanoïdes et épileptiformes mortels en vingt-quatre à quarante-huit heures, ou pouvant guérir dans les formes tardives et légères.

Le blocage par encre de Chine pratiqué quarante jours avant la sensibilisation par la toxine ne semble pas avoir d'action nette sur les accidents.

Ces faits éclairent peut-être la pathogénie de l'épilepsie, car on peut concevoir comme cause provocatrice chez l'homme du syndrome épileptique de semblable atteintes toxiques sur un cerveau antérieurement sensibilisé.

Blocage et choc anaphylactique à la toxine diphtérique chez le cobaye. — MM. F. ARLOING, A. JOSSERAND et P. DURAND, utilisant l'action inhibitrice du blocage sur les phénomènes d'immunité qui dépendent du système radiculo-endothélial, ont recherché si, après la réalisation du blocage, une injection de toxine ne pourrait pas sensibiliser le système nerveux sans produire d'antitoxines, et si une réinoculation intra-cranienne déclancherait chez les cobayes un choc anaphylactique plus accentué que chez les témoins.

Or, il ne semble pas que le blocage favorise l'apparition des phénomènes de choc; par contre, il existe une sensibilisation aux réinjections par voie intra-cranienne de toxine diphtérique indépendante du blocage.

Le choc à la toxine diphtérique présente une symptomatologie particulière, et certains animaux offrent parfois des troubles moteurs extrêmement curieux.

Irrétractilité du caillot sans diminution du nombre des plaquettes au cours du syndrome « bronchite chronique et emphysème ». — MM. J. PAVIOT et R. CHEVALLIER. Poursuivant leurs recherches hématologiques, les auteurs ont observé, sur un total de 34 sujets, 8 cas d'irrétractilité complète du caillot sans une seule goutte de sérum exsudée et 9 cas d'irrétractilité partielle avec une exsudation sérique limitée à quelques gouttes.

Dans tous les autres cas la rétraction du caillot est normale.

La numération des hématoblastes, morphologiquement intacts, a donné, chez tous les sujets, qu'il y ait ou non trouble plus ou moins marqué de la rétraction, un chiffre oscillant autour de 300.000 globulines par millimètre cube.

Ce trouble de la rétraction, de nature indéterminée, mérite peut-être, par sa fréquence relative, de figurer dans le syndrome hématologique précédemment signalé chez de tels malades.

Azotémie au cours de l'intoxication expérimentale par la trypaflavine chez le lapin. — MM. M. LEREAT et A. BA-

DINANT. Les auteurs étudient l'intoxication expérimentale réalisée chez le lapin par la trypaflavine en injections intraveineuses. Ils montrent que celle-ci est nettement caractérisée par une azotémie élevée pouvant atteindre 6 grammes et évoluant parallèlement à la gravité de l'intoxication. Cette azotémie s'accompagne d'albuminurie; le chiffre d'urée éliminée dans les urines par vingt-quatre heures reste normal. Enfin il y a un amaigrissement très rapide.

L'azotémie semble due en grande partie à des lésions rénales vérifiées par l'examen histologique. Mais il semble, en outre, y avoir hyperproduction d'urée dans l'organisme, en rapport peut-être avec des lésions des muscles sur lesquels se fixe électivement la trypaflavine.

Les albumines du sérum des syphilitiques et la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. J. GATÉ, Henry GARDÈRE et A. BADINAND. Etudiant les rapports qui existent entre les albumines sériques et le taux de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques, les auteurs apportent les résultats de 31 recherches comparatives et arrivent aux conclusions suivantes :

1° Si la réaction de Bordet-Wassermann est plus souvent positive lorsqu'il y a augmentation des protéines totales, de la sérine et surtout des globulines, il est intéressant de noter une proportion importante des réactions positives avec un taux d'albumine normal, voire même abaissé.

2° Inversement, si quelques sérums présentant un taux normal ou abaissé des protéines totales, de la sérine et des globulines, donnent une réaction de Wassermann négative, celle-ci se rencontre dans la plupart des sérums expérimentés en même temps qu'une augmentation nette de ces mêmes albumines.

3° Il semble donc bien que le taux des albumines du sérum, des globulines en particulier, n'a qu'une importance secondaire dans la détermination du sens de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques.

Recherches sur l'équilibre protéique du sérum dans la syphilis acquise. — MM. J. GATÉ, Henry GARDÈRE et A. BADINAND. De leurs recherches portant sur 31 sérums, les auteurs concluent :

1° A la période primaire présérologique de la syphilis avant tout traitement, il y a augmentation des protéines totales et de la sérine, abaissement ou maintien des globulines à leur taux normal et élévation du coefficient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$.

2° A la période primaire sérologique et à la période secondaire évolutive de la syphilis avant tout traitement les résultats sont inconstants et, si dans quelques cas il y a une tendance à l'augmentation des protéines totales, à l'augmentation ou à l'abaissement de la sérine, à l'élévation du taux des globulines et à l'abaissement du coefficient, chez la plupart des malades toutes ces valeurs restent normales.

3° Dans les syphilis secondaires récentes sans accidents évolutifs et dans les syphilis anciennes, les unes et les autres antérieurement traitées, on note comme à la période primaire présérologique avant tout traitement une augmentation des protéines totales et de la sérine, mais par contre une augmentation proportionnelle des globulines, partant un coefficient le plus souvent normal.

Nouveau procédé de numération globulaire par prise de sang intraveineuse. — MM. J. PAVIOT, A JOSSERAND et R. CHEVALLIER. La prise de sang intraveineuse présente sur les procédés classiques de numération globulaire par aspiration à la pipette du sang des capillaires de sérieux avantages.

Diverses causes d'erreur telles que l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, fréquent chez les anémiques graves, ou la vaso-dilatation périphérique, sont en effet, supprimées.

La méthode permet, d'autre part, de faire le rapport entre les éléments cellulaires du sang veineux, du sang artérie et du sang des capillaires.

Le matériel comporte une seringue en cristal d'un type spécial, une éprouvette graduée et un agitateur en verre. La technique d'utilisation très simple permet de chasser exactement 1/5 de centimètre cube de sang dans 50 centimètres cubes de sérum de Hayem. La dilution, compte tenu du mouillage des parois très réduit, est alors, comme dans le procédé classique, de 1/248.

De nombreuses numérations ont été effectuées avec ce matériel sur sept sujets sains. Elles ont établi la précision de la méthode en montrant que la seringue fournissait avec le sang veineux, les mêmes chiffres que la pipette de Hayem.

Elles ont permis de constater d'autre part, que le sang veineux contenait, en moyenne, 250.000 hématies de plus que le sang des capillaires.

Des recherches sont en cours, avec ce matériel chez les anémiques présentant une infiltration sub-œdémateuse des téguments.

Crachats hémoptoïques et expectoration tigrée sidérofère. — MM. J. PAVIOT, R. CHEVALLIER et H. BADINAND. Chez certains sujets, ayant présenté une expectoration hémoptoïque, une surcharge pigmentaire progressive se substitue à la coloration sanglante des crachats.

La recherche chimique du sang, complétée par l'étude cytologique de l'expectoration, a montré, dans une dizaine de cas, que les hématies, puis l'hémoglobine libre disparaissaient peu à peu dans les crachats et faisaient entièrement défaut dans l'expectoration tigrée secondaire.

Dans les crachats poussiéreux, le fer a été mis en évidence. Le dosage a révélé une teneur en fer oscillant, chez les divers sujets, entre 0,020 et 0,076 milligrammes pour 100 grammes de crachats secs (normalement moins de 0,015).

Cette étude chimique des crachats post-hémoptoïques, qui permet de saisir le passage entre la disparition de l'hémoglobine libre et l'apparition de la surcharge martiale, est un nouvel argument en faveur de l'origine hémoglobinique du pigment noir de l'expectoration.

INFORMATIONS

(SUITE)

DON A LA VILLE DE PARIS. — M. Eastman (de Rochester) a fait un don de 25 millions de francs pour la création à Paris de cliniques dentaires et oto-rhino-laryngologiques à l'usage des enfants des écoles.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel de physique est décerné à Sir Chandra-Sakara Raman, professeur à l'Université de Calcutta.

Le prix de chimie est décerné au professeur Hans Fischer de l'Université de Munich.

NÉCROLOGIE. — Les obsèques de notre regretté collègue et ami Jean Heitz (de Royat), récemment décédé à Séville, ont eu lieu samedi à Paris.

Des discours ont été prononcés par le docteur Cottet (d'Evian) au nom de la Société d'hydrologie dont Heitz était le président, par M. Mérigaux (de Royat), par M. Bertrand, maire de Royat, par MM. les professeurs Marcel Labbé et Vaquez.

AVIS DE CONCOURS. — Il sera ouvert à la préfecture du Loir-et-Cher, à Blois, le 20 décembre 1930, un concours sur titres et sur épreuves pour la nomination d'un médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques

et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Il portera sur les épreuves suivantes :

Une composition écrite sur la législation et l'administration de l'hygiène;

Une composition écrite sur la prophylaxie et l'épidémiologie;

Une épreuve de laboratoire;

Une épreuve orale sur la pratique de l'hygiène.

Les candidats à cet emploi devront être Français, âgés de moins de 45 ans, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée avant le 30 novembre 1930, dernier délai, au préfet de Loir-et-Cher avec le dossier réglementaire.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 40.000 fr., auquel s'ajouteront les indemnités ordinaires pour charges de famille et de résidence touchées par les fonctionnaires du département. Le titulaire sera, en outre, admis à bénéficier, sur sa demande, des avantages de la caisse départementale des retraites; les frais de déplacement seront remboursés sur états dans les limites d'un crédit annuel de 15.000 fr.

INSTITUT COLONIAL FRANÇAIS. — Sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique Désiré Ferry, du sous-secrétaire d'Etat aux colonies, M. Alcide Delmont et de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, une conférence organisée par l'Institut colonial français, sera faite le 21 novembre 1930, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, par le médecin général des troupes coloniales Thiroux, du cadre de réserve, membre correspondant de l'Académie de médecine sur : « La santé publique et les médecins dans la France d'Outre-mer. » Au cours de cette réunion, qui sera suivie de projections et de films, seront proclamés les lauréats des prix médicaux de l'Institut colonial français.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — COURS DE PHYSIOLOGIE. — M. Ch. Richet, agrégé, commencera ses conférences le jeudi 20 novembre 1930, à 16 h. à l'amphithéâtre Vulpian et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Appareils circulatoire et respiratoire. Chaleur animale. Digestion.

SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ. (Docteur L. Delherm, année 1930-1931.) — 1° *Radiodiagnostic.* — Docteurs Thoyer-Rozat et Valençon : 1. Tous les jours, à partir de 9 h. 30, au pavillon Bergonié, radioscopie, radiographie.

2° A partir de 10 h., salle Duchenne de Boulogne, docteur Delherm, interprétation des clichés.

2° *Electroradiothérapie.* — Docteurs Morel-Kahn, Beau et Codet, tous les jours, à partir de 9 h. 30, dans les salles Huet et Duchenne de Boulogne, examen et mise en traitement des malades.

Dans les salles Curie, Oudin, Apostoli et Tripier, applications thérapeutiques :

Electrothérapie sous toutes ses formes;

Radiations, lumière, ultraviolet, infrarouge;

Radiothérapie moyenne et profonde.

Electrodiagnostic classique et chronaxie, sur rendez-vous, salle Huet.

3° *Consultations* par le docteur Delherm, chef de service, dans la salle Duchenne de Boulogne, mardi, 10 h., malades

anciens; mercredi, 10 h., malades nouveaux; samedi, 10 h., malades anciens.

CONFÉRENCES DE L'HOTEL CHAMBON. [Hôtel des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe)]. — Dans la grande salle des séances de l'hôtel Chambon vont être données des conférences publiques sur des sujets divers intéressant le Corps médical.

Un Comité de direction de ces conférences a été organisé et il comprend non seulement des membres médicaux, mais aussi des membres non médicaux s'intéressant à la médecine. Ce Comité est actuellement constitué par MM. les professeurs Balthazard, Roussy et Sergent, M. le docteur Louis Martin de l'Institut Pasteur, MM. les docteurs Jayle, Pasteur Vallery-Radot, Soupault, MM. Paul Valéry et Paléologue, de l'Académie française, M. le docteur Henry Meige, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts. Le secrétaire de ce Comité est M. Mauric, interne des hôpitaux de Paris.

La première Conférence sera donnée par M. le docteur Maurice de Fleury le samedi 22 novembre, à 6 h. du soir. Elle a pour objet cette question très intéressante : « Les demi fous. »

A la fin de chaque Conférence, tout auditeur pourra demander au conférencier les explications qu'il désire ou lu soumettre des objections.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE L'ŒSOPHAGE [1]

3° **Formes douloureuses et nerveuses.** — L'extension de la péri-œsophagite cancéreuse aux nerfs voisins explique la possibilité de crises pseudo-angineuses par irritation du plexus cardiaque, de crises à type de névralgies phréniques. L'atteinte du sympathique explique encore les formes accompagnées d'un syndrome de Claude Bernard-Horner.

Dans tous les cas, la dysphagie, les régurgitations orientent rapidement le diagnostic vers l'affection œsophagienne.

B. **Formes latentes.** — Très rares sont les formes latentes, car le cancer de l'œsophage, par sa situation, est l'un de ceux qui provoquent le plus tôt des troubles fonctionnels.

C. **Suivant le siège.** — 1° Cancer de la *partie supérieure* de l'œsophage : il s'accompagne de régurgitations immédiates, d'une salivation extraordinairement intense, d'adénopathies de la chaîne carotidienne. Et il est parfois possible de le percevoir à la palpation de la partie profonde du cou.

2° Cancer de l'*extrémité inférieure*. C'est tout le tableau d'un cancer du cardia, avec pseudo-vomissements œsophagiens et grosse poche dilatée sus-stricturale.

COMPLICATIONS

1° **Infectieuses.** — Ce sont les plus fréquentes.

A. **Locales.** — Dues à la périœsophagite infectieuse ou à la déglutition de produits septiques, elles peuvent consister en broncho-pneumonie, parfois de déglutition, gangrène pulmonaire, pleurésies putrides, pyopneumothorax.

B. **Générales.** — Une phlegmatia alba dolens, une tuberculose pulmonaire, une infection intercurrente sont des façons de mourir fréquentes de ces malades.

2° **Par extension cancéreuse.**

Les fistules *œsophago-trachéales* sont une cause relativement fréquente de broncho-pneumonie de déglutition. Les fistules œsophago-pleurales ou œsophago-pulmonaires ne sont pas exceptionnelles, entraînant la mort à bref délai.

Les *hémorragies*, dues à l'ulcération d'un vaisseau par le cancer, peuvent être foudroyantes. Plus souvent elles sont peu abondantes mais continues et sont un des facteurs de l'anémie profonde de ces malades.

Les métastases du cancer de l'œsophage sont tout à fait exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

Positif. — L'apparition, chez un homme ayant dépassé quarante ans, de dysphagie avec régurgitations et amaigrissement doit évoquer le diagnostic de sténose cancéreuse de l'œsophage. La radioscopie met en évidence la sténose, l'œsophagoscopie montre le cancer.

Différentiel. — Il faut éliminer :

I. Les sténoses œsophagiennes d'origine extrinsèque. — L'*ectasie aortique* qui, dans sa forme dysphagique, peut simuler une affection œsophagienne. L'auscultation de l'aorte, l'inégalité du pouls et des indices oscillométriques, les signes radiologiques d'ectasie aortique font le diagnostic.

Les *adénopathies* médiastinales et trachéo-bronchiques de l'adulte peuvent également provoquer de la dysphagie.

Elles sont dues, presque toujours, à des lymphadénomes, lymphosarcomes, parfois à la lymphogranulomatose. Dans tous les cas, l'intégrité de l'œsophage est d'un diagnostic facile.

II. Les sténoses non cancéreuses de l'œsophage. — Ce sont vraiment les seules affections qui puissent simuler le néoplasme.

A. RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE. — D'un diagnostic facile, il apparaît chez des névropathes et évolue par crises de dysphagie, survenant souvent à l'occasion d'émotions, de fatigues, ayant une allure paroxystique, avec salivation intense, débutant brusquement et cessant de même.

La sédation de cette dysphagie à l'*atropine* fait souvent la preuve du spasme. S'il y a le moindre doute, les résultats paradoxaux du cathétérisme, ou mieux l'intégrité de la muqueuse à l'œsophagoscopie feront aisément le diagnostic.

B. RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES. — C'est le diagnostic le plus délicat.

α. Cicatriciels. — L'antécédent de l'ingestion d'un liquide caustique suivie, après quelque temps, de dysphagie progressive et de régurgitations immédiates, oriente d'emblée vers ce diagnostic. L'œsophagoscopie le confirme en montrant l'aspect cicatriciel de la sténose, sorte d'entonnoir auquel aboutissent des traînées blanchâtres d'aspect également cicatriciel.

β. Inflammatoires. — Très rares, ils peuvent être tuberculeux, mais plus souvent *syphilitiques*. L'œsophagoscopie montre, en ce dernier cas, soit une gomme soulevant la muqueuse, soit une ulcération arrondie, aux bords taillés à pic comme toute ulcération syphilitique. L'existence d'autres stigmates cliniques ou biologiques (Wassermann) de spécificité, aide au diagnostic.

Il ne faut, en aucun de ces cas, oublier que le cancer peut se greffer sur un rétrécissement cicatriciel ou inflammatoire, et particulièrement sur une sténose syphilitique. Au moindre doute, le dernier mot revient à la *biopsie*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 91, p. 1614.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de M. Delherm, Mme de Brancas, MM. Sainton, Pierre Duval, Mallet.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 17 novembre. — Questions données : « Erythème noueux. — Anatomie pathologique, symptômes et évolution de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. »

MM. Bloch, 18; Durel et Pourquié, 20; Auzépy, 27; Ulmann, 11; Dreyfus, 22; Laplane, 17; Eck et Nicolas, 24; Livieratos, 19.

Séance du 18 novembre. — Questions données : « Pneumonie du sommet. Symptômes et diagnostic. — Symptômes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. »

MM. Boras, 18; Benoit, 23; Lachmann, 19; Mlle Lépine, 20; M. de Botton, 14; Mlles Poindessault, 15; Baguette, 26; MM. Fontaine, 18; Boisseau, 16; Hutin, 19.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Samsoen, Dancourt, Gervois, Alexandre, Lemaire, Merlin, Peignez, Lecocq, Vansteenberghe, Herremann, Caüet, Lafrance, Benoist, Wattel, Bedrine, Olivier, Léghié, Diény, Poiteau, Waquette, Baly, Christiaens, Bar, Bocherel, Carlier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le professeur Villemin vient d'être délégué au Conseil de l'Université comme assesseur de M. le Doyen.

Prix de la Faculté (1929-1930). — *Prix triennal Gintrac.* — Prix (1.200 fr.) : M. le docteur Wangermez.

Prix Godard des docteurs stagiaires (2.000 fr.). — Section d'anatomie et de physiologie : prix, M. le docteur Broustet.

Section des sciences physiques et naturelles : prix, M. le docteur Vitte.

Section de médecine : prix, M. le docteur Laubie.

Prix Godard des thèses. — 1er prix, médaille d'or, M. le docteur Broustet; 2e prix, médaille de vermeil, M. le docteur Pales; 3e prix, médailles d'argent, MM. les docteurs Courmes, Dervillée, Petges; 4e prix, médailles de bronze, MM. les docteurs Beaudiment, Carre, Chevalier, Guglielmi, Jonchère, Lafferre, Mahon, Ruppli.

Prix de médecine coloniale. — Prix, médaille de vermeil, M. le docteur Massias.

Prix des thèses de pharmacie. — Médailles de vermeil, MM. Vitte, Guyot. — Médaille d'argent, Mlle Pipat.

— LILLE. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale à la Charité s'est terminé par la nomination de M. le docteur Houcke.

Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale infantile s'est terminé par la nomination de M. le docteur Minne.

Après concours, M. le docteur Dupire a été nommé moniteur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité; M. Loorius a été nommé moniteur de clinique chirurgicale infantile.

— MONTPELLIER. — Prix de la Faculté (1929-1930). — Prix Bouisson : MM. les docteurs Fayot, Henriet, Imbert.

Prix Swiécicki : M. Ratié.

Prix Lescellière-Lafosse : Mlle Soulas.

Prix Fontaine (prix de thèse) : M. le docteur Pierre Rimbaud, Mlle Elisabeth Calvet, M. le docteur Hervé Harant, *ex æquo*; mention honorable : MM. les docteurs Emperaire, Fayot, Henriet, Imbert, Trivas.

Prix de fin d'année : 1re année, M. Passeboit; 2e et 3e années, pas de concurrents; 4e année : M. Henri Sabatier; 5e année, M. Gaubert.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — TROISIÈME LISTE DES PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1930. — *Prix généraux.* — Prix Bordin (3.000 fr.) à M. Louis Dangeard, assistant à la Faculté des sciences de Rennes. — Prix Vaillant (4.000 fr.) à M. Robert Perret, docteur ès lettres. — Prix Le Conte (50.000 fr.) à M. Elie Cartan, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris. — Prix Houllevigue (5.000 fr.) à M. Georges Giraud, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. — Prix Saintour (3.000 fr.), à M. Elie Ivanow (de Moscou). — Prix Jules-Mahyer (2.000 fr.) à M. Constantin Dawidoff, ancien professeur à l'Université de Perm. — Prix Henri-Wilde : prix de 2.000 fr. à M. Maurice Leriche, professeur de géologie à l'Université libre de Bruxelles, et à M. Ferrucci Zambonini, professeur à l'Université de Naples. — Prix Gustave-Roux (1.000 fr.) à M. Marc André, assistant au Muséum national d'histoire naturelle. — Prix Thorlet (1.600 fr.) à M. Adolphe Richard, ancien préparateur à l'Ecole supérieure des mines.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Gegner (4.000 fr) à M. Désiré Bois, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. — Fonds Charles-Bouchard (5.000 fr.) à M. Léon Binet, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission à deux emplois de médecin-adjoint au dispensaire de salubrité s'ouvrira à la Préfecture de police le lundi 19 janvier 1931 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit dans un hôpital qui sera désigné ultérieurement.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours se feront inscrire à la Préfecture de police (service du personnel).

Le registre d'inscription sera clos le 20 décembre 1930, à midi.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours pour la nomination d'un médecin spécialisé, chargé plus spécialement du dispensaire antituberculeux d'Annemasse (Haute-Savoie) aura lieu dans le courant de décembre.

Les traitements, avantages et indemnités, obligations, services, fonctions, sont ceux prévus au statut type des médecins spécialisés.

Les demandes de candidatures doivent être adressées au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 10 décembre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Warlomont, général, médecin honoraire de l'armée belge; E. Pouvreau, ancien médecin de la marine; Charles Rostan, médecin colonel en retraite; Edouard Challiol (de Paris), Decouvelaere (d'Hazebrouck).

COLLÈGE DE FRANCE. — *Cours d'épidémiologie et maladies infectieuses.* — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 3 décembre 1930, à 5 h.

Le cours a lieu au laboratoire du professeur (provisoirement rue Saint-Jacques, n° 277, Val-de-Grâce), tous les mercredis, à 5 h.

Sujet du cours : « Les maladies à fuso-spirochètes. Etude clinique, bactériologique et épidémiologique. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Jacques Leveuf, agrégé, a commencé son cours le lundi 17 novembre 1930, à 16 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Affections chirurgicales de l'abdomen.

— CHAIRE D'HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — M. le professeur Maurice Villaret a commencé le cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 19 novembre 1930, à 16 h,, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours au petit amphithéâtre, les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par des leçons cliniques d'hydrologie et de climatologie pratiques au lit du malade, au Centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (hôpital Necker, salle Delpech), le matin, à 11 h. 30, et l'après-midi, à 14 h., à partir du mois de février 1931.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de cet enseignement.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — *Anatomie pathologique chirurgicale* (cours particulièrement destiné aux internes en chirurgie, aux candidats au prosectorat et au bureau central). — Ce cours, en douze leçons, par M. le docteur Moulonguet, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, chef du laboratoire, commencera le mardi 25 novembre 1930, à 16 h., et continuera les jeudi, samedi et mardi suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 250 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours, essentiellement anatomo-clinique, ne comporte aucune manipulation pratique. Il est gratuit pour les internes des hôpitaux qui ont libre accès au laboratoire, et pour les externes qui se feront inscrire.

Le nombre des auditeurs n'est pas limité.

LE CRAPOUILLOT (novembre) publie son traditionnel numéro spécial sur « Le Salon d'automne » avec une pénétrante analyse de Luc Benoist et de nombreuses reproductions. Cette même livraison publie de très plaisantes bonnes feuilles d'un livre à paraître d'André Villebœuf, « C'était le bon temps » ou « La guerre de 1914 racontée en 1960 par un vieux paysan » (le numéro : 7 fr., 3, place de la Sorbonne, Paris).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 24 novembre. — Jury : MM. Legueu, président; Dognon, Vallery-Radot et Zimmern. — M. NYER. Applications chirurgicales de l'ionisation.

Mardi 25 novembre. — Jury : MM. Bernard, président; Gougerot, Chevallier et Philibert. — M. BONNIÈRES. Etude de la phrénicectomie dans la tuberculose. — M. CLARÈS. Les épreuves biologiques dans le diagnostic des infections à streptocoques.

Jeudi 27 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Bresson et Lesbouyries. — M. BRUGGE. Le mal d'aile chez le pigeon voyageur.

Vendredi 28 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Sebileau, Portes et Lévy-Valensi. — Mlle CAHEN. Etude de la syphilis congénitale. — M. CORININ. Renseignements fournis par l'examen du nez extérieur.

CHRONIQUE

LES FÊTES DE LA RECONNAISSANCE EN YOUGOSLAVIE

L'anniversaire de l'armistice a donné lieu à Belgrade à de grandes fêtes au cours desquelles a été inauguré le monument de la Reconnaissance à la France.

Ces fêtes ont été l'occasion de manifestations populaires d'affection et de reconnaissance à la France qui ont profondément ému les délégués français. Ceux-ci étaient très nombreux.

Dans la délégation officielle groupée autour du représentant du gouvernement M. Champetier de Ribes, ministre des Pensions, et du ministre de France, M. Dard, on remarquait particulièrement les représentants des universités françaises. La Faculté de médecine de Paris avait envoyé MM. J.-L. Faure et Leveuf, l'Académie de médecine M. Auvray.

La France était encore représentée par les recteurs des universités de Montpellier et de Poitiers, par de nombreuses personnalités appartenant au monde des lettres, des sciences, à la Faculté de pharmacie, au Corps des hôpitaux de Paris.

Parmi les Français on remarquait le docteur Etienne Sorrel et Mme Etienne Sorrel-Dejerine et le docteur Maingot.

Dès leur arrivée les Français ont été reçus d'une façon triomphale par les autorités et le peuple yougoslaves. Les médecins français gardent en particulier un souvenir profond de l'accueil qui leur a été fait par leurs confrères de Belgrade. Ceux-ci leur ont fait visiter les installations hospitalières de Belgrade, véritablement magnifiques, et qui, grâce au marbre du pays utilisé largement, ont un aspect tout à fait luxueux.

La veille de l'inauguration du monument eurent lieu des cérémonies aux cimetières français et serbe. M. Champetier de Ribes, ancien combattant et mutilé de guerre, en accomplissant avant toutes choses ce pèlerinage à la tête de tous les Français, a fait un geste qui a produit une profonde impression sur nos amis yougoslaves et qui a déchaîné de touchantes manifestations populaires.

Le 11 novembre, à 9 heures du matin, une séance solennelle réunit à l'Université de Belgrade toutes les délégations. Une conférence du professeur Bogdan Popovitch consacrée aux forces intellectuelles de la France et à l'influence de leur rayonnement sur la pensée humaine obtint un très vif succès. Elle fut suivie d'une allocution de M. Pineau, recteur de l'Université de Poitiers, qui répondit en termes très heureux aux orateurs serbes.

Au sortir de la conférence un cortège se forma en tête duquel marchait avec ses drapeaux déployés une importante délégation de l'ancienne armée d'Orient; elle était suivie de tous les délégués en robe ou en uniforme, et au milieu de la foule pittoresque des populations yougoslaves aux riches costumes on s'achemina, au milieu d'ovations indescriptibles et bien émouvantes, vers le monument dans lequel le grand statuaire Mestrovic a personnifié la reconnaissance de sa patrie à la France.

L'inauguration eut lieu en présence du Roi, de la Reine et des princes. On sait déjà par la grande presse ce que fut la cérémonie, l'émotion causée par les discours, celui du professeur Milianitch qui termina en disant : « Nous aimons la France comme elle nous a aimés », celui de M. Champetier de Ribes dont l'éloquence sobre et forte fit une énorme impression.

Pendant deux jours les Français ont été reçus par les autorités ou par les particuliers d'une façon qu'ils n'oublieront jamais. S. M. le roi Alexandre les retint à déjeuner et leur montra une amabilité particulière.

Avant de quitter Belgrade, le docteur Maingot, radiologiste des hôpitaux de Paris, fit à l'Université une conférence, qui obtint un très vif succès, sur l'examen radiologique du carrefour sous-hépatique. Au début de cette conférence, M. Auvray avait adressé une courte allocution aux collègues et aux élèves venus très nombreux.

De tous les grands souvenirs de ces journées se dégage une impression très forte. Un des délégués nous disait qu'il avait senti, au milieu des ovations populaires, une véritable fierté d'être Français.

Pour nous avoir donné la certitude que la loyauté et la reconnaissance existent encore en Europe, nos amis yougoslaves doivent être particulièrement remerciés.

F. L. S.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES HERNIES INTERNES

Paris, le 8 novembre 1930.

Monsieur le directeur,

Dans une intéressante Revue générale consacrée aux hernies internes et parue dans les derniers numéros de la *Gazette*, je vois que M. Folliasson conseille une technique qu'on ne peut laisser passer sans protester.

A propos du traitement des hernies étranglées dans l'arrière-cavité par l'hiatus de Winslow (p. 1589, 2e colonne), il conseille *de débrider l'hiatus de Winslow par la manœuvre de Jeanbrau et Riche, en passant par le triangle interporto-cholédocien.*

Or, l'innocuité de cette manœuvre a été déjà discutée en 1906 par M. J.-L. Faure à la Société de chirurgie. Rio-Branco a publié (*Presse méd.*, mai 1911) un article pour dénoncer les dangers de cette manœuvre et y est revenu dans sa thèse devenue classique (1912). Il a suffisamment démontré qu' « *il était beaucoup plus simple de pratiquer le décollement du duodéno-pancréas* ».

Cette opinion nous paraissait d'autant plus indiscutée que le regretté Lecène l'avait adoptée dans sa *Thérapeutique chirurgicale* (p. 177) : « il faudra débrider, dans le cas de hernie par l'hiatus de Winslow, en bas, en décollant le duodénum de son fascia d'accolement postérieur ».

Bref, la question paraît aujourd'hui réglée, et je pense utile que cette rectification paraisse, tant pour éviter aux opérateurs des dangers certains que pour épargner aux candidats, qui s'instruisent dans vos Revues générales, de répéter des affirmations qui pourraient leur nuire.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, mes salutations distinguées. R. LEIBOVICI.

M. Folliasson, à qui nous avons communiqué la lettre de M. Leibovici, nous adresse la réponse suivante :

« Paris, le 15 novembre 1930.

« Monsieur le directeur,

Contrairement à ce que pense M. Leibovici, je crois que la question du débridement dans les hernies étranglées de l'arrière-cavité par l'hiatus de Winslow n'est pas « réglée » du tout, surtout de la façon dont il l'envisage.

C'est volontairement que j'ai passé sous silence le débridement par décollement du duodéno-pancréas. Ceci pour les raisons suivantes :

J.-L. Faure, à la Société de chirurgie (séance du 28 mars 1906, p. 384-390 des *Bulletins et Mémoires*), rapportant l'observation de Jeanbrau et Riche et se basant sur quelques recherches cadavériques, préconise ce décollement du duodéno-pancréas, mais avec une réserve « la conduite est donc

bien simple, *au moins en théorie* ». Je cite ses propres termes (p. 388 des *Bulletins et Mémoires*). Rio-Branco dans sa thèse (p. 697) se déclare entièrement d'accord avec J.-L. Faure, et il fait allusion à un article publié par lui dans la *Presse médicale* (1er mai 1911, p. 35). Article cité d'ailleurs par M. Leibovici et que, malgré des recherches réitérées, je n'ai pu trouver dans la *Presse* à la date et à la page indiquée.

Ce décollement du duodéno-pancréas se fait (J.-L. Faure et Labey. *Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires*, Le Dentu et Delbet, p. 300-301) *après incision du péritoine pariétal postérieur en dehors et le long de la portion descendante du duodénum*. Or, et il suffit d'y réfléchir un instant, chez un malade présentant une hernie étranglée de l'arrière-cavité par l'hiatus de Winslow, *la distension des anses intestinales afférentes est telle que, même après entérotomie de décharge, on a déjà beaucoup de peine en les réclinant en bas et à droite à découvrir le pied du pédicule hépatique et à plus forte raison le péritoine pariétal flanquant la portion descendante du duodénum. Ceci rend donc la manœuvre du décollement duodéno-pancréatique, sinon impraticable, tout au moins aussi dangereuse et même peut-être plus dangereuse que celle proposée par Jeanbrau et Riche*.

C'est d'ailleurs l'avis de Godard et Smith (*Revue de chir.*, 1929, p. 284), « la distension des anses crée des difficultés considérables à la recherche de l'hiatus... *Ce procédé* (le décollement du duodéno-pancréas) *ne semble pas avoir donné entière satisfaction à ceux qui l'ont employé.* »

Personnellement d'ailleurs j'avoue *préférer à la blessure latérale de la veine-cave inférieure — fort possible dans un décollement duodéno-pancréatique exécuté à l'aveugle* — une hémorragie provenant de veines cholédociennes, de l'arcade pancréatico-duodénale, ou même de la gastro-duodénale, hémorragies que peut provoquer la manœuvre de Jeanbrau et Riche, mais infiniment moins dangereuses et plus faciles à maîtriser.

On tend d'ailleurs actuellement (Godard et Smith) à préconiser pour le débridement de telles hernies l'effondrement de la pars flaccida du petit épiploon et la dilatation digitale « rétrograde » douce et progressive de l'hiatus : conduite suivie récemment avec succès par Aigrol (de Lons-le-Saunier) (Soc. de chir. de Lyon, in *Lyon chir.*, sept.-oct. 1930, n° 5, t. XXVII, p. 675-677). On voit donc que la question n'est pas si bien réglée que le croit M. Leibovici.

Pour ce qui est maintenant « d'éviter aux opérateurs des dangers certains et d'épargner aux candidats de répéter des affirmations qui pourraient leur nuire », je crois — contrairement encore à ce qu'écrit M. Leibovici — qu'il est préférable de taire à ceux qui vous lisent une manœuvre qui, bien que classique et hautement patronée, est irréalisable en pratique — plutôt que de la leur transmettre aveuglément.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs. A. FOLLIASSON. »

CONGRÈS ET EXCURSIONS

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. (La Haye, 1er-6 juin 1931.) — Nous venons d'apprendre que les dates du VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires sont définitivement fixées. Il se tiendra du 1er au 6 juin 1931, à La Haye,

Les sujets à l'ordre du jour sont :

1. *Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et pharmaciens militaires.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Yougo-Slavie.

2. *Psychonévrose de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non combattants.* — Rapporteurs : France, Etats-Unis d'Amérique.

3. *Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Italie.

4. *Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les services de santé des armées de terre et de mer.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie.

5. *Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Leur traitement.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne.

La liste des fêtes, réceptions et excursions sera communiquée aussitôt que possible.

La Commission des logements s'arrangera pour loger les congressistes, soit à La Haye, soit à Scheveningen (station balnéaire à 3 kilomètres de La Haye, située dans un parc merveilleux).

Le comité du Congrès organise en même temps une exposition historique des services de santé des armées de terre, de mer et de l'air. Cette exposition comprendra des gravures, des documents, des instruments, du matériel, des uniformes des officiers des services de santé, etc.

Tous les gouvernements ont été priés de bien vouloir collaborer par des envois à cette manifestation artistique et historique qui sera du plus haut intérêt.

La Commission chargée de l'organisation de cette exposition comprend :

1° Le médecin principal de 1re classe Denekamp ;
2° Le docteur de Lint, professeur agrégé d'histoire de la médecine à l'Université de Leiden ;
3° Le médecin-major de 2e classe Doornick ;
4° Le docteur Molema (Croix-Rouge Néerlandaise).

P. S. — Pour tout renseignement, s'adresser à la direction du Service de santé, ministère de la Guerre, à La Haye (Pays-Bas).

LES VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — Nous rappelons que le voyage de Noël (voyage bleu) aura lieu cette année avec un programme particulièrement intéressant.

Sous la direction de M. le professeur Forgue, membre de l'Institut, de M. le doyen Imbert (de Marseille), du professeur Marcel Labbé (de Paris) et du docteur Maurice Faure, infatigable animateur, les participants se réuniront à Marseille le 26 décembre 1930.

La visite du port, celle de la nouvelle Faculté retiendra les voyageurs le 27 à Marseille. Puis à Aix, Toulon, Hyères, Giens, San Salvadour, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulourès, Agay, Cannes, Antibes, Juan-les-Pins, Nice, Monte-Carlo, Menton, auront lieu de brillantes réceptions.

Les Alpes provençales et les Alpes liguriennes recevront ensuite la caravane qui, à Bordighera, assistera aux fêtes données par les autorités italiennes en l'honneur de Pasteur.

Pour tous les détails de ce voyage dont l'organisation sera aussi parfaite que celle des voyages précédents, s'adresser au président de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

— Rappelons que des voyages en Corse, dans les Alpes, dans les Pyrénées et dans les Cévennes seront aussi organisés en 1931. — Demander le programme 24, rue Verdi, à Nice.

RENSEIGNEMENTS

LE Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE

Liège, 14-18 septembre 1930 (1).

Le Ve Congrès international de physiothérapie a eu lieu à Liége du 14 au 18 septembre 1930. Après dix-huit années d'interruption, il a repris l'effort commencé avec tant de succès par les Congrès de Liége (1905), de Rome (1907), de Paris (1910), de Berlin (1913).

Placé sous la présidence de M. M. Vauthier, ministre des Sciences et des Arts, et de M. J. Duesberg, recteur de l'Université de Liége, ce Congrès a été patronné par 46 institutions et sociétés scientifiques; il réunissait 700 adhérents représentant 34 nations.

Nos amis belges, qui avaient admirablement organisé ce Congrès, peuvent être fiers des résultats qu'ils ont obtenus. Le succès a dépassé les prévisions les plus optimistes.

Pour la première fois, en effet, grâce au nombre et à l'importance des travaux que les organisateurs ont su réunir et parfois même susciter, la physiothérapie a pris rang à côté de la chimiothérapie, et désormais la thérapeutique médicale devra faire place égale à l'une et à l'autre.

Nous ne pouvons que faire une analyse succincte des rapports lus et discutés pendant ces quatre journées, malgré l'importance de quelques-uns d'entre eux, tant leur nombre fut considérable. Toutes les branches de la physiothérapie firent le sujet de travaux et presque toutes les questions qui intéressent aujourd'hui le praticien y furent envisagées. La somme de ces études constitue un véritable recueil scientifique de documentation pour le physiothérapeute.

Ces travaux furent groupés en six sections : une section générale et cinq sections particulières comme suit :

I. Kinésithérapie, y compris l'éducation physique.
II. Radiologie (Rœntgen et curiethérapie).
III. Hydrologie, climatologie, thermothérapie.
IV. Electrologie.
V. Actinologie.

Une exposition d'instruments mise sur pied par les soins de M. Maujoint complétait très utilement la présentation des travaux scientifiques.

Les journées de Liége ne furent pas seulement des journées de science; elles furent également riches en émotions artistiques variées et il nous a été donné pendant ces quatre jours de mettre à l'épreuve la merveilleuse hospitalité de nos amis.

***

La section générale entendit les rapports de MM. J. van Breemen (d'Amsterdam) et I. Gunzburg (de Bruxelles) sur le *traitement du rhumatisme par les agents physiques*, celui de M. H. Jansen (de Copenhague) sur le *traitement physique des myalgies et des névralgies*, celui de MM. Delherm et Morel-Kahn sur le *traitement des affections de l'axe cérébro-spinal par les méthodes physiothérapiques*, enfin ceux de MM. I. Gunzburg et Grober (d'Iéna) sur l'*enseignement obligatoire de la physiothérapie aux universités*.

M. J. van Breemen, secrétaire général de la Ligue internationale contre le rhumatisme, qui possède une expérience basée sur vingt années d'observation et un nombre incalculable de cas, envisage d'abord ces traitements suivant l'origine et les facteurs déterminants des cas en présence desquels on se trouve. Ainsi, si la physiothérapie passe au second plan dans le traitement des rhumatismes liés à la présence de foyers d'infection (encore que, dans ces cas, les radiations de la lampe de quartz puissent intervenir utilement en augmentant la résistance générale et, peut-être, en accroissant l'efficacité de la vaccinothérapie); par contre les agents physiques acquièrent toute leur valeur dans le traitement des rhumatismes liés à la diathèse rhumatismale ou aux troubles de la circulation cutanée. Les radiations de la lampe de quartz dans le premier cas, la photothermothérapie sous toutes ses formes dans le second, comptent certainement parmi les thérapeutiques les plus efficaces. Passant ensuite à l'étude des diverses variétés d'agents physiques que l'on peut mettre en œuvre, l'auteur met en évidence leur valeur respective dans les diverses formes de rhumatisme. La diathermie est nettement contre-indiquée dans les états aigus; elle donne d'assez bons résultats dans l'arthrite blennorragique subaiguë, est à peu près inefficace dans le rhumatisme tuberculeux, inefficace et même parfois nuisible dans l'arthrite syphilitique, assez favorable dans l'arthrite déformante des grandes articulations, en particulier de la hanche. Dans le traitement des névralgies, van Breemen pense, comme Kowarschik (de Vienne), que peut-être la galvanisation pratiquée avec une grande puissance de courant entre larges électrodes est plus efficace que la diathermie qui, par contre, retrouve sa valeur contre les affections rhumatismales aiguës des muscles (torticolis, lumbago). Les ultraviolets sont particulièrement utiles dans le rhumatisme tuberculeux. Les infrarouges rendent de bons services dans quelques cas d'arthrites, de rhumatismes musculaires et de névralgies. En terminant son très instructif rapport, l'auteur expose les indications du massage et des exercices.

Faisant suite au rapport du docteur van Breemen, le rapport du professeur Gunzburg apporte de nouvelles données utiles à connaître. L'auteur y décrit l'évolution des traitements du rhumatisme parallèlement aux nouvelles conceptions sur la pathogénie de la maladie. Ainsi, on s'est parfois surtout appliqué à corriger les troubles de la circulation capillaire de l'articulation ou du muscle atteints, d'où la mise en œuvre de l'hydrothérapie chaude, des bains de lumière en caisse, des radiations infrarouges. Mais on a aussi reconnu que certains symptômes de la maladie relevaient de troubles du système nerveux autonome auxquels s'adressent surtout les applications de haute fréquence, les bains généraux d'ultraviolets. Il est aussi des cas où manifestement il existe des troubles de la nutrition générale et, dans ceux-ci, outre le régime, l'opothérapie, etc., on peut mettre en œuvre utilement les bains généraux de lumière suivis d'applications hydrothérapiques douces. La combinaison de plusieurs agents physiques s'impose souvent.

M. H. Jansen, étudiant le traitement physique des myalgies et des névralgies, définit d'abord le terme même de myalgie, s'attache à préciser les conditions de production des myalgies et, en particulier, la cellulite, les causes qui les déterminent, établit que le traitement doit viser avant tout à relâcher le muscle en état de tension, passe rapidement en revue les procédés de massage et de gymnastique suédoise ainsi que les agents physiques que l'on peut mettre en œuvre. Il étudie ensuite le traitement des névralgies, en comprenant sous ce terme les cas où le seul signe est la douleur le long d'un trajet nerveux; ce traitement doit ressembler beaucoup à son avis à celui des myalgies; il réclame, encore plus que dans le cas des myalgies, la mise en œuvre, au début et tant qu'il existe une douleur nette, de moyens purement sédatifs. Il ne faut pas, sous prétexte de traitement physique, mouvoir un malade atteinte de sciatique. Il ne faut pas non plus oublier l'importance des facteurs psychiques.

MM. Delherm et Morel-Kahn, dont le remarquable rap-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

port met au point les indications et les résultats des méthodes physiothérapiques dans les affections de l'axe cérébro-spinal, insistent, dans l'introduction de leur travail, sur l'importance de la physiothérapie dans ce domaine de la pathologie, en raison de la carence des traitements médicaux. Après une brève étude des effets physiologiques par lesquels les agents physiques mis en œuvre peuvent agir sur les affections de l'axe cérébro-spinal, les auteurs envisagent successivement le traitement physique des affections de l'encéphale (hémiplégie, épilepsie, encéphalite léthargique, hémiplégie cérébrale infantile, tumeurs de l'hypophyse, du lobe antérieur et de la grande cavité cranienne), des affections de la moelle épinière (compressions extrinsèques, poliomyélite antérieure aiguë pour laquelle les auteurs s'inspirent du rapport que Duhem a présenté au Congrès de Lausanne en 1927, sclérose en plaques, syringomyélie, tabes, paraplégies, tumeurs).

Traitant de l'enseignement obligatoire de la physiothérapie aux universités, M. I. GUNZBURG fait l'historique des différents congrès où successivement cette question fut débattue et des vœux qui y furent émis. On sait qu'en Belgique existent déjà des cours cliniques obligatoires de physiothérapie, avec examens. Il n'est pas douteux que l'existence de chaires de thérapeutique physique s'impose. Peut-on espérer leur prochaine création?

Sur ce même sujet, M. GROBER émet le vœu que, dans la formation des médecins, aux côtés de la chirurgie et de la pharmacologie, une place soit faite à l'étude théorique et pratique de la physiothérapie, sous forme de cours et d'exercices pratiques; il demande la création d'une chaire autonome, que la physiothérapie devienne branche obligatoire d'enseignement et matière indépendante d'examen, qu'il soit institué des instituts universitaires de physiothérapie, accessibles aux malades comme aux médecins, pourvus de toute l'organisation scientifique nécessaire dans ce domaine.

***

Kinésithérapie. — Le problème de l'*Education physique* a été envisagé par différents auteurs. R. LEDENT a présenté une étude importante sur les *résultats immédiats et éloignés de la pratique de l'éducation physique*. Il précise les différents examens qui devront être pratiqués en vue de l'éducation physique; chez l'enfant, l'examen de la croissance des divers organes, et particulièremeut : taille, poids, développement thoracique; chez l'adulte, l'examen des appareils respiratoire et cardio-vasculaire, la recherche des symptômes de fatigue. R. Ledent signale les difficultés du problème quant aux facteurs d'âge, sexe, type, tempéraments caractères et races. Comme exemple, il donne un essai de classification des enfants en vue de l'éducation physique : insuffisants respiratoires, insuffisants musculaires, insuffisants endocriniens. Des tableaux cliniques et anthropologiques appuient les thèses défendues par quelques milliers d'observations prises en clientèle, dans les œuvres sociales ou à l'Institut provincial d'éducation physique de Liége.

Dans un second travail : *éducation physique et la prophylaxie de la tuberculose chez l'écolier* (*principe et direction*). R. Ledent étudie plus spécialement l'éducation physique, comme moyen de prophylaxie de la tuberculose. Il oppose à l'insuffisance respiratoire la cure d'air, à l'insuffisance musculaire la cure d'exercices (cure de travail), à l'insuffisance endocrinienne la cure de soleil. Il estime, d'après les observations cliniques nombreuses qu'il a recueillies, qu'on pourrait éviter les soucis et les dépenses du traitement de la tuberculose en faisant, par l'éducation physique, la prophylaxie la moins coûteuse et la plus efficace.

M. TISSIÉ (Paris), dans un travail intitulé *Le capital santé et éducation physique*, montre le rôle de la famille et de l'école dans l'éducation physique et l'importance d'un médecin averti et de maîtres compétents.

M. BOIGEY (Vittel) a beaucoup intéressé ses auditeurs par son rapport sur *la cure de rajeunissement par l'exercice et le traitement hydrominéral pendant l'âge mûr chez l'homme et chez la femme*. Il a montré que la cure d'exercice était une nécessité pour l'homme à l'âge mûr, car il prend souvent des habitudes d'inertie et oublie son métabolisme musculaire. Comme indications pathologiques, l'auteur indique la goutte, le diabète, l'obésité. Il insiste sur l'exercice comme agent de désintoxication. Enfin il donne le détail de prescription et d'exécution de la cure myothérapique dont il place les effets locaux avant les buts généraux dans les cas spéciaux visés dans son rapport.

M. KOPP (Paris) a parlé également de l'*hygiène sociale par l'éducation physique*.

Enfin M. JEUDON (Paris) a montré les relations entre *éducation physique* et *science du travail*.

Le problème de la *gymnastique respiratoire* a donné lieu à d'intéressants travaux. M. G. ROSENTHAL (Paris) — *Orientation de la gymnastique respiratoire de 1904 à 1930, la méthode physiologique* — a insisté sur le but de cette gymnastique : maintenir et développer le fonctionnement normal de la mécanique respiratoire; rétablir le jeu physiologique des organes par la phase éducatrice avec les règles; respiration nasale, complète, suffisante, rythmée. Il a montré que les méthodes simplifiées, les respirations provoquées par l'entraînement étaient insuffisantes et trompeuses.

M. A. GOVAERTS dans ses *Considérations sur la gymnastique respiratoire*, rappelle que cette gymnastique ne peut se faire en dehors du mouvement; que la respiration volontaire profonde et complète était utile et efficace pour autant qu'elle s'accompagne de mouvements susceptibles de maintenir un rapport entre la vitesse des échanges du sang dans le poumon et la vitesse de circulation d'air.

Enfin M. J. PESCHER présente un travail intitulé *la Médication par l'entraînement respiratoire*, où il développe sa méthode spiroscopique.

Une troisième question de kinésithérapie envisagée au Congrès fut celle du *rôle des agents physiques dans le traitement des traumatismes du coude*. Trois études se rapportèrent à cette question.

M. L. RŒDERER, dans un intéressant travail, envisage successivement le traitement physiothérapique du coude chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, il étudie tout d'abord les séquelles proches (œdème, empâtement persistant, limitation des mouvements, ankylose) et préconise le port de poids, de longs bains chaux locaux et des mouvements passifs, assistés, actifs et contrariés. L'auteur envisage ensuite les séquelles plus lointaines (limitation de flexion de la fracture supra-condylienne : modifications d'axage de l'avant-bras par rapport au bras succédant aux fractures du condyle externe. Chez l'adulte, Rœderer montre l'importance des œdèmes persistants et des raideurs articulaires. Après avoir indiqué le rôle du massage et de la mobilisation, il décrit les différents agents qui doivent être utilisés pour faciliter la résorption des œdèmes, la guérison de la raideur : air chaud, hydrotbérapie chaude et hydrothérapie froide, ionisation salée ou iodée (action anesthésique, action sur les adhérences fibreuses, action sur l'atrophie musculaire).

MM. O. HADJI et M. ORY, envisagent à leur tour différentes lésions du coude susceptibles d'être améliorées par les agents physiques : raideurs simples, myostéomes, cals hypertrophiques, rétractions ischémiques de Volkman, troubles nerveux et troubles physiopathiques, arthrites chroniques, pseudarthroses. Ils passent en revue les méthodes de kinésithérapie, de thermothérapie, d'électrothérapie, d'actinothérapie et de radiothérapie et montrent leurs effets favorables.

Enfin M. R. LEDENT montre les heureux résultats obtenus par lui dans plus de 100 cas de traumatisme du coude par le massage, la thermothérapie et la mobilisation.

La *kinésithérapie de l'appareil digestif* a fait aussi le sujet d'un très intéressant rapport de M. GLÉNARD. L'auteur, après avoir envisagé l'action physiothérapique des mouvements sur le fonctionnement de l'appareil digestifs, étudie les différentes méthodes utilisées en cinésithérapie en vue du bon fonctionnement du tube digestif et la manière de les appliquer. Puis il précise les indications et les contre-indications. La cinésithérapie ne doit pas être employée lorsqu'il existe une lésion organique (cancer, tuberculose, ulcère d'estomac, syphilis, adhérences, calculs, inflammations diverses). Mais dans tous les troubles fonctionnels portant sur les muscles lisses ou striés, sur la circulation, les phénomènes sécrétoires ou le système nerveux végétatif, elle donne d'excellents résultats.

*
* *

Section de radiologie. — M. A.-P. DUSTIN (de Bruxelles). *Radiologie expérimentale dans ses rapports avec les formes d'applications thérapeutiques. Les réactions cytologiques et histologiques déclenchées dans les tumeurs malignes par les radiations.* L'auteur, dont on connaît les beaux travaux de radiologie expérimentale, établit quelques conclusions auxquelles ces travaux l'ont amené. Il envisage ici successivement les problèmes suivants :

Y a-t-il des lois qui régissent la sensibilité des cellules aux radiations? et montre que les lois de Perthes et de Bergonié-Tribondeau nécessitent un correctif, puisque les cellules du thymus, les lymphocytes qui n'ont qu'un avenir caryocinétique très réduit se montrent cependant d'une grande sensibilité aux radiations; aussi l'auteur a-t-il établi une loi plus générale : « Sont particulièrement sensibles aux radiations les cellules dont la chromatine nucléaire est en voie de condensation soit, chromosomiale (caryocinèse), soit prépycnotique (thymocytes, lymphocytes, etc.).

Les cellules au repos sont-elles sensibles et peut-on apprécier leur sensibilité? A cette question il est malaisé de répondre. Quelles sont les réactions déclenchées par l'irradiation dans des tissus normaux ou pathologiques à grande activité cinétique? Ces réactions passent par plusieurs phases dont l'auteur décrit les caractéristiques au point de vue phénomènes caryocinétiques et au point de vue modifications cytoplasmiques. La nature et l'intensité de l'irradiation peuvent-elles faire varier l'allure et la durée de ces phases? Si la nature des réactions reste la même, la durée et l'intensité de chacune des phases peuvent être influencées par l'intensité et la nature de l'agent radiothérapeutique. L'auteur établit encore que : la nature histologique de la tumeur intervient dans l'allure des réactions radiocytologiques; que la mesure de l'activité caryocinétique de la tumeur avant tout traitement peut, dans une certaine mesure, donner des indications utiles pour la meilleure distribution des doses dans le temps; que les cellules en mitose de récidive sont sensibles aux radiations, mais qu'il devient de plus en plus difficile de les amener au repos cinétique complet; que l'action des radiations peut se faire sentir tardivement; que les doses fortes de radiations sont destructrices et les doses moyennes inhibitrices, que l'effet excitateur des petites doses paraît être secondaire, par nécrohormone, et non direct; que les effets biologiques des radiations ne sont pas spécifiques, des lésions très semblables comme topographie, chronologie et évolution pouvant être produites par des substances chimiques; que l'action des radiations ne paraît être ni directe ni immédiate, la lésion cellulaire étant le résultat d'une réaction complexe entre la cellule, le milieu humoral qui la baigne et l'action physico-chimique de la radiation.

M. H. HOLTHUSEN (de Hambourg) traite de la *radiobiologie expérimentale et de ses applications thérapeutiques.* Il étudie les notions nouvelles acquises en radiothérapie et radiumthérapie parallèlement aux études de radiobiologie, passe en revue brièvement les actions des radiations sur le fœtus, les actions sur différents organes, sur la rate, sur l'appareil réticulo-endothélial (formation d'immunicorps). Il insiste sur l'intérêt des grandes doses, sauf dans le cas de quelques tumeurs très radiosensibles, et en obéissant toujours au principe du maximum d'effet sur la tumeur avec le minimum de danger pour les téguments et les vaisseaux. Pour ce qui est de l'électivité de la cellule, l'auteur rappelle les travaux de Regaud, signale les variations rythmiques de la radiosensibilité liées à différents facteurs, le rôle des échanges nutritifs, tous phénomènes dont une radiothérapie rationnelle doit tenir compte, pour le dosage du rayonnement et la répartition des doses dans le temps, si l'on veut parvenir à la sensibilisation des tissus la plus favorable à leur destruction. Il envisage enfin l'intérêt qu'il y a à varier les conditions d'irradiation, à trouver les longueurs d'onde les plus efficaces, à connaître les périodes de repos des tissus : les différents tissus se reposent différemment, ainsi le mésenchyme se repose plus facilement que le tissu épithélial.

M. P. LAMBIN (de Louvain) présente une étude générale très complète des *anémies provoquées par les rayons X et les corps radio-actifs.*

M. BORAK (de Vienne) traite *des formes cliniques de l'hyperthyroïdisme et de leur traitement par les rayons.* Il montre l'intérêt de l'étude du métabolisme basal avant traitement. Il a traité 62 cas d'hyperthyroïdisme par les radiations au courant des années 1924, 1925 et 1926. Deux ans après le traitement on notait 25,8 p. 100 de guérisons complètes, 33,8 p. 100 de guérisons relatives, 12,7 p. 100 d'améliorations. Suivant les formes cliniques, Borak a observé que la radiothérapie agit sur les formes frustes de la maladie de Basedow dans 92,3 p. 100 des cas, sur les formes moyennes dans 78,9 p. 100 des cas, sur les formes graves dans 56 p. 100 des cas. Il pratique généralement trois séries d'irradiations séparées par des intervalles de trois à quatre semaines. Une exacerbation des symptômes peut survenir au début du traitement. Les faibles doses initiales peuvent produire un état réfractaire aux rayons qui compromet les résultats finaux de la cure. Il faut contrôler l'évolution de la maladie au moyen de l'étude du métabolisme basal. L'auteur recommande d'associer régulièrement une irradiation du thymus à celle de la glande thyroïde. Quant à l'irradiation des ovaires, elle n'est indiquée que dans le cas d'hyperthyroïdisme se développant à la suite d'une aménorrhée. L'irradiation de l'hypophyse a donné de beaux résultats en cas de Basedow survenant pendant le retour d'âge.

*
* *

La troisième section était consacrée à l'**hydrologie**, à la **thermothérapie** et à la **climathothérapie**. Deux rapports y furent présentés, l'un de R. WYBAUW (de Spa) sur l'*action générale des applications externes*, l'autre de BONER sur l'*émanothérapie artificielle.*

M. WYBAUW conclut, de son étude, que les agents physiques, agissant sur la peau, sont les principaux agents d'entretien de l'activité du métabolisme, des échanges chimiques, qu'ils agissent par une action sur la calcification : les applications froides diminuent la température centrale, l'effort chimique pour revenir à la température initiale étant la cause principale des effets de l'hydrothérapie froide; les applications chaudes excitent aussi le métabolisme, mais d'une manière passive, d'une manière qui s'apparente de près aux chocs protéinothérapiques. Les bains thermaux de température indifférente sont surtout calmants. Quant aux bains carbo-

gazeux naturels, ils participent à la fois des propriétés des bains froids et de celles des bains chauds, par leur température d'une part et la pénétration du gaz carbonique à travers la peau jusqu'au derme d'autre part.

De son rapport sur l'émanothérapie artificielle, Boner conclut :

« Les villes d'eaux radio-actives nous apportent une expérience millénaire et dont nous pouvons profiter à condition de rapprocher le plus possible les différents facteurs de thermalité, radio-activité, etc., de ceux qui existent dans l'émanothérapie naturelle... Depuis la possibilité d'un emploi facile des émanations de radium et de thorium, l'émanothérapie artificielle devient un agent thérapeutique de premier ordre. Les affections intéressant particulièrement un organe sont extrêmement rares; presque toujours il y a un retentissement sur l'organisme en général... Dans les maladies générales, le terrain jouant un rôle prépondérant, c'est lui qui constitue le cadre à l'intérieur duquel viennent s'inscrire une série de symptômes variables avec le ou les organes atteints. L'émanothérapie agissant sur le terrain s'attaque à l'origine même de la maladie. Il nous a semblé que, tout comme dans l'émanothérapie naturelle, une réaction de cure paraît nécessaire et favorable; étant maîtres de la concentration radio-active de notre médication, nous pouvons presque à volonté diriger le malade vers la réaction de cure pour diminuer ensuite cette concentration de manière que la réaction ne soit pas trop pénible. Lorsqu'on introduit dans l'économie une certaine quantité d'émanation, celle-ci se fixe surtout dans les tissus et les organes dont l'activité cellulaire est plus grande... ceux qui sont le plus sensibles à l'action des radiations (radium et rayons X). »

* * *

La quatrième section, consacrée à l'**électrologie** a entendu les rapports de MM. Bordier, Laquerrière et Lehmann, Raszeja (de Pornan).

M. Bordier parle de la *diathermie et des affections tuberculeuses de la peau*. Après avoir fait la critique du traitement du lupus tuberculeux par le thermocautère et le galvanocautère, par la neige carbonique, par l'air chaud et avoir passé rapidement en revue les traitements par les radiations, il aborde l'étude du traitement par diathermo-coagulation. La profondeur des effets de coagulation déterminés par ce procédé en rend l'emploi très indiqué dans les tuberculoses cutanées. Description de l'appareillage à utiliser, des procédés de haute fréquence qu'on peut, dans quelques cas, associer ou substituer à la diathermo-coagulation (étincelage, d'Arsonvalisation médicamenteuse), de la technique opératoire.

MM. Laquerrière et Lehmann traitent de la *technique et des indications de l'ionothérapie*. Ces auteurs estiment que pour les lésions superficielles, en particulier en dermatologie, l'introduction électrolytique est le seul procédé qui permette de répandre un médicament dans toute l'épaisseur de la peau, — que pour les affections profondes, si son mécanisme intime est mal élucidé, elle est souvent un adjuvant très précieux aux effets du courant continu donnant des résultats plus rapides et plus complets et pouvant même agir là où le seul courant continu est inefficace, — que, de toute façon, à la condition d'être bien appliquée, avec des précautions minutieuses, l'ionisation constitue pour nombre d'affections un progrès très important.

M. Raszeja traite également de la *technique et des indications de l'ionisation*. Il estime que l'action thérapeutique des ionisations est basée aussi bien sur les actions polaires et interpolaires du courant galvanique que sur la pénétration même des ions dans l'organisme. L'auteur a employé l'ion Ca et l'ion I dans des affections diverses. Il a obtenu quelques résultats favorables, par l'ionisation calcique, dans des formes superficielles de tuberculose chirurgicale, tendovaginite, *spina ventosa*. Il conseille une grande prudence dans les formes végétantes. Les formes suppurées et même fistulisées lui ont donné des succès. Il a constaté également une amélioration considérable dans deux cas de rhumatisme de Poncet.

Dans trois cas d'hydarthroses récidivantes qui avaient résisté à la diathermie et à la radiothérapie, l'homothérapie calcique amena une grande amélioration, alors que l'ionisation iodée était demeurée sans résultats. Le rhumatisme articulaire, la polyarthrite déformante ne sont que peu modifiés par l'ionisation. L'ionisation transcérébrale d'iode lui a donné des résultats encourageants dans trois cas d'hémiplégie spasmodique infantile et dans trois cas d'hémiplégie post-apoplectique. Dans certains troubles circulatoires des membres inférieurs des jeunes filles, l'ionisation iodée s'est révélée très efficace. Egalement après les interventions sur les nerfs périphériques. L'auteur termine son rapport par quelques précisions de technique.

* * *

La section V (**section d'actinologie**) discuta un rapport de MM. L.-G. Dufestel et G. Tixier sur les *provitamines et les aliments irradiés*, trois rapports sur le *traitement de la douleur*, dont deux, d'ailleurs, débordaient le cadre de l'actinologie, de MM. A. Rosselet (de Lausanne), S. Bronstein (de Lennigrad), E. et H. Biancani, enfin un rapport de M. C. Brody (de Grasse) sur l'*association systématique de l'hélio et de l'actinothérapie*.

MM. L.-G. Dufestel et Tixier insistent sur les conditions à remplir pour obtenir un ergostérol pur, débarrassé des autres stérols de levure inactivables, et aussi pour avoir, après irradiation, un produit très riche en vitamine D. Le test biologique, disent-ils, ne présente de rigueur qu'en opérant sur l'enfant rachitique; le test spectrographique donne des indications certaines sur la valeur du produit, dans les conditions ordinaires de préparation industrielle. Le médicament idéal devrait réunir la vitamine D, les sels de chaux, de fer et l'arsenic. Chez l'enfant de douze à dix-huit mois, des doses de 2 à 4 milligrammes de vitamine D bien préparée sont indispensables pour guérir le rachitisme actif. La toxicité de la vitamine D est pratiquement nulle. Les indications principales sont : le rachitisme, la tétanie, l'ostéomalacie; dans la tuberculose, les fractures et les caries dentaires, la vitamine D peut souvent jouer le rôle d'un utile adjuvant. Les vitamines D connues actuellement sont : l'ergostérol, certains stérols du beurre de cacao et l'hélistérine extraite de l'escargot. Les aliments ne sont activables par irradiation que dans la mesure où ils contiennent une proportion suffisamment élevée de provitamine D : le lait, le beurre de cacao, les huiles et certaines farines sont dans ce cas. L'irradiation provoque des modifications chimiques de la provitamine (polymérisation ou changement dans les liaisons des chaînes latérales), mais il n'y a pas accumulation d'énergie actinique, l'expression « actinothérapie indirecte » ne répond donc nullement à la réalité et doit être rejetée.

M. A. Rosselet analyse le mécanisme d'action des rayons X dans le traitement des névralgies, de la sciatique par exemple. Faut-il expliquer les résultats obtenus dans ce traitement par une action exercée au niveau des trous de conjugaison (action décongestive profonde)? L'auteur ne nie pas que semblable effet puisse se produire, mais le fait que de petites doses de rayons relativement peu pénétrants agissent très efficacement; d'autre part, la comparaison avec les résultats obtenus au moyen d'autres agents physiques beaucoup moins pénétrants et dont l'action s'exerce avant tout au niveau des téguments amènent l'auteur à se demander si les rayons X eux aussi n'agiraient pas avant tout par un mécanisme cutané

qui consisterait : 1° en phénomènes de balancement circulatoire (appel sanguin de la profondeur vers la surface, d'où décongestion des organes malades); 2° production d'un choc humoral; 3° enfin et surtout action sur le système neuro-végétatif cutané.

M. S. Bronstein publie les statistiques des cas d'algies qu'il a traités par les irradiations au moyen de la lampe de quartz. Ces statistiques sont très favorables à ce mode de traitement qui donnerait plus d'améliorations et de guérisons que les autres agents physiques. Au point de vue technique, l'auteur estime qu'il faut pratiquer l'irradiation à dose érythémateuse, en centrant le rayonnement sur la région du nerf malade. Quel peut être le mécanisme de l'action de ces radiations? L'auteur en voit l'explication dans les modifications circulatoires déterminées par l'irradiation à cette dose. Les agents physiques, et particulièrement le rayonnement de la lampe de quartz, déterminent une régulation du tonus sympathique et, par là, restaurent la circulation; ils suppriment l'ischémie capillaire en opérant une hyperémie artérielle et veineuse et en augmentant la capillarisation des téguments.

MM. E. et H. Biancani essaient de classer les méthodes physiques de traitement de la douleur. Ils envisagent les différents mécanismes d'action des agents physiques sur la douleur en prenant comme base de leur étude, d'une part certaines recherches récentes d'anatomie et de physiothérapie nerveuse, d'autre part quelques recherches personnelles. Ils analysent d'abord les mécanismes de production de la douleur : ils montrent ensuite quels agents physiques correspondent à ces diverses pathogénies de la douleur. Certains agents physiques agissent sur les lésions de voisinage qui irritent l'un des éléments composants du système nerveux cérébro-spinal : à ce point de vue, on s'adressera à des actions physiques diverses suivant le siège plus ou moins profond de cette irritation (radiations lumineuses et infrarouges, diathermie, rayons X moyennement pénétrants). D'autres agents physiques ou d'autres techniques s'adressent aux douleurs qui proviennent d'un réveil de la sensibilité latente du système nerveux sympathique sous l'effet d'une réaction motrice anormale, telle qu'un spasme ou une distension : dans ce cas, suivant qu'on désire agir sur des éléments du sympathique plus ou moins profonds, on s'adressera à des radiations plus ou moins pénétrantes dont on fera porter l'action dans des régions diverses (par exemple, suivant les cas, sur les carrefours vasculo-nerveux ou sur les ganglions sympathiques). En d'autres cas, la douleur est due à une hyperréceptivité du système nerveux cérébro-spinal par hyperémie réflexe végétative : c'est alors qu'interviennent utilement les actions révulsives, telles que peuvent les produire les ultraviolets ou la haute fréquence en étincelage ou en effluvation. Enfin, la douleur peut provenir d'une défaillance générale du tonus nerveux sous l'influence de causes diverses (intoxication, infection, fatigue) rendant douloureuses des excitations qui, normalement, ne le seraient pas : ici intervient l'action sédative des bains, des irradiations générales d'ultraviolets. En conclusion, les auteurs pensent qu'une étude aussi précise que possible de la physiologie de la douleur permettrait de discerner dans bien des cas les mécanismes d'action des agents physiques et que, secondairement à cet essai de mise au point, on pourrait entrevoir une thérapeutique physique de la douleur plus rationnelle qui éviterait quelques hésitations et quelques échecs.

M. Brody expose la technique qu'il a adoptée dans les traitements hélio et actinothérapiques. Il associe très habituellement le soleil et les sources artificielles d'ultraviolets, et se sert simultanément de la lampe à arc et de la lampe de quartz-mercure. Il estime que les doses solaires quotidiennes de trois à six heures indiquées actuellement dans les traités sont excessives et qu'il faut les réduire considérablement — que des cures de désaccoutumance et de dépigmentation doivent être pratiquées systématiquement, car la pigmentation empêche souvent l'amélioration en diminuant la photosensibilité des malades — qu'il faut donc interrompre la cure dès que la pigmentation devient trop intense, le surdosage et la poursuite des cures sans interruption étant responsables de la longue durée des traitements.

Suivent une série de communications, parmi lesquelles nous signalons celles, très écoutées, de MM. H. Jausion, R. Sohier et R. Hyronimus (de Paris). Dans la première, *sur la lumière et les antigènes; la lumière antigène; le traitement des intolérances à la lumière*, les auteurs, en s'appuyant sur la clinique et l'expérimentation, montrent que des actino-anaphylactoses, distinctes des actinites simples et des infections photo-biotropiques, naissent sous l'influence combinée d'antigènes et de photo-catalyseurs, endo ou exogènes. Ces manifestations doivent être séparées de toutes autres dermatoses à topographie solaire qui n'ont fait qu'élire domicile au *locus minoris resistentiæ*. Les maladies traitées par les auteurs ne sont pas des plus fréquentes; elles sont difficiles à reproduire expérimentalement parce qu'elles exigent la mise en œuvre de quatre facteurs : la lumière, son catalyseur, et un antigène, chez un susceptible. L'association médicamenteuse d'hyposulfite de soude et de résorcine suffit à la guérison des sujets atteints.

MM. H. Jausion, R. Sohier et R. Hyrominus présentent un second travail sur les *achromies régies par la lumière et leur traitement*. Les auteurs montrent que la plupart des achromies sont régies par la lumière (vitiligo et leucomélanodermies syphilitiques); mais qu'il est aussi des atrophies pigmentaires qui, réellement créées par le soleil, lui doivent plus qu'une banale révélation : ce sont les achromies mycosiques. A tous autres traitements des dyschromies, les auteurs préfèrent la méthode générale décrite par eux sous le nom de brassage pigmentaire. Elle n'est pas parfaite, mais elle modifie favorablement les vitiligos rebelles.

M. Ory (de Liége) étudie les *indications de l'actinothérapie ultraviolette dans le traitement des maladies rhumatismales* et montre que les rayons ultraviolets, en irradiations locales, à doses érythémateuses, ont une action favorable sur les myosites, névrites essentielles, cellulites, et qu'en irradiations générales ils peuvent être employés comme adjuvant à la période de convalescence du rhumatisme polyarticulaire aigu.

E. et H. Biancani.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 18 novembre 1930)

L'hygiène publique en France. — Le rapport de M. G. Brouardel sur les épidémies a provoqué un débat sur l'hygiène publique en France. Le rapporteur, après avoir donné et commenté les statistiques départementales, conclut que l'état sanitaire a été franchement mauvais en 1929, et il réclame des améliorations dans les services d'hygiène.

M. Louis Martin fait observer que tout le mal vient de l'abandon des méthodes pratiquées pendant la guerre. A ce moment l'hygiène était parfaite et cela était dû à une organisation régionale pourvue de laboratoires où collaboraient civils et militaires.

M. Roux ajoute que c'est surtout l'autorité sanitaire qui a disparu. Il y a des lois et des règlements, mais on ne les applique plus.

M. Léon Bernard déclare qu'il est impossible de parler

d'un retour au système régional à l'heure où la Chambre va être saisie d'importants projets tendant à organiser la protection sanitaire dans le cadre départemental. Selon lui, ce qui manque encore, c'est la constitution, au ministère même de la Santé publique, d'une direction technique qui seconderait le ministre dans ses initiatives. M. Désiré Ferry accepterait cette proposition qui ne figure pas dans les textes présentés au Parlement. Aussi M. Bernard prie-t-il l'Académie d'approuver un vœu constatant la regrettable insuffisance des services d'hygiène publique et demandant la création d'un organe technique central chargé de coordonner et de stimuler l'action sanitaire sur tout le territoire.

— A l'unanimité, le vœu fut adopté et envoyé aux Pouvoirs publics.

Accidents cutanés provoqués par les teintures organiques. — M. A. Kling présente un mémoire relatif au mécanisme des accidents cutanés provoqués par les teintures organiques chez certains sujets prédisposés par une idiosyncrasie.

Il passe en revue les théories récentes expliquant le mécanisme de ces accidents par des produits très basiques et volatils qui forment des bouchons salins à l'orifice de l'excrétion des glandes sudoripares et détermine un œdème consécutif autour de ces glandes.

Il montre l'intérêt résultant de la connaissance de ce mécanisme, mais par différents exemples fait ressortir que l'explication n'est pas encore suffisante pour englober la totalité des cas observés.

Contribution à l'étude de la pathogénie des gravelles urinaires. — MM. J. Schneider et Codounis. L'analyse cyto-bactériologique des urines, à condition d'être faite minutieusement, présente pour la clinique des avantages supérieurs au simple examen chimique, quelque précis qu'il soit.

L'étude comparative de la nature des germes identifiés dans l'urine, des sédiments cristallins ou organiques décelés, enfin de l'établissement du pH permettent pour une statistique de 52 observations de retrouver 51 fois des microbes, soit à l'état pur, soit à l'état d'association. A l'émission des urines, la cristallisation n'est pas toujours accomplie.

Dans 37 cas, le colibacille a été identifié et 25 fois il a coïncidé avec des cristaux d'oxalate de chaux, soit une proportion de 67,55 p. 100. L'entérocoque a été identifié 9 fois à l'état pur et 9 fois à l'état d'association, et dans ces 18 cas l'acide urique libre ou l'urate de soude cristallisés ont été retrouvés 12 fois, soit une proportion de 66,66 p. 100. Le pourcentage réel, après défalcation des cas d'urines sans cristaux, donne : 86,20 p. 100 pour l'oxalate de chaux coïncidant avec du colibacille, 75 p. 100 pour l'acide urique coïncidant avec de l'entérocoque.

Enfin, le pH urinaire semble indiquer le milieu favorable pour le microbe décelé; pH neutre ou franchement alcalin pour le colibacille et le staphylocoque, au contraire nettement acide pour l'entérocoque pur.

Modifications pulmonaires observées chez les mineurs travaillant dans les poussières de rochers. — MM. Policard et Edme Martin ont étudié radiographiquement l'état du poumon chez 175 mineurs depuis un nombre variable d'années, allant de moins de un an à plus de vingt-cinq ans, et constaté que la poussière de roche plus ou moins siliceuse ne paraît pas déterminer nécessairement la sclérose pulmonaire ou silicose.

Même après plus de dix ans de travail au rocher, le quart des sujets examinés présentent des poumons normaux.

La silicose pulmonaire n'existe guère en France que sous forme de silicotuberculose, c'est-à-dire de tuberculose pulmonaire à laquelle l'absorption par le poumon de poussières de silice a imprimé une allure spéciale.

M. Portier a consacré au regretté professeur Gley une notice nécrologique.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'un nouveau secrétaire général, M. Achard ayant terminé sa cinquième année.

M. Achard est réélu à l'unanimité des voix.

Il remercie l'Académie de la confiance qu'elle lui renouvelle et s'efforcera de la mériter en continuant les efforts qu'il a faits jusqu'ici pour maintenir l'Académie. Si, dit-il, l'âge avancé a ses revers, il a aussi ses joies, et celle qu'il éprouve au contact d'amis dévoués lui est très sensible.

— Mardi prochain, séance consacrée au centenaire de Péan dont l'éloge sera prononcé par M. J.-L. Faure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1930)

Guérison d'un cas de tétanos traité par la sérothérapie intrarachidienne sous chloroformisation. — MM. Brulé et Lenègre ont observé un tétanos grave survenu dix jours après un hématome sous-unguéal. Le malade fut traité énergiquement par cinq injections intrarachidiennes de 40 centimètres cubes de sérum antitétanique chacune, pratiquées sous chloroformisation. Il reçut, en outre, 1470 centimètres cubes de sérum par voies sous-cutanée et intramusculaire. La méthode de Dufour ainsi appliquée au traitement semble avoir été extrêmement utile.

Un cas de trypanosome à forme mégalosplénique. (*Présentation de malade.*) — MM. Codvelle, Jausion et Dubrey présentent un jeune sous-officier, ayant fait un séjour de deux ans à la Côte d'Ivoire sans incidents pathologiques. Peu après le retour en France apparurent des accès fébriles pseudo-palustres, une très grosse rate, quelques ganglions rétrocarotidiens et un prurit violent. Depuis son arrivée au Val-de-Grâce, le malade eut à deux reprises des crises épileptiques accompagnées de lymphocytose rachidienne intense et persistante. Actuellement une légère parésie non systématisée, une hyperesthésie osseuse très marquée (signe de Kérandel), des tremblements fibrillaires, l'exagération des réflexes, un peu d'hypersomnie et des troubles psychiques où domine une inaltérable euphorie, montrent la participation déjà intense du système nerveux. Des ponctions ganglionnaires mirent en évidence des trypanosomes. Les auteurs signalent la nécessité de dépister précocement la maladie du sommeil chez des sujets rapatriés d'Afrique.

L'obstruction bronchique de cause endogène et exogène. — M. Chevalier-Jackson (de Philadelphie).

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1930)

Sur la transfusion du sang dans la fièvre typhoïde. — M. J. Rouillard rapporte l'observation d'une femme atteinte de fièvre typhoïde très grave, qui fit au cours du deuxième septenaire des hémorragies répétées, entraînant une anémie très accentuée. Après une première transfusion, les hémorragies cessent. Quelques jours après, l'état restant grave, une nouvelle transfusion de 400 grammes est pratiquée, qui est suivie d'une rapide amélioration.

Canitie et alopécie d'origine hyperthyroïdienne. — MM. Sézary et Paul Lefèvre présentent un malade qui, en décembre dernier, fut atteint d'une dépilation importante de presque tout le corps et d'une canitie totale des poils restants. En même temps étaient survenus une asthénie intense, de l'oxophtalmie, de la nervosité, du tremblement, de la tachycardie. Malgré l'absence de goître, le diagnostic d'hy-

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Sur la route d'hiver des Alpes en autocars P.-L.-M. — Jusqu'au 31 mars, les cars P.-L.-M. de la route d'hiver des Alpes vont de Nice à Aix-les-Bains et d'Aix-les-Bains à Nice en trois étapes d'une journée chacune : Nice-Digne, Digne-Grenoble, Grenoble-Aix.

Départs jusqu'au 10 février : de Nice, les lundi et vendredi; d'Aix, les lundi et jeudi.

Départ tous les jours, dans les deux sens, du 11 février au 31 mars.

A partir du 1er avril, les deux étapes Nice-Digne et Digne-Grenoble n'en font plus qu'une d'un seul jour. Départs quotidiens dans les deux sens.

perthyroïdie fut porté et confirmé par l'épreuve du métabolisme basal.

La radiothérapie du corps thyroïde amena une guérison rapide de la dépilation et de la canitie, en même temps qu'elle rendait normal le chiffre du métabolisme basal.

Abcès pulmonaire putride et embolique avec guérison spontanée en six semaines. — MM. Hutinel et Kourilsky.

Un cas de tumeur pharyngée propagée au crâne. — MM. Nobécourt, Hagueneau et Kaplan.

Hémorragies multiples, profuses et graves au décours d'une fièvre typhoïde, leur arrêt instantané par la transfusion sanguine. — MM. Audibert, Aviérinos et A. Raybaud (Marseille).

Antisepsie profonde par les savons. Sur les conditions de résorption, de diffusion et d'action des substances toxiques et médicamenteuses. — M. Maurice Renaud avant d'étudier les propriétés des savons comme agent d'antisepsie profonde et d'exposer les heureux résultats obtenus par leur emploi dans les maladies infectieuses, croit nécessaire de rappeler et de préciser certains des principes qui l'ont dirigé dans son expérimentation.

L'emploi des savons permet de tourner la difficulté en diminuant d'une part l'excitation du système nerveux et d'autre part en retardant la fixation par les tissus du principe actif, le mécanisme de cette action sera étudié dans une communication prochaine.

Un cas d'asthme évoluant chez une jeune femme hérédo-syphilitique, traité avec succès par la médication spécifique. — M. Elie Achitour (de Constantinople).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 15 octobre 1930)

Encore trois cas de transfusion sanguine mal indiquée. — M. Georges Rosenthal.

Résultats éloignés du traitement chirurgical d'un cas d'ectopie testiculaire. — M. Séjournet a opéré un sujet de dix-sept ans pour ectopie testiculaire double rétro-inguinale. Un mois après l'opération, le sperme était pauvre et ne contenait pas de spermatozoïdes. Actuellement, au bout de six mois, les testicules restent bien fixés dans les bourses, ils se sont développés. L'examen du sperme décèle une augmentation considérable des graisses et la présence de cristaux. Par contre, absence de spermatozoïdes.

Traitement manuel d'une périviscérite ancienne. — M. Wetterwald.

Physiothérapie hypotensive. — M. Foveau de Courmelles. En dehors des médicaments connus, il est bon de recourir à la physiothérapie. La d'Arsonvalisation, sous ses formes diverses (solénoïdes, lit condensateur, diathermie), est excellente, quoique niée par certains auteurs; elle diminue souvent très vite la tension, augmente les excrétions urinaires diminuées (urée et acide urique, chlorures) et les phosphates trop excrétés sont retenus.

Les bains totaux de lumière bleue agissent de même.

Les diverses variétés de constipation. — M. Bécart.

Présentation d'appareil. — M. Bécart présente sous forme d'une élégante valise ce qu'il appelle le nécessaire du praticien. Cette trousse contient dans un espace réduit tous les appareils permettant de faire un examen complet du malade au lit à domicile, différentes injections et explorations et même les examens bactériologiques les plus urgents (exsudat de gorge, par exemple).

A propos de la rétroversion utérine et de son traitement chirurgical. — M. Pierre Mabille rapporte :

1° Deux observations de rétroversion utérine s'accompagnant de troubles généraux très importants dans un cas, de symptômes digestifs en imposant pour un ulcère dans un autre. La fixation utérine amena la guérison.

2° Une observation d'occlusion après Doléris chez une femme enceinte de deux mois.

L'auteur précise les indications des différents procédés opératoires.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(séance du 8 octobre 1930)

Etiologie et traitement de la maladie rhumatismale. — M. R. Lautier (de Nice) rappelle que, du sang des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, on a depuis longtemps isolé un germe se présentant sous l'aspect d'un diplocoque, d'un diplostreptocoque ou d'un bacille.

L'auteur s'appuyant sur ses expériences considère comme résolu le problème de l'étiologie de la maladie rhumatismale et appuie sa conclusion sur les succès qu'a donnés la vaccinothérapie spécifique entre les mains de plusieurs expérimentateurs, en particulier du docteur Schnœbelé qui, dans l'armée a pu obtenir sur 24 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, grave, 24 guérisons rapides, sans aucune complication viscérale, résultats bien supérieurs à ceux donnés par la salicylathérapie expérimentée parallèlement (IIe Congrès international de rhumatisme).

Ulcus de l'estomac et injections de pepsine. — MM. Loeper et Debray signalent l'utilité et l'efficacité des injections sous cutanées de 0gr10 de pepsine dans l'ulcère de l'estomac, et apportent à l'appui de leur thèse un certain nombre d'observations. L'efficacité de la pepsine, qui semble à priori un peu paradoxale, peut tenir au léger choc qu'elle détermine ou à l'action excitante qu'elle exerce sur les cellules de la muqueuse et sur leur réparation. Elle paraît attribuable surtout à une désensibilisation des ulcéreux, dont certaines réactions dermiques tendent à prouver à l'égard de la pepsine, l'extrême sensibilité.

Applications de l'hémocrinothérapie. — M. Filderman décrit une méthode thérapeutique : l'hémocrinothérapie, consistant en injections intramusculaires du mélange du sang du malade avec un produit endocrinien approprié à chaque cas. Cette méthode donne entre ses mains, et celles des médecins qui l'ont adoptée des résultats excellents dans les toxidermoses rebelles (eczéma, furonculoses, anthrax, herpès, etc.). Elle lui a permis de guérir deux sclérodermies, une artérite oblitérante, les seules qu'il a eu à traiter. Il insiste sur la spécificité glandulaire que cette méthode souligne manifestement. A tel point que, lorsque l'emploi d'une glande ne donne pas de résultat après deux ou trois injections, on doit reviser son diagnostic endocrinologique et changer la glande. Deux diabétiques, deux furonculeux, en apparence identiques, réclameront l'emploi avec leur sang, l'un les sécrétions pancréatiques, un autre les hépatiques ou sexuelles, homologues ou non.

Sur l'accoutumance de quelques espèces de poissons de mer ou d'eau douce aux hypnotiques. — Mme Jeanne Lévy et M. Raymond Cahen.

Choralose pure et chloraloses commerciales. — M. J. Chevalier signale que les médecins lui ont rapporté certains troubles survenus après absorption de chloraloses commerciales. Or, ces troubles, non graves, provenaient de l'impureté des produits (parachloralose). Il est nécessaire d'utiliser des chloraloses parfaitement purifiées, et dont le point de fusion soit de 182-184 degrés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1930)

Luxation du semi-lunaire opérée. (*Présentation du malade et de radiographies.*) — M. VINCENT. Homme de soixante-trois ans : le semi-lunaire luxé a été extirpé le cinquième jour, après tentatives infructueuses de réduction. Résultat fonctionnel excellent, obtenu dès l'intervention et parfaitement maintenu.

Un cas d'intolérance aux sels d'or; érythrokératodermie palmo-plantaire. — M. P. DAVID. Il s'agit d'une jeune femme qui reçut trois injections de chrysalbine de 0,05, 0g10 et 0g15, avec un intervalle d'au moins une semaine entre chaque piqûre. Le lupus érythémateux à traiter disparut complètement après la seconde injection; la troisième déclencha une réaction locale et focale immédiate et provoqua une érythrokératodermie palmo-plantaire. La malade est actuellement guérie de son lupus érythémateux et des complications cutanées du traitement.

L'auteur estime qu'il s'agit de phénomènes d'intolérance acquise, ou anaphylaxie (Tzanck). Il conclut en invitant à la prudence dans le maniement des sels d'or : il convient de surveiller très attentivement les malades en traitement, d'utiliser des doses faibles et de cesser la chrysothérapie dès que le résultat thérapeutique est obtenu.

Méningite aiguë lymphocytaire bénigne. — MM. BERNARD et FREMAUX. Homme de trente ans ayant présenté un syndrome méningé avec céphalée tenace, quelques vomissements, un peu de raideur de la nuque et du Kernig. Liquide céphalo-rachidien clair, sous tension (40 centimètres cubes) contenant 35 lymphocytes par millimètre cube, 0,47 d'albumine, 0,42 de glucose, 7,37 de chlorures. Recherche du bacille de Koch négative; inoculation au cobaye négative; Bordet-Wassermann négatif. Guérison après trois ponctions lombaires et un traitement par le salicylate de soude.

A propos de ce cas, les auteurs passent en revue les causes capables de donner ces « méningites lymphocytaires bénignes », et concluent qu'à côté de la tuberculose méningée il existe des réactions capables de la simuler en tous points.

Réflexions sur quelques centaines de mesures du métabolisme basal. — MM. A. LE GRAND et P. LAMELIN.

LIVRES NOUVEAUX

Les Femmes et le progrès des sciences médicales (1), par Mme le docteur Melina LIPINSKA.

De tout temps, les femmes ont su soigner malades et blessés. L'art de panser — et de guérir — est inné chez elles. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que certaines aient joué, en médecine, un rôle prépondérant. Jusqu'à présent, il ne s'était encore trouvé personne pour nous les faire connaître et aimer. Lacune que vient heureusement combler le beau livre de Mme le docteur Melina Lipinska. A son appel défilent toutes celles qui, de l'antiquité jusqu'à nos jours, ont consacré le meilleur d'elles-mêmes au soulagement de la souffrance. Voici les guérisseuses de la médecine primitive, un peu sorcières, ayant, de psycho et de physiothérapie, quelque vague teinture, sages-femmes qui, à l'occasion, ne reculent pas devant les manœuvres externes ou internes, voire devant l'embryotomie. Voici la médecine sacertodale, avec, à sa tête, des prêtresses chargées de procéder aux incantations et d'interpréter les songes. N'était-elle point l'une d'entre elles, cette fameuse Pythie de Delphes, la plus grande consultante de l'antiquité, qui apparaissait aux « clients » émus au milieu d'un nuage d'encens? Voici celles qui vont au bois cueillir les herbes magiques, les Pythagoriciennes, les femmes médecins écrivains : Cléopâtre et Aspasie qui ont su relever un nom que leurs homonymes avaient bien mal porté, les femmes chrétiennes, dont une avait été surnommée la consolation des malades; les Romains en distinguent trois variétés : l'ornatrix, chargée des soins du corps, l'obstetrix, ou sage-femme, et la medica, femme médecin, déjà en difficultés avec ses confrères, ainsi qu'en témoigne un épigramme de Martial. Voici, dans l'Italie du moyen âge, les Salernitaines, représentées par la célèbre Trotula, épouse de Jean Platearius, médecin et écrivain, qui a doctement disserté « de mulierum passionnibus ante, in et postpartum », à laquelle revient le mérite d'avoir la première fait une périnéorraphie, et que Rutebœuf, au VIIIe siècle, définissait « la plus savante dame qui soit dans les quatre parties du monde ». Voici, en Allemagne, Sainte Hildegarde, fondatrice des sciences naturelles et de la psychothérapie, qui, elle aussi, nous a laissé ses œuvres, intitulées, l'une : *Physica aut liber simplicis medicinae*, l'autre : *Causae curae aut liber compositae medicae*. Voici la féodalité, avec ses châtelaines et arzâtines, chargées de rendre aux chevaliers blessés les services chirurgicaux nécessaires. Oyez Tristan : avant de donner à Morold le coup de grâce, il s'écrie :

> Tes affaires me paraissent être bien mal
> De bonnes racines te seraient neceyssaires.
> Ce que ta sœur, dame Isot,
> De médicaments a recueilli
> Il te faudrait pour te guéri.

La belle Sarrazine Florine panse Olivier avec la mandragore :

> Aussitôt qu'il en a usé
> Ses plaies se guérissent : il revint à la santé.

Comment ne pas rappeler, non plus, l' « observation » de Gérard de Nevers, amené blessé dans un château? Alors une « pucelle de céans » le prit en cours, « s'y pansa tellement que en peu d'espace commença fort à s'amender »! Voici les temps modernes, avec, en Espagne, Doña Sabuco, à laquelle nous devons la *Nouvelle philosophie de l'homme*, et la comtesse Cinchon, qui nous a fait connaître la plante qui porte son nom. Voici... mais comment les signaler toutes, celles qui, depuis Mme Laboursins-Ducoudray, « professeur ambulant de sages-femmes », Mme Coutanceau, fondatrice de la maternité de Bordeaux, Mlle Biheron, anatomiste, Mme Necker, réformatrice des hôpitaux, lady Montagne qui, en propageant la vaccination, a mérité d'être appelée la bienfaitrice de l'humanité, Mme Lachapelle, jusqu'aux contemporaines dont l'image vénérée reste dans toutes les mémoires : Mme Florence Naghtingal, Mme Jotryhe, Mme Dejerine, ont rendu à l'humanité de si éclatants services?

Renvoyons donc les lecteurs au livre de Mme Lipinska. Ils y trouveront, comme nous, plaisir et profit. Ne brille-t-il pas des plus rares qualités féminines : le charme, qui donne tant de grâce à l'érudition, le goût, sans lequel toute science est bien peu de chose, la sensibilité? N'implique-t-il pas des dons de voyante chez cette aveugle aux mains de lumière qui a su pénétrer si profondément les cœurs et lire à livre ouvert dans les âmes?

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 235 pages. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — MERCREDI 26 NOVEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 26 NOVEMBRE 1930. — N° 95.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du cancer du foie. — Symptômes et évolution de l'appendicite aiguë. »

MM. Soubrane (Jean), 18; Giraux (Raymond), 14; Paul (Christian), 27; Courvoisier (Joseph) et Loutsch (Jean), 24; Robert (Pierre), 14; Lichtemberg, 17; Hamburger (J.), 19; Guy (André), 27.

LES TRAITEMENTS DU PERSONNEL DES HOPITAUX DE PARIS. — Le *Bulletin municipal officiel* du 23 novembre publie les arrêtés modifiant à partir du 1er octobre 1930 les échelles de traitement du personnel.

Dans le personnel administratif signalons seulement : le traitement du directeur général qui passe de 110.000 fr. à 125.000 fr., et celui du secrétaire général de 90.000 fr. à 100.000 fr.

Pour le personnel médical : médecins, chirurgiens, accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes, aliénistes, chefs de service des établissements situés à Paris le traitement annuel passe de 6.000 fr. à 6.300 fr.

Les chefs de service des établissements situés hors Paris sont portés de 9.800 fr. à 10.200 fr.

Les médecins de Forges, Brézin, etc., sont portés de 12.000 fr. à 14.000 fr.

Ceux d'Hendaye et de Brévannes de 16.500 fr. à 17.000 fr. le chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck de 23.000 fr. à 24.000 fr.

Les internes des hôpitaux de Paris voient leurs appointements augmenter de 150 à 200 fr. suivant l'année. Ils toucheront désormais : 1re année, 5.100 fr. ; 2e année, 5.500 fr. ; 3e année, 6.100 fr. ; 4e année, 6.500 fr. ; 5e année, 6.800 fr. Les internes lauréats sont portés de 6.800 fr. à 7.000 fr.

Les externes en premier sont portés de 4.950 fr. à 5.100 fr.

Enfin, les externes voient leur indemnité journalière de 7 fr. 50 s'élever jusqu'à un plafond de 8 fr.

A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux le traitement du directeur scientifique passe de 15.000 fr. à 15.500 fr., celui du prosecteur passe de 6.400 fr. à 6.800 fr.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — *Concours de l'internat.* — Nombre de candidats : 31. Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Lafon et Sakayn, Mas, Ratié, Bétoulière.

Internes provisoires : MM. Cadéras, Bert, Mlle Fosse, M. Bourguet.

Questions posées : Ecrit. — 1. « Hypertension portale. »

Questions restées dans l'urne : « Formes cliniques des artérites cérébrales. — Diagnostic des amyotrophies. »

2. « Signes, diagnostic et traitement des hémorragies génitales (chez la femme). »

Oral. — *Anatomie et physiologie.* — Première série : « Sympathique cervical. » — Deuxième série : « Col utérin. »

Questions restées dans l'urne : « Les oreillettes (sauf les valvules). — Les voies motrices indirectes. »

Pathologie interne. — Première série : « Séméiologie des polyuries ». — Deuxième série : « Les complications broncho-pleuro-pulmonaires de l'insuffisance cardiaque. »

Question dans l'urne : « Tumeurs intramédullaires. »

Pathologie externe. — Première série : « Pathologie du canal péritonéo-vaginal (ectopie testiculaire exceptée) ». —

Deuxième série : « Luxation métacarpo-phalangienne du pouce. »

Questions dans l'urne : 1° « Fracture de l'astragale. » — 2° « Fistules pleurales. »

Question de garde. — « Corps étranger du rectum. »

Questions dans l'urne : 1° « Avortement au quatrième mois ». — 2° « Morsure par un animal suspect. »

— NANTES. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes : MM. de l'Isle, Poisbeau, Thébaud, Le Séach, Colas, Friant, Mlle Lacroix, M. Ménager.

Le concours de l'externat en médecine s'est terminé par la nomination de Mlle Lafaige de Gaillard, MM. Delaunay, Rolland, Riou, Baudart, Liot, Veyrac, Pelletier, Guillon, Dehergue, Bourmalo, Marjolet, Liron, Le Doze, Assailly, Louineau, Maupillier, Franchet, Billaud, Allaud, Ménager, Dassonville, Denizet, Santucci.

Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de Mlle Perrin et M. Le Gall, internes titulaires ; de M. Libaud et Mlle Nicaud, internes provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de physiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 22 nov. 1930.)

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Le docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, conseiller sanitaire technique, a été nommé vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement du professeur Termier, décédé.

UNIVERSITÉ DE LIÉGE. — Le titre de docteur honoris causa vient d'être conféré à M. le professeur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, à Paris.

ASSURANCES SOCIALES. — MÉDECINS DE CAISSES ! — Voici que l'on propose à la Chambre de créer des médecins de caisses, enrégimentés et hiérarchisés comme des médecins militaires.

Ainsi serait créée une nouvelle catégorie de fonctionnaires privilégiés. Ainsi disparaîtrait le *libre choix* qui a été la condition *sine qua non* de la collaboration médicale aux assurances sociales.

Le gâchis continue donc.

Nous pouvons conclure avec l'*Animateur des Temps nouveaux* : « Si, à l'heure actuelle, on organisait en France une immense consultation pour connaître l'opinion des patrons et de leur personnel, on serait bien vite amené à suspendre l'application de cette loi, *excellente dans son principe*, mais NÉFASTE DANS SES MODALITÉS D'APPLICATION.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lucien Chabry, radiologiste à Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé victime du devoir professionnel.

LE BAL DU « JEUNE MÉDECIN ». — La revue mensuelle *Le Jeune médecin* organise pour le samedi 6 décembre, dans les salons de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, et sous la présidence de M. le Doyen de la Faculté de médecine, son deuxième bal de nuit.

Nous publierons prochainement le programme de cette fête qui s'annonce comme devant être joyeuse.

Cartes d'entrée à partir du 20 novembre à la Sorbonne, au secrétariat de la Faculté et dans diverses librairies médicales.

Prix : 20 fr. Etudiants, étudiantes et cavalières : 12 fr. (taxes et droits d'Assistance publique, 18 p. 100 compris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE MÉDICALE. — M. le professeur A. Desgrez, membre de l'Institut, commencera une série de leçons de chimie appliquée à la médecine les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian), à partir du jeudi 20 novembre inclusivement.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le docteur Henri Labbé, agrégé, chef de travaux, aux jours et heures indiqués à l'horaire des travaux pratiques, et porteront sur les matières enseignées au cours théorique.

INSTITUT CALOT, A BERCK-PLAGE. — Une place d'interne est vacante. L'interne est logé et nourri et reçoit un fixe d'honoraires de 500 fr. par mois. Se présenter à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, les samedi et lundi, de 3 h. à 4 h. 1/2

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. met en service de nouvelles voitures métalliques comprenant dix compartiments de « couchettes-toilette » dans les trains rapides de nuit ci-après :

Train 3, à partir du 15 novembre : Paris, départ 19 h. 10 ; Marseille-Saint-Charles, arrivée 7 h. 27.

Train 5, du 15 novembre au 17 décembre : Paris, départ 19 h. 40 ; Marseille-Saint-Charles, arrivée 7 h. 52 ; Nice, arrivée 11 h. 55.

Train 7, à partir du 18 décembre : Paris, départ 19 h. 30 ; Marseille-Blancarde, arrivée 7 h. 41 ; Nice, arrivée 11 h. 28.

Train 4, à partir du 16 novembre : Marseille-Saint-Charles, départ 19 h. 05 ; Paris, arrivée 8 h. 15.

Train 6, du 17 novembre au 19 décembre : Nice, départ 14 h. 45 ; Marseille-Saint-Charles, départ 19 h. 15 ; Paris, arrivée 8 h. 22.

Train 8, à partir du 20 décembre : Nice, départ 17 h. ; Marseille-Blancarde, départ 21 h. 03 ; Paris, arrivée 9 h. 45.

Chaque compartiment comprend deux couchettes superposées avec une lampe de chevet par couchette, une toilette et une armoire en acajou contenant une carafe, deux verres et des serviettes.

Une porte coulissante permet de faire communiquer les compartiments deux à deux, pour répondre au désir des voyageurs se déplaçant avec leur famille.

La décoration de ces voitures a été particulièrement soignée.

Grâce à ces « couchettes-toilette », de longs voyages peuvent être effectués avec confort et sans fatigue, pour un prix des plus abordables puisque le supplément par couchette n'est que de 79 fr. 40 pour le parcours de nuit.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ASSURANCES SOCIALES

LOUAGE DE SERVICES. CONTRAT A DURÉE INDÉTERMINÉE.

Le Conseil des Prud'hommes de la Seine (section du Commerce) a rendu, le 4 septembre 1930, un jugement qui est de nature à intéresser tous ceux qui emploient les services d'une personne. Il a jugé que le refus par l'employé de donner sa carte à l'employeur, pour permettre à celui-ci de faire les versements imposés par la loi sur les assurances sociales, constitue un acte d'insubordination et d'indiscipline, une faute grave qui légitime la rupture du contrat de l'employé, à ses torts et griefs.

Voici les faits qui étaient soumis au Conseil : M. X..., entré au service d'une Société parisienne de confection, le 5 septembre 1927, aux appointements mensuels de 1.200 francs fut remercié par la Société sans préavis ni indemnité, le 21 août 1930, pour avoir à différentes reprises refusé de remettre sa carte d'assuré aux fins d'apposition de timbres. L'employé contestait la validité du renvoi, déclarant que s'il avait commis un acte regrettable il n'y avait pas de son fait faute professionnelle le privant du préavis ou de l'indemnité équivalente;

« Mais attendu, dit le Conseil, que la loi sur les assurances sociales, loi de prévoyance et de solidarité, comporte dans ses assises fondamentales le principe de l'obligation, sans réserve; qu'ainsi le patron est responsable de l'application de la loi en ce qui touche ses versements, comme ceux de ses subordonnés, et que, pour ceux-ci, c'est l'obligation de verser leur quote-part et de présenter leurs feuilles et carte à chaque payement d'appointements;

Attendu, en effet, que l'employeur, qui paierait le salaire sans déduire la contribution ouvrière se trouverait en contravention avec la loi et serait passible des sanctions prévues par l'art. 64 de la dite loi;

Attendu, par suite, que le refus renouvelé de donner sa carte à l'employeur dont la responsabilité est entière, qui est interposé par le législateur entre la loi et les employés, qui agit en vertu de l'ordre public, constitue un acte d'insubordination et d'indiscipline d'autant plus caractérisé que son auteur occupe un poste de surveillance et d'inspection, et que le personnel de l'entreprise est considérable.

Attendu que si les instructions du ministre permettent à l'employeur, en cas de refus de présentation des feuillets et cartes, d'établir des duplicata, ce ne peut être, dans l'intérêt de la bonne organisation des services, que dans des cas très exceptionnels; qu'au surplus une instruction ministérielle ne saurait prévaloir sur la volonté du législateur; que la loi votée s'impose à tous, notamment au salarié qui en récupérera tous les avantages.

Attendu, dans ces conditions, que X... a sciemment contrevenu à la loi; que, ce faisant, il a commis une faute grave qui légitime la rupture brusque de son contrat d'emploi à ses torts et griefs. »

Le législateur demande les ressources de l'assurance aux intéressés, à leurs employeurs, et à la collectivité représentée par l'Etat. C'est ce qui ressort de l'art. 2 de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales. En fait, ce sont les contributions ouvrières et patronales qui pourvoiront presque entièrement aux besoins de l'assurance. La contribution de l'Etat paraît devoir se limiter aux frais qui ne peuvent pas incomber aux intéressés, c'est-à-dire notamment l'organisation administrative, les frais de premier établissement, les allocations pour charges de famille.

La contribution des ouvriers se justifie, puisque les assurances sont créées à leur profit; elle correspond à ce que la prévoyance leur commanderait de mettre de côté pour parer aux risques prévus par la loi. Or, aux termes de l'article 2 de la loi, c'est l'employeur qui doit retenir sur le salaire, au moment de la paie la contribution de 5 p. 100 mise à la charge du salarié sous les sanctions portées à l'art. 64. C'est ce que l'on appelle *le précompte*. Aux termes de l'art. 64, l'employeur qui ne s'est pas conformé à l'obligation contenue dans l'art. 1er notamment, est poursuivi devant le tribunal de simple police, à la requête de l'office national, départemental ou interdépartemental des assurances sociales, de la caisse générale de garantie ou du ministre du Travail; il est passible d'une amende de 5 à 15 fr., sans préjudice de la condamnation par le même jugement au paiement de la somme représentant les contributions dont le versement lui incombait.

Le jugement ci-dessus rapporté est bien rendu, la contribution de l'employé étant pour ce dernier une obligation aux termes de la loi. L'employé ou l'ouvrier ne saurait se soustraire à l'application de cette dernière dont ils sont les bénéficiaires.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LES IMPULSIONS SEXUELLES EXPLOSIVES PAR DÉPIT AMOUREUX (1)

Par le docteur SAVIGNY.

Titre singulier, qui indique la portée psycho-physiologique de cette étude, ayant pour base la curieuse observation d'une malade qui, à la suite d'une rupture de fiançailles, présenta des phénomènes d'excitation génito-mentale tels qu'ils risquaient de la mettre aux prises avec les pires aventures, et qui vit cet état se calmer, puis disparaître complètement par la médication spermatogénétique ou androstinienne.

L'érotisation de l'organisme revêt, dans l'espèce humaine, l'aspect d'un concensus où la sexualité proprement dite et le psychisme s'intriquent toujours plus ou moins pour déterminer le désir de la conjonction sexuelle qui peut aller, suivant les prédispositions individuelles, depuis l'impulsion brutale jusqu'aux sublimations de l'amour mystique.

Mais, à la base de cette érotisation aux aspects multiples se trouve toujours l'hormone sexuelle dont l'action peut être considérablement renforcée par une sensibilisation préalable du système nerveux. La perspective d'une union projetée et brusquement rompue est susceptible de provoquer un déséquilibre cérébral et sympathique à la faveur duquel peuvent se produire l'obsession sexuelle, puis son impulsion incoercible.

Consulté pour des manifestations de cet ordre, le médecin trouve dans l'androstine, administrée de préférence par voie hypodermique, un médicament neutralisateur et régularisateur qui, en rétablissant l'équilibre neuro-glandulaire temporairement rompu par la charge génito-affective, permet à ces malades la reprise d'une vie normale.

RENSEIGNEMENTS

(1) *Progrès méd.*, 10 août 1929, n° 32.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1930)

Bactéries acido-protéolytiques dans le lait pasteurisé. — M. CONSTANTINOGOBINI.

L'atténuation de la bactéridie charbonneuse en fonction de la nutrition. — MM. Maurice PIETTRE et Pierre VILLEDIEU.

Transmission de la fièvre exanthématique de Marseille par la tique méridionale du chien (rhipicephalus sanguineus). — M. E. BRUMPT.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique médicale (1). — I. *Maladies du tube digestif*, par Maurice LŒPER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, avec la collaboration du docteur André LEMAIRE, chef de laboratoire à la Faculté.

Ce volume est le premier d'une série dans laquelle le professeur Lœper et plusieurs de ses collaborateurs se sont proposé de traiter successivement la thérapeutique des divers états morbides.

Suivant un ordre naturel et physiopathologique, le premier volume qui vient de paraître est entièrement consacré aux maladies du tube digestif, les volumes suivants traiteront : des aliments-médicaments, des maladies du foie, des glandes endocrines et de la nutrition, des maladies de l'appareil circulatoire.

Lorsqu'on connaît la thérapeutique des organes digestifs, on peut aborder celle de la nutrition, des glandes endocrines, de l'appareil vasculaire, du rein et du poumon, celle aussi des maladies infectieuses.

L'auteur a adopté pour la division de cet ouvrage la classification clinique, plus vraie, moins froide et plus vivante que toute autre.

Ce livre est réellement, au sens propre du mot, une « thérapeutique expliquée », et basée sur la clinique, dans lequel le professeur Lœper s'est attaché à faire connaître la genèse des symptômes pour en diriger le traitement et la valeur physiologique d'un médicament pour le prescrire ou pour l'exclure.

On y trouvera des éléments de posologie et des formules; tous les détails inutiles ont été évités, les produits insuffisamment éprouvés ont été supprimés. L. G.

Eléments de pharmacodynamie générale (2), par Edgar ZUNZ, professeur à l'Université de Bruxelles.

La pharmacodynamie générale joue un rôle tout auss important pour la compréhension des actions médicamenteuses dans l'organisme que la physiologie générale pour l'étude des fonctions des tissus et organes et que la pathologie générale pour l'investigation des processus morbides.

La pharmacodynamie générale s'efforce de déterminer les lois qui régissent l'action des médicaments. Pour cela, elle tient compte, d'une part des propriétés chimiques et physiques des drogues et de leurs principes actifs, d'autre part des changements qu'ils subissent dans l'organisme et des modifications qu'ils apportent aux fonctions des divers appareils.

La méthode d'exposition employée dans cet important ouvrage se rapproche sensiblement de celle qui a été mise en honneur dans l'étude de la pharmacodynamie en France, c'est-à-dire que l'auteur envisage l'action des médicaments sans partir du médicament lui-même pris comme un absolu, mais en dégageant les lois physiologiques de l'action des substances introduites dans l'organisme.

Il est tenu compte pour cela, d'une part des propriétés chimiques et physiques des drogues ainsi que de leurs principes actifs, et de l'autre des changements qu'ils subissent dans l'organisme et des modifications qu'ils apportent aux fonctions des divers appareils.

Ce manuel a le mérite d'être l'un des premiers qui aient tenté d'exposer de façon systématique les notions générales de la pharmacodynamie, œuvre qui jusque là avait rebuté bien des efforts, tant la chimie, la physique, la physiologie générale sont encore loin d'avoir atteint leur parfait épanouissement.

Au point de vue matériel, cet ouvrage, de belle typographie, se complète d'une nombreuse illustration et de tableaux variés; on trouvera, en outre, à la suite de chaque chapitre une bibliographie claire et complète qui donnera au lecteur la possibilité de se documenter lui-même. L. G.

(1) Un volume de 372 pages avec 42 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume grand in-8 de 465 pages avec 83 figures et 48 tableaux. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

Leçons de physico-chimie à l'usage des médecins et des biologistes (1), publiées sous la direction de A. STROHL, par MM. BLANCHETIÈRE, DOGNON, FABRE, LESCŒUR, SANNIÉ, STROHL, WURMSER.

Il devient de plus en plus nécessaire au biologiste et au médecin, pour la compréhension exacte des phénomènes physiologiques et pathologiques, et par suite pour l'établissement de procédés thérapeutiques rationnels, de connaître les propriétés fondamentales des solutions et les interactions moléculaires qui les conditionnent, objet même de la physicochimie.

Ces leçons, professées à la Faculté de médecine de Paris sous la direction du professeur A. Strohl par les conférenciers les plus qualifiés, ont eu pour but de présenter sous une forme simple et aisément accessible, quoique suffisamment complète, les connaissances de base qu'il est nécessaire de posséder pour pouvoir comprendre et utiliser les applications sans cesse grandissantes de cette science à l'étude des phénomènes vitaux.

On trouvera successivement exposés les chapitres suivants : I. L'atome et la molécule, affinités chimiques (M. Blanchetière); II. Osmose-cryoscopie (A. Strohl); III. Théorie des ions, conductivité des électrolytes (A. Strohl); IV. Cinétique chimique, loi d'action de masse (A. Dognon); V. Equilibre des ions, piles de concentration (A. Dognon); VI. La concentration en ions H, méthodes de mesure (C. Sannié); VII. Applications du pH, équilibre acide-base, réserve alcaline (L. Lescœur); VIII. Le potentiel d'oxydo-réduction des cellules (A. Wurmser); IX. Etat liquide, tension superficielle (Ph. Fabre); X. Viscosité (Ph. Fabre); XI. Propriétés optiques des liquides et leurs applications biologiques (Ph. Fabre); XII. Les colloïdes (A. Dognon); XIII. Catalyse et action fermentaire (C. Sannié).

Chaque chapitre est accompagné d'une bibliographie portant sur les ouvrages généraux susceptibles d'être utilement consultés par les non spécialistes. L. G.

(1) Un volume de 282 pages avec 12 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'ALCOOLISME-DIPSOMANIE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

L'alcoolisme-dipsomanie est rare. Il est toujours facile de le séparer de l'alcoolisme chronique par obligations professionnelles. Au contraire, il se rapproche maintes fois de l'alcoolisme-perversité, et, cela, nous le montrerons au diagnostic différentiel. Disons de suite que, dans l'alcoolisme-dipsomanie, ou si l'on veut plus simplement dans la dipsomanie (ce mot a été créé par Hufland, 1819), le fait qui apparaît comme essentiel, c'est que le sujet s'adonne à l'alcoolisme par périodes, par crises, lesquelles sont de courte durée, une à deux semaines au maximum, et que la récidive n'a lieu que six mois ou un an après.

1. L'étiologie. — Il semble que l'alcoolisme-dipsomanie est plus répandu chez la femme que chez l'homme. Nous avons vu que l'alcoolisme-perversité est commun chez l'un et chez l'autre sexe, alors que l'alcoolisme chronique professionnel est plus fréquent chez l'homme. Tous les auteurs rattachent la dipsomanie aux obsessions-impulsions et font jouer, dans son développement, un rôle important à l'hérédité, ici similaire, là dissemblable. Il est probable que la prédisposition ne suffit pas pour faire apparaître la dipsomanie, pas plus, à notre sens, qu'elle ne suffit dans l'étiologie des autres obsessions-impulsions. Nous pensons que ce sont de petits faits d'ordre sensoriel ou émotionnel, qui sensibilisent le sujet et sont la cause occasionnelle ou pratiquement déterminante des obsessions-impulsions et en particulier de la dipsomanie. Tantôt ces petits faits affectifs sont connus du sujet qui les signale à l'observateur, tantôt ils sont tombés dans l'oubli et le patient évoque seulement l'époque à laquelle s'est manifestée pour la première fois l'obsession-impulsion. En tout cas, nous sommes persuadé que ce ne sont pas les excès répétés de boissons alcooliques qui entraînent l'apparition de la dipsomanie. Nous admettons qu'elle se développe sur un terrain prédisposé, mais elle est constamment acquise, elle n'est ni absolument constitutionnelle, ni fatale. N'en est-il pas de même dans un certain nombre de cas d'alcoolisme-perversité? Ces questions de maladies ou simplement d'inclinations, congénitales ou acquises, sont intéressantes à discuter scientifiquement; en pratique, elles sont plus négligeables. Nous avons l'impression que les causes occasionnelles sinon déterminantes sont plus importantes qu'on ne le dit; lorsque nous jugeons sans intérêt un petit facteur étiologique, nous pouvons faire erreur parce que ce soi-disant petit facteur étiologique peut être de la plus haute gravité pour le sujet lui-même.

2. Symptomatologie. — La dipsomanie se manifeste sous forme d'accès d'alcoolisme, de courte durée, séparés par de longues périodes d'abstinence ou d'état normal. Quand les accès sont de longue durée, quand les périodes intercalaires sont courtes, il ne s'agit plus de dipsomanie, mais d'alcoolisme-perversité.

L'accès dipsomaniaque s'annonce-t-il par des prodromes? Il semble, en effet, que le début de l'accès n'est pas brusque, immédiat, brutal, comme le début d'un accès de psychose périodique classique. A l'origine, l'appétence pour les boissons alcooliques, si caractérisée, si nettement ressentie qu'elle soit, est plus ou moins dominée. L'individu lutte, s'énerve, résiste, mais plus il lutte, plus le désir est vif; et puis encore, plus il lutte, plus il a le sentiment d'un état de faiblesse générale qu'il ne parvient à surmonter qu'en satisfaisant son appétit de boissons alcoolisées. A ce moment, vaincu par le besoin impérieux, pris comme dans un engrenage, il se laisse aller à sa passion, à sa frénésie d'alcool.

Cet accès d'alcoolisme, tantôt se développe en public (c'est le cas le plus commun, chez les vrais dipsomanes), tantôt s'exerce dans l'obscurité du cellier ou dans le mystère de l'appartement; chez ces derniers, l'alcoolisme-perversité, pour nous, serait en cause, plus souvent que la dipsomanie. Ces malades, au point de vue de l'intelligence, sont normaux, quelquefois même doués d'un esprit vif et brillant; leur émotivité, en dehors des accès, est égale; ils ne sont ni excités, ni déprimés; un grand nombre sont sympathiques, affectueux, dévoués, ou paraissent tels.

Voici, résumé, un exemple typique d'alcoolisme-dipsomanie observé en septembre 1914 et publié par nous en janvier 1921. Il s'agit d'un sujet actif, intelligent, âgé de quarante-six ans, qui depuis quinze ans et tous les ans, présentait un accès dipsomaniaque d'une durée de huit à dix jours. Le début de l'accès, chez lui, est rapide plutôt que brusque. L'accès ne paraît pas survenir sans cause aucune, comme survient un phénomène périodique. De plus, l'asthénie ou dépression accusée à ce moment est un état secondaire et non pas primitif. Le patient explique que son accès se produit soit à l'occasion d'ennuis, soit à la suite d'une période de surmenage, soit au cours d'une phase d'inactivité, soit encore à l'occasion d'une petite fête ou d'une réjouissance(?). Ennuyé ou triste, ou gai, il va au café et prend quelques apéritifs. S'il se trouve en joyeuse compagnie, il se laisse alors entraîner. Dans les deux cas, il a une tendance à se débaucher; c'est une attirance, une inclination extraordinaire. Il éprouve un appétit pour les alcools qui le surprend lui-même; il prend un plaisir vif et singulier à consommer des apéritifs. Il résume : « Oui, c'est une impulsion, un grand attrait, un agrément; c'est un besoin effrayant. » Il se rend compte du danger qu'il court, il juge sa conduite indigne, absurde, insensée; il lutte, fuit, s'isole. Mais c'est toujours un malaise insurmontable, une soif ardente avec épigastralgie, sécheresse de la gorge, oppression, maux de tête, etc. Il se couche. Enervé, il se lève. La faim, le sommeil sont supprimés. Le malade ne trouve un bien-être réel que dans l'absorption de boissons fortement alcoolisées. A la période d'état (le deuxième ou le troisième jour), la soif, impérieuse, est invincible. Le facies est hébété. L'homme est à vau-l'eau. Les

ivresses succèdent aux ivresses. C'est l'abandon total à la terrible passion. Le sujet ne lutte plus. Débraillé, il roule de cabaret en cabaret. On le ramène chez lui ivre-mort. Cela peut durer deux ou trois jours. S'il dort, il est en proie à des cauchemars, à des crampes. Les pituites, au réveil, sont atroces. Il les redoute spécialement. La terminaison a lieu ainsi : après plusieurs journées d'ivresses subintrantes, fatigué, courbaturé, il s'endort pour dix ou douze heures et ensuite il retrouve son état normal. Honteux de sa conduite, il se met au travail avec ardeur. Pendant quelques jours, il urine abondamment (environ trois litres). Les substances alcooliques absorbées durant l'accès sont variées : rhum, wisky, vermouth, amer-picon, vin blanc, genièvre, eau de cologne même, etc. Nous avons constaté l'accès de septembre 1914, mais nous n'avons pu contrôler l'histoire clinique de ce malade.

Diagnostic et pronostic. — L'alcoolisme-dipsomanie en vérité, paraît rare, nous voulons dire l'alcoolisme-dipsomanie avec accès de courte durée et ne se répétant qu'une ou deux fois par an. Le diagnostic alors en est facile. Au contraire, il n'est pas aisé, lorsque, d'une part, on se trouve en présence des premiers accès, lorsque, d'autre part, chez un sujet dont l'affection remonte à plusieurs années, on ne peut pratiquer l'observation indirecte, particulièrement près de l'entourage immédiat.

a. La dipsomanie, sorte d'impulsion nettement intermittente à absorber des boissons alcoolisées, se différencie d'emblée de l'alcoolisme chronique, professionnel, syndrome organique avant tout. L'alcoolique chronique ordinaire est un buveur d'habitude ; il boit sans passion spéciale, à cause du surmenage que lui impose quotidiennement son métier, à cause des occasions et des nécessités professionnelles. Il ne boit jamais par périodes.

b. La dipsomanie est bien plus difficile à différencier de l'alcoolisme-perversité ; il y a des cas où le diagnostic paraît impossible, même avec la collaboration de la famille. Dans l'alcoolisme-perversité, on observe une systématisation remarquable et extraordinaire des tendances voluptueuses alcooliques, qui sont constantes, quotidiennes, chroniques en un mot; elles peuvent ne pas être satisfaites tous les jours, mais cela uniquement parce que le sujet en est empêché, soit par l'entourage, soit par le défaut de ressources, soit par lutte et résistance personnelle : pour ces raisons, le praticien peut penser à la périodicité. Les stigmates de l'alcoolisme ne sont pas plus nets dans la dipsomanie que dans l'alcoolisme-perversité; ils font plutôt défaut dans l'un et l'autre cas, comme font défaut, chez ces deux sortes d'individus, les accès de confusion mentale, d'onirisme, de délire, et aussi la démence. Le caractère essentiel, pour la différenciation de la dipsomanie et de l'alcoolisme-perversité, est la périodicité; là où elle fait défaut, il s'agit sans aucun doute d'alcoolisme-perversité. Les intermittences, chez les pervers-alcooliques, sont motivées plus ou moins clairement (manque d'argent, opposition de l'entourage); chez les dipsomanes, l'accès, s'il est net, doit être mal motivé, ou motivé d'une manière absurde, et de cette absurdité le sujet a une conscience relative.

c. La dipsomanie n'est pas la soif périodique. Celle-ci, comme la faim périodique, comme la nausée périodique, comme les autres émotions afflictives périodiques (énervement, anxiété, chagrin périodiques), présente un début brusque, sans cause connue; dans la dipsomanie, il existe constamment des prodromes parce que le sujet lutte, résiste, essaie de dominer son inclination. Dans la soif périodique, le sujet n'est pas attiré par les boissons alcooliques plus que par les autres liquides. Le sentiment douloureux de la soif, survenu brusquement, crée un besoin immédiat, qu'il faut satisfaire sans délai, à l'aide de n'importe quel liquide. On voit des patients qui absorbent de l'urine, de l'eau du ruisseau. Il y a là comme un déclanchement subit de mouvements de déglutition impulsifs et automatiques, analogues à ceux qu'on observe dans la faim périodique. La soif périodique ne s'accompagne pas d'ivresse. Elle prend fin brusquement, comme elle débute. Elle est de courte durée, et celle-ci va de quelques minutes à quelques heures. Enfin les crises sont fréquentes, se répètent toutes les semaines, tous les mois, puis quelquefois disparaissent pour un temps prolongé ou définitivement.

d. La dipsomanie n'est pas une forme de la psychose périodique. Les phénomènes asthéniques constatés au début de l'accès dipsomaniaque ne sont pas des symptômes primitifs, mais secondaires; ils apparaissent alors que la phase de début de l'accès est constituée, c'est-à-dire quand le patient essaie de résister à son appétence de plus en plus vive pour les boissons alcooliques. Cette dépression ou asthénie est normale ; elle n'est pas d'ordre pathologique; elle est déterminée par l'état émotionnel douloureux qu'éprouve le patient. A noter que, parfois, la soif est particulièrement accusée chez les asthéniques périodiques au début de leur accès; elle est liée à la sécheresse de la gorge, laquelle peut avoir pour cause la diminution des sécrétions due à l'anxiété du sujet. Du reste elle n'a jamais l'intensité ni l'étrangeté de la soif des dipsomanes. Elle peut toutefois conduire à l'ivresse, et les ivresses, chez les asthéniques périodiques, peuvent se répéter quand le sujet n'est pas traité rationnellement après diagnostic précis. C'est donc l'asthénie de la phase de début de la dipsomanie qui a fait penser que les dipsomaniaques étaient des périodiques vrais, mais chez ceux-ci l'asthénie est primitive et non pas secondaire.

e. La dipsomanie diffère encore des accès d'alcoolisme qu'on observe chez les dégénérés, ou impulsifs, ou hyperthymiques constitutionnels. Ces sortes d'individus sont poussés à boire lorsqu'ils éprouvent des contrariétés, des ennuis, des chagrins, des craintes. Leur inclination à l'alcoolisme disparaît dès que leurs soucis se sont dissipés.

f. Un alcoolique dipsomane peut-il devenir un alcoolique pervers? Cela est possible sinon probable. La vraie dipsomanie n'est pas commune. L'alcoolisme-perversité est chose courante. Pour différencier du point de vue psycho-pathologique la dipsomanie et l'alcoolisme-perversité, lesquels sont

des manifestations dysthymiques de la soif, nous dirons que la dipsomanie est une parathymie de la soif, alors que l'alcoolisme-perversité est une hyperthymie de la soif, vis-à-vis des boissons alcooliques.

g. Le pronostic, dans la dipsomanie, est souvent fâcheux. Les accès se répètent, leur durée se prolonge; l'alcoolisme-dipsomanie fait place à l'alcoolisme-perversité. Le pronostic n'est favorable que si les accès sont rares et de courte durée, or la chose est d'observation exceptionnelle, du moins d'après notre pratique personnelle.

4. Médecine légale. — En matière médico-légale, les questions à résoudre relativement à la dipsomanie sont maintes fois sensiblement les mêmes que dans l'alcoolisme-perversité. Il n'y a d'exception que pour les cas très typiques de dipsomanie, cas dans lesquels les accès sont de courte durée et de fréquence rare. Il en résulte que maintes fois le dipsomane, civilement, devra être doté d'un conseil judiciaire, ou même frappé d'interdiction, par exemple lorsque les accès, si brefs qu'ils soient, se répètent tous les deux ou trois mois. Quand le sujet a contracté mariage, la séparation des époux, le divorce s'imposent presque toujours, à moins que la femme, et cela se voit, ne supporte avec vertu toutes les conséquences, les plus fâcheuses, les plus fantastiques, des accès de débauche dipsomaniaque. Au point de vue criminel, quid de la responsabilité de l'alcoolique-dipsomane, bien entendu de l'alcoolique-dipsomane typique, et non pas de celui qui ne peut être différencié de l'alcoolique-pervers par l'étude clinique et historique? Doit-il être considéré pratiquement comme irresponsable? La dipsomanie vraie, autrement dit, doit-elle être assimilée à un état ordinaire d'aliénation mentale? Oui, sans doute, et encore il se pourrait que ce fût toujours une question d'espèce. Mais certainement non, si le diagnostic entre la dipsomanie vraie et l'alcoolisme-perversité reste douteux, discutable, incertain. Lorsque l'expert, pour des raisons spéciales, ne conclut pas, en présence de dipsomanie vraie, à l'aliénation mentale (cela se peut, croyons-nous), doit-il conclure à la diminution de la responsabilité du sujet? Peut-être. Personnellement, nous avons tendance à considérer cette pratique comme médiocre, sinon comme mauvaise.

5. Traitement. — La dipsomanie vraie, à l'inverse de l'alcoolisme-perversité, est-elle curable? Nous en doutons. Cependant ces malades acceptent volontiers l'isolement, même quand ils ne sont pas sous le coup de poursuites judiciaires, quelquefois en raison des difficultés de la situation familiale qu'ils ont créée. Ils sont très accessibles, ou ils paraissent l'être, à la psychothérapie. Ils se rendent compte peut-être sincèrement de la gravité de leur cas; ils font effort, peut-être sincèrement encore et au moment même de notre action médicale propre, ils font effort afin de dominer leurs inclinations. Ils sont à surveiller de très près lorsqu'on désire leur éviter la récidive. Lorsqu'ils sont tourmentés par leur mal, ils savent curieusement donner le change à leur entourage et celui-ci, naturellement, incline vite au désespoir s'il est sans attaches immédiates et serrées vis-à-vis du sujet. On peut essayer de traiter la dipsomanie vraie dans une maison de santé dite ouverte : les cures définitives, sérieusement observées, doivent être rares. On peut interner le patient dans une maison de santé fermée, c'est-à-dire dans un asile d'aliénés : les résultats ne sont guère meilleurs; ils sont nuls lorsque l'individu est un protestataire réclamant sa liberté. Dans ce dernier cas, lorsque la vie familiale est gravement troublée, — et cela sera facile à vérifier quand fonctionnera le *service social* à l'asile ou à l'hôpital, — la séquestration dans une prison ou un asile-prison s'imposera sans aucun doute, pour un temps indéterminé, variable, suivant chaque cas.

XIIe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 10 octobre 1930 (1).

PREMIER RAPPORT

LA COXA-VARA DE L'ADOLESCENCE

Rapporteur : M. Georges Huc (de Paris).

L'auteur a eu comme idée directrice de mettre de l'ordre et de la clarté dans une question très confuse.

Dans l'historique il précise les divergences des travaux sur cette question, même à la suite du Congrès allemand d'orthopédie en 1929.

Pourtant, à son avis, dès 1912, Froelich, dans son rapport au Congrès français de chirurgie, avait montré la bonne voie en séparant la coxa-vara de l'adolescence des coxa-vara symptomatiques.

Que ce soit au point de vue clinique ou au point de vue anatomique peu d'éléments nouveaux ont été apportés depuis le travail de Froelich. Seule la mensuration de l'ascension du grand trochanter paraît avoir, récemment encore, attiré l'attention des cliniciens.

Par contre, l'examen des radiographies a été précisé, l'auteur insiste sur les changements de forme de la tête, le glissement de cette tête en bas et en arrière, sur le siège juxtacapital des lésions, véritable épiphysiolyse lente ou rapide, sur le pincement constant de l'interligne articulaire en haut, enfin sur le procédé d'Ombrédanne pour mensurer l'inflexion du col par la construction de la ligne des points équidistants de l'extrémité fémorale.

Les conceptions étiologiques sont multiples, M. Huc essaie de les expliquer « sans parti pris et même de les accommoder au goût du jour » d'après les dernières recherches physio-pathologiques de Leriche. Pour lui, la coxa-vara paraît être une « réaction anatomique spécifique à des causes qui, elles, ne sont nullement spécifiques » (traumatisme brutal, ou minime et répété, rupture d'équilibre des forces musculaires autour de la hanche, dystrophie par rachitisme tardif ou insuffisance glandulaire, infection atténuée, dyschondroplasie par aberration ostéoformative du cartilage de conjugaison). Pour l'auteur, chaque théorie comporte une part de vérité : les causes mécaniques à elles seules ne suffisent pas à expliquer la constitution de la coxa-vara, il faut faire intervenir la fragilité antérieure du col.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Le pronostic n'est pas grave si le traitement est précoce et prudent, il n'y a jamais de pseudarthrose du col; par contre, M. Huc, reprenant les idées qu'il avait émises dans la thèse inspirée par lui à Duminil, signale l'importance pronostique de l'arthrite concomitante et différencie cette arthrite des troubles mécaniques de la coxa-vara.

Pour le chapitre si discuté jadis du traitement, M. Huc réunit les différents éléments du problème et arrive à formuler des directives précises :

Le traitement préventif est possible, en particulier dans les formes bilatérales avec décalage chronologique de l'atteinte osseuse. Il consiste dans la mise au repos de l'articulation, soit par l'extension continue, soit par le plâtre, mais toujours en position d'abduction pour supprimer la traction des fessiers.

A la période d'état, au début de l'évolution, phase fixée arbitrairement à un mois, l'extension continue en abduction et rotation interne est applicable aux formes légères. Pour les formes graves, il semblerait préférable d'employer le redressement modifié en s'inspirant du principe de réduction donné par Robineau et Contremoulins pour les fractures du col du fémur. « Quand une traction légère commence à abaisser le fragment externe, il faut pratiquer de l'écartement latéral jusqu'à ce que les deux fragments perdent contact. Si l'écartement est suffisant la rotation interne du membre inférieur le fait tourner sur place sans entraîner le fragment céphalique. En supprimant ensuite cette disjonction des fragments on obtient la congruence des surfaces de fracture. »

Après reposition et maintien plâtré, la convalescence de la coxa-vara est longue, un appareil de décharge est porté pendant un ou deux ans. La marche ne sera autorisée qu'après contrôle radiographique de la guérison.

Les résultats obtenus par l'extension sont peu brillants, mais ils sont supérieurs à ceux du redressement forcé dont les manœuvres brutales amènent la nécrose de la tête fémorale.

La coxa-vara fixée dans ces déformations n'est plus justifiable des manœuvres orthopédiques mais du traitement sanglant. De multiples procédés d'ostéotomie ont été décrits. L'auteur est partisan d'une technique simple, permettant de corriger les déformations les plus gênantes (rotation externe et adduction) : ostéotomie transversale sous-trochantérienne permettant de tourner le fémur sur son axe, de mettre le membre en rotation normale, et de corriger l'adduction. L'insuffisance du groupe fessier, peu gênante à ce stade de la coxa-vara, ne semble pas nécessiter l'implantation du trochanter sur la partie antérieure de la diaphyse. Après l'intervention, la position est fixée par un plâtre. La marche ne sera reprise que trois mois après, ceci pour éviter les déformations secondaires du cal.

Pour les opposer aux coxa-vara de l'adolescence, M. Huc étudie rapidement les coxa-vara de l'enfance; s'appuyant sur les faits, il préfère ce terme à celui de coxa-vara symptomatiques, car pour lui le facteur dominant est la question d'âge.

Dans l'enfance, il s'agit de lésions juxta-trochantériennes généralement peu graves, ayant un aspect clinique se rapprochant beaucoup de la boiterie des luxés de la hanche : bascule des épaules, lordose.

Enfin, dans un dernier chapitre critique, l'auteur émet des idées originales et intéressantes sur la possibilité de troubles vasculaires à l'origine de la plupart des affections de la hanche.

Ainsi s'explique la parenté de lésions d'aspect assez dissemblables. Pour la coxa-vara de l'adolescence la lésion juxta-capitale résulterait d'une lésion des vaisseaux du ligament rond alors que dans la coxa-vara de l'enfance la lésion juxta-capitale serait due à des troubles vasculaires du système des circonflexes.

Discussion.

M. R. Gourdon (Bordeaux) insiste sur l'insuffisance glandulaire et sur la surcharge (métiers en position debout) dans l'étiologie des coxa-vara des adolescents. L'auteur n'admet pas l'infection larvée mais les troubles circulatoires comme principal facteur des lésions. La thérapeutique comporte le redressement par étapes prudentes avec un traitement opothérapique énergique.

Les résultats sont habituellement satisfaisants, et si l'intervention est nécessitée par une position vicieuse la simple ostéotomie suffit.

Il montre des clichés de coxa-vara secondaire à la réduction de luxations congénitales âgées pour leur appuyer la théorie vasculaire exposée par le rapporteur.

M. Raphaël Massart (Paris) a fait au cours de l'évolution d'une coxa-vara grave une intervention sanglante intraarticulaire avec reposition en bonne place de la tête fémorale sur le col; le résultat a été heureux.

M. Froelich (Nancy) insiste sur l'importance du qualificatif « essentielle » à appliquer aux coxa-vara de l'adolescence pour ne pas les confondre avec les coxa-vara symptomatiques qui pourraient survenir au même âge.

Dans l'épiphysiolyse l'auteur se sert du procédé de Withman comme méthode de traitement en surajoutant quelque fois l'enchevillement.

Il rappelle qu'il a pu prouver l'origine infectieuse de certaines coxa-vara de l'adolescence. En outre, il admet que la coxa-vara essentielle est une épiphysite fémorale supérieure localisée alors que l'ostéochondrite déformante fémorale est une épiphysite étendue à toute l'extrémité supérieure du fémur.

M. Pouzet (Lyon) expose les conclusions d'une étude portant sur 14 cas. Il a noté l'hérédo-syphilis, le traumatisme et l'insuffisance glandulaire à l'origine des accidents. Jamais il n'a observé de rachitisme tardif comme cause de coxa-vara. Le pronostic est assez bon, en particulier dans les coxa-vara unilatérales. Quant au traitement, le plus simple est le meilleur : pas de manœuvre de force pour la réduction; dans les séquelles, ostéotomie transversale. Pouzet insiste sur la possibilité d'arthrite sèche concomitante, et il indique que l'arthrite juvénile peut être la cause ou la résultante d'une coxa-vara des adolescents.

M. André Trèves (Paris) rapproche l'ostéochondrite et l'arthrite juvénile de la coxa-vara des adolescents; l'origine de ces affections serait l'infection. Pour l'auteur, l'épiphysiolyse pourrait exister chez des enfants jeunes. Au point de vue

thérapeutique, il insiste sur l'importance du traitement général associé au redressement, par étapes, des déformations.

MM. MOUCHET et RŒDERER n'admettent pas la séparation tranchée entre deux types de coxa-vara exposés dans le rapport. Pour eux, il existe des formes de transition non seulement entre les formes de coxa-vara, mais entre la coxa-vara et l'ostéochondrite ou l'arthrite juvénile, d'où pronostic habituellement grave. L'insuffisance glandulaire jouerait le principal rôle dans l'étiologie de cette affection mais il faut lui associer les troubles mécaniques (surcharge, croissance, et surtout modification du col en coxa-valga se transformant ensuite en coxa-vara).

Leurs conclusions thérapeutiques diffèrent également de celles du rapporteur, les auteurs ont obtenu de bons résultats de la position de Whitmann, de la réinfraction et de l'immobilisation plâtrée prolongée au delà de six semaines. Par contre, ils approuvent l'hypothèse émise par Huc de troubles de vascularisation à l'origine de beaucoup des affections de la hanche.

M. E.-L. ROCHER (Bordeaux) ayant observé après les traitements classiques (Whitmann, plâtre), des raideurs articulaires ou des ankyloses, propose dans l'épiphysiolyse, d'enlever chirurgicalement la tête fémorale décollée. Pour lui, les troubles endocriniens à la base des coxa-vara seraient dus à des infections générales ; il signale chez un malade la coexistence de syndrome adiposogénital avec de l'ostéomyélite; l'enfant guérit en associant l'opothérapie à la vaccinothérapie.

M. MAUCLAIRE (Paris) rappelle l'observation déjà publiée du vissage du col fémoral fait sous écran dans une coxa-vara; il propose d'étendre ce traitement aux formes graves avec effondrement de la tête.

M. Ch. LASSERRE (Bordeaux) publie un beau résultat d'ostéotomie pour coxa-vara avec prothèse temporaire externe suivant le prodécé d'Ombrédanne.

Cette méthode pour l'auteur trouve une indication formelle dans la coxa-vara pour doser et contenir la correction.

M. Paul MATHIEU (Paris) s'associe aux conclusions du rapporteur. Il expose le cas d'une épiphysiolyse longtemps observée : après réduction anatomique satisfaisante, une arthrite déformante avec ankylose se développa et nécessita dans la suite une opération reconstructrice. L'auteur admet que le traumatisme de l'accident initial et que celui de la réduction ne furent pas étrangers à l'évolution grave de cette affection.

M. NOVÉ-JOSSERAND (Lyon) pense que le pronostic de la coxa-vara n'est pas habituellement grave. La plupart des malades guérissent sans gêne fonctionnelle importante. L'ankylose ne se rencontre que dans les cas traumatisés, chez les malades non traités ou encore quand la coxa-vara se complique d'arthrite sèche. Celle-ci peut se développer en dehors de tout traumatisme chez des malades soumis à l'extension continue ce qui incite à étudier de plus près les rapports entre la coxa-vara de l'adolescence et l'arthrite sèche juvénile.

M. E. SORREL (Paris) approuve les conclusions et les intéressantes hypothèses du rapporteur. Il rappelle qu'il fut un des premiers à jeter l'alarme contre les thérapeutiques brutales dans la coxa-vara des adolescents. Il appuie son opinion sur de très beaux résultats obtenus par des traitements simples : extension pendant la période d'évolution de la coxa-vara; ostéotomie transversale ou légèrement oblique sur les coxa-vara fixées. Les radiographies projetées par

l'auteur pour appuyer sa thèse sont particulièrement belles et concluantes.

M. Huc remercie les orateurs qui ont bien voulu discuter son rapport. Il précise quelques points spéciaux :

1° Le traitement endocrinien, quoi qu'on en ait dit, ne doit pas être systématique. Il a constaté à ce point de vue des erreurs graves quand cette thérapeutique n'était pas contrôlée par l'étude du métabolisme basal, car les enfants porteurs de coxa-vara ne sont pas tous des insuffisants glandulaires.

2° Quant aux séparations radicales établies entre les formes de coxa-vara, elles ressortent nettement de l'examen des nombreuses observations réunies pour ce travail. Les observations peuvent prêter à erreurs si les documents sont incomplets (malades suivis trop peu de temps, nombre limité de pièces radiographiques).

3° Il semble se dégager enfin de la discussion que les traitements les plus simples, sans manœuvres de force rallient tous les suffrages.

DEUXIÈME RAPPORT

PARALYSIE OBSTÉTRICALE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Rapporteur : M. André Rendu (de Lyon).

Ce rapport très documenté règle les chapitres discutés de la pathogénie et du traitement de cette affection.

Dans l'historique de la question, l'auteur montre le rôle important qui revient aux travaux de Duchesne (de Boulogne) et d'Erb, travaux rapportant au traumatisme du plexus brachial la cause des paralysies obstétricales. En opposition avec cette thèse, il signale les recherches de Kustner, puis Peltersohn, Lange, Gangele Astley, Ashhurst, admettant comme cause de la paralysie les lésions traumatiques ostéo-articulaires de l'épaule. Enfin, T. Thomas et Van Neck mettent en cause une difformité congénitale à l'origine de ces accidents.

Étiologie. — La fréquence serait de 1 cas sur 1.500 naissances à la suite d'accouchements difficiles avec manœuvres obstétricales.

En chiffres globaux, la présentation du sommet donne plus de paralysies obstétricales que celle du siège, mais la présentation du sommet est bien plus fréquente que celle du siège (62 p. 100 d'après Pinard).

Avec Duchenne, l'auteur admet que la paralysie se produit : dans les sommets, quand l'engagement des épaules se fait mal, quand le dégagement des bras est difficile; dans les sièges quand la tête dernière présente des difficultés d'extraction.

Symptomatologie. — Evidente dans la plupart des cas dès la naissance, la paralysie obstétricale donne un membre pendant inerte sur le côté du tronc, le coude en extension, le poignet et les doigts souvent fiéchis mais, fait caractéristique, le membre est en rotation interne et l'avant-bras en pronation.

Les mouvements passifs ne sont pas douloureux et ont leur amplitude normale; les articulations présentent une certaine laxité.

L'excitation à la piqûre ne détermine aucune réaction.

Les téguments sont normaux, le squelette, même radiologiquement, est intact. L'examen électrique à cause de l'âge du sujet donne peu de résultats.

L'évolution dans 80 p. 100 des cas se fait vers la guérison en deux à huit semaines.

Formes cliniques des paralysies obstétricales. — 1° **Type radiculaire supérieur** (paralysie de Duchenne-



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Théorie de l'hérédité. Hygiène des races et politique de peuplement. Principes fondamentaux de la théorie de l'hérédité, de l'hygiène des races et de la politique de peuplement, par Hermana WERNER SIEMENS (de Münich). Première édition française. — Paris, A. Legrand.

Les Cahiers d'Alceste ou l'introduction à l'étude de la psychologie du malade, par le docteur ALCESTE. Préface du docteur DARTIGUES. — Paris, Norbert Maloine.

Erb). — Le plus fréquent, le mieux connu, portant sur les abducteurs et rotateurs externes de l'épaule, fléchisseurs du coude, supinateurs de l'avant-bras. Si l'évolution de cette forme est lente, on voit les muscles sains antagonistes se rétracter : adducteurs et rotateurs internes de l'épaule, main en pronation marquée, doigts souvent fléchis.

Le membre est presque inutilisable, l'enfant peut prendre un objet, mais il ne peut, à cause de la rotation interne, le porter à la tête ou à la bouche; à cause de l'adduction, il ne peut le poser à distance de lui malgré la contraction des muscles de la ceinture scapulaire qui s'efforcent de suppléer à la limitation des mouvements de l'épaule.

Les mouvements passifs sont, eux aussi, limités par la rétraction des antagonistes.

Les troubles de la sensibilité sont exceptionnels et minimes.

L'évolution se fait vers le retour à la normale laissant comme séquelle la rotation interne du bras avec subluxation de l'épaule en arrière.

2° **Paralysie totale.** — Rare et grave, elle réalise une monoplégie brachiale complète. Le bras est inerte, il pend en rotation interne, avant-bras en pronation. Le membre présente une anesthésie remontant un peu au-dessus du coude. Enfin l'association de troubles oculo-pupillaires est constante traduisant l'existence d'une lésion des racines médullaires de la première paire dorsale par laquelle passent les fibres irido-dilatatrices allant du centre ilio-spinal à la chaîne sympathique du cou.

3° **Type radiculaire inférieur** (Dejerine-Klümpke). — Très rare, intéressant uniquement les muscles de la main et quelquefois les fléchisseurs des doigts. Cette paralysie s'accompagne aussi de troubles oculo-pupillaires et de troubles de la sensibilité. Le pronostic de cette forme est grave.

4° Enfin, il existe des formes atypiques, en particulier, des formes graves sans contracture ni subluxation de l'épaule.

Déformations consécutives à la paralysie. — Celles-ci peuvent relever soit de la contraction simple des antagonistes, soit d'une véritable néphrite du plexus brachial; dans ce cas, elles s'accompagnent de phénomènes douloureux. Avec le temps, ces attitudes se fixent, elles entraînent généralement une élévation du moignon de l'épaule.

La plus constante de ces déformations est la subluxation en arrière de la tête humérale; cette lésion gêne beaucoup les mouvements actifs et passifs.

Évolution. — La disparition des signes de paralysie se fait progressivement de bas en haut, elle n'implique pas toujours une guérison complète, car on trouve à distance des troubles trophiques portant surtout sur la croissance osseuse. Dans ces cas à la radiographie, on trouve une cavité glénoïde petite et déshabitée, une coracoïde grêle allongée et incurvée en bec d'aigle, une tête humérale en forme de coin subluxée en arrière, une diaphyse humérale plus grêle et moins longue que du côté sain.

Au point de vue des réactions électriques, il persiste souvent de l'hypoexcitabilité des muscles lésés.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie ou à l'opération, on trouve plus fréquemment à l'examen des nerfs du plexus une hémorragie dans la gaine nerveuse.

On observe plus rarement des ruptures plus ou moins complètes des gaines ou des fibres nerveuses.

A distance, ces lésions peuvent donner un bloc cicatriciel persistant, englobant les nerfs. Dans les cas graves, on a vu l'arrachement des racines en amont des ganglions spinaux, au niveau de l'émergence médullaire. Philippe et Cestan ont montré que les dégénérescences de ces racines pouvaient remonter très haut dans la moelle.

Sur le squelette, par contre, à la naissance, les lésions sont exceptionnelles; il n'existe ni distorsion ou luxation de l'épaule, ni décollement épiphysaire.

Pathogénie. — S'appuyant sur les données de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, l'auteur rejette la théorie de la lésion primitive du squelette pour admettre la lésion nerveuse primitive.

Le mécanisme de cette lésion se fait exceptionnellement par contusion directe du plexus (Erb) mais surtout par distension nerveuse (Duchenne [de Boulogne], Duval et Guillain). Ces auteurs ont bien montré que la traction de haut en bas sur le membre réalisait le type radiculaire supérieur par traumatisme du nerf sur la gargouille des apophyses transverses cervicales. Au contraire la traction de bas en haut lèse les racines inférieures du plexus au niveau des trous de conjugaison, elle donne les types cliniques graves de paralysie totale ou de Déjerine-Klumpke.

Diagnostic. — En général facile : il faut éliminer les pseudo-paralysies dues au simple traumatisme du membre ou au décollement épiphysaire, la pseudo-paralysie syphilitique de Perrot; la paralysie infantile, l'hémiplégie cérébrale infantile, plus rarement les infections de l'articulation de l'épaule.

Traitement. — L'auteur indique que les précautions au cours de l'accouchement constituent les meilleures mesures prophylactiques.

Pour le traitement de la paralysie deux cas :

1° **Chez le nouveau-né.** — La thérapeutique qui donne les meilleurs résultats sur la lésion nerveuse est la radiothérapie profonde et l'ionisation. Plus rarement on aura

recours à l'intervention chirurgicale pour vider l'hématome, suturer les nerfs ou enlever du tissu cicatriciel.

Pour prévenir les déformations et attitudes vicieuses, il faut faire tous les jours du massage et de la mobilisation du membre et enfin faire porter à l'enfant un appareil orthopédique maintenant l'épaule en abduction à 90 degrés, le coude fléchi, le membre en rotation externe et la main en supination doigts étendus.

2° **A la période des déformations.** — Le redressement forcé, la myotomie (opération de Henry Platt et de Sever), les transplantations donnent des résultats discutables. L'ostéotomie dérotatrice haute au-dessus de l'insertion deltoïdienne (technique de Nové-Josserand) est l'opération idéale, elle semble préférable à l'ostéotomie faite au tiers inférieur de l'os.

Enfin dans des cas très rares on peut avoir recours à l'arthrodèse de l'épaule.

Discussion.

M. Mouchet (Paris) signale une observation de décollement épiphysaire indiscutable à la naissance dans une présentation du sommet avec procidence au bras. Il est partisan comme le rapporteur, de l'ostéotomie de détorsion et plus exceptionnellement d'opérations plastiques ou fixatrices de l'épaule.

M. Mencière (Reims) rappelle qu'il est le premier à avoir proposé et exécuté l'ostéotomie dérotatrice; sa communication au Congrès de chirurgie sur cette intervention, bien française, remonte à 1902.

M. Rocher (Bordeaux) a observé chez le nouveau-né un signe fréquent dans la paralysie obstétricale : « la main blanche ». Il s'agit d'une ischiémie temporaire de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras due à l'irritation des filets du sympathique.

M. Nové-Josserand (Lyon) précise que la technique opératoire qu'il a proposée pour l'ostéotomie comporte une section osseuse au-dessus de l'insertion inférieure du deltoïde afin que, par le fait de la rotation externe du fragment inférieur, la partie antérieure du muscle devienne directement abductrice en dehors.

(*A suivre.*) G. HUC.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

On désigne sous ce nom l'ensemble des localisations articulaires de la blennorragie. C'est le type des rhumatismes infectieux, d'origine septicémique, et l'une des principales et des plus graves complications de la gonococcie.

Le rhumatisme blennorragique survient à l'âge moyen de la vie, à la période d'activité génitale, et complique presque toujours une gonococcie génitale à *lésions profondes* (urétrite postérieure, métro-salpingite), beaucoup plus rarement une rectite ou une conjonctivite blennorragique.

La date d'apparition des accidents articulaires est en moyenne la *troisième semaine,* mais il n'y a là rien d'absolu : le rhumatisme peut compliquer une gonococcie presque oubliée, datant de plusieurs années, ou au contraire précéder l'urétrite.

Anatomiquement, c'est la synoviale qui est le siège essentiel de l'infection et la retraite peu accessible de gonocoques au réveil tardif toujours à craindre.

CLINIQUE

Nous étudierons successivement les manifestations aiguës puis les séquelles du rhumatisme blennorragique.

1° **Polyarthrite aiguë.** — C'est la plus fréquente. Annoncée par un léger état infectieux, avec arthralgies, malaise général et fièvre à 38 degrés, les arthrites apparaissent au bout de deux ou trois jours.

Elles sont *pauci-articulaires*, atteignant les grosses articulations, et presque toujours *le genou* et aussi les petites, ce dernier fait étant assez caractéristique surtout lorsqu'il s'agit des temporo-maxillaires, sternoclaviculaires, articulations des doigts.

Les articulations sont tuméfiées, chaudes, rosées et au genou il y a souvent un peu d'hydarthrose. La douleur spontanée n'est pas très intense, surtout vive pendant la nuit. La douleur provoquée est surtout para-articulaire. L'état infectieux est modéré et la fièvre ne dépasse guère 38°5.

Après quelques jours, la température devient normale, et la douleur *se localise sur une ou deux articulations* où elle est tenace pendant plusieurs jours ou semaines.

Sous l'influence du traitement ou spontanément, la guérison survient, quitte à n'être que temporaire, la douleur réapparaissant quelques semaines ou mois plus tard. Parfois l'évolution se fait vers la *chronicité* et une jointure s'ankylose.

2° **Forme hydarthrosique.** — C'est la plus fréquente après la précédente. Atteignant n'importe quelle circulation, elle se localise électivement au *genou*, seule articulation où les signes d'épanchement soient nets. Le genou globuleux, parcouru de veinosités, peu douloureux, est très distendu et l'hyperpression intra-articulaire explique qu'il n'y ait souvent pas de choc rotulien. La ponction exploratrice ramène un liquide séro-purulent, très fibrineux et contenant des polynucléaires altérés, et plus tard des lymphocytes. La persistance des polynucléaires indique, pour certains auteurs, la nécessité de continuer la vaccinothérapie jusqu'à l'apparition de la mononucléose. Le gonocoque ne peut être décelé à l'examen direct, mais par ensemencement et culture on l'isole huit fois sur dix (Lecène).

L'évolution, toujours à craindre, de ces hydarthroses, est celle qui se fait vers l'*ankylose*, souvent après des alternatives d'améliorations et de récidives de l'épanchement dès que le malade marche. Elle constitue, quand elle est réalisée, un processus de guérison et aussi une infirmité.

3° **Forme arthralgique.** — Le rhumatisme blennorragique peut se limiter à des arthralgies multiples, localisées aux articulations électivement choisies en général par la gonococcie, évoluant sans signes d'inflammation locale, mais entraînant une impotence fonctionnelle considérable. Elles peuvent être le début d'une des autres formes du rhumatisme blennorragique.

4° **Forme pseudo-phlegmoneuse.** — **Début.** — *Brutalement*, pendant la nuit, le malade qui souffrait d'arthralgies depuis quelques jours, est réveillé par une douleur atroce du genou ou d'une autre grosse articulation. En quelques heures, la période d'état est constituée.

Etat. — L'articulation est *extrêmement tuméfiée,* déformée; la peau de la région est rouge, parsemée de traînes lymphangitiques. Ce gonflement énorme vient de l'infiltration œdémateuse *péri-articulaire* et de la *tuméfaction des épiphyses,* car il n'y a que fort peu de liquide intra-articulaire.

La douleur, très violente, empêche le moindre mouvement et entraîne l'insomnie. La fièvre à 40 degrés, se maintient très élevée pendant quelques jours. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 96 — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 29 NOVEMBRE 1930. — N° 96.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — Classement des candidats autorisés à accomplir une deuxième année de stage dans les services centraux d'électro-radiologie :

MM. Falcoz, 9; Duval, 8; Damond, 7; Pierron, 5.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 24 novembre. — Questions données : « Symptômes et accidents de l'hypertension artérielle. — Anatomie pathologique et formes cliniques des fractures du col du fémur. »

MM. Meyer-Heine, 17; Gigon, 22; Jouffroy, 18; Mme Bocquentin, 21; MM. Tran Quandi, 15; Olivier (Jean), 25; Damon, 19; Gaultier, 15; Gibert, 17; Carteret, 21.

Séance du 25 novembre. — Questions données : « Zona intercostal. — Pancréatite aiguë hémorragique. »

MM. Gorse et Delinotte, 23; Grasset, 20; Simon, 23;

Fabre, 18; Fourestier, 15; Brimon, 19; Brocard, 11; Pergolo, 10; Bocquet, 14.

— RÉPARTITION, DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1931. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, nº 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1931, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 5 janvier 1931) : internes et externes en premier, le vendredi 19 décembre 1930, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 janvier 1931) : ceux de 6e et 5e année (externes ayant concouru en 1925 et 1926), le samedi 3 janvier 1931, à 14 h. 15; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1927), le lundi 5 janvier, à 14 h. 15; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1928), le mardi 6 janvier, à 14 h. 15; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1929), le jeudi 8 janvier, à 14 h. 15; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1930), le samedi 10 janvier, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Hazard est nommé, pour une période de neuf ans, agrégé de pharmacologie.

— MARSEILLE. — M. Piéri est nommé, pour une période de neuf ans, agrégé de médecine.

— MONTPELLIER. — M. Granel est nommé, pour une période de neuf ans, agrégé d'histologie.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Sont nommés pour une période de neuf ans :

Agrégé de pharmacie galénique et sciences naturelles : M. Regnier.

Agrégé de pharmacie chimique et sciences naturelles : M. Bedel.

GUERRE. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Romary, de l'hôpital Michel-Lévy, à Marseille, est maintenu et désigné comme médecin chef.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Fulcrand, de la place de Marseille, est affecté à l'hôpital Michel-Lévy, à Marseille. Désigné comme président de commission de réforme.

Médecins commandants. — MM. Graindorge, du 3e rég. d'inf., Hyères, est affecté aux troupes du Maroc; Sondag, des troupes du Levant, est affecté aux troupes du Maroc, laboratoire de bactériologie; Arnaud, du 173e rég. d'inf., à Bastia, est affecté au 19e corps d'armée.

Médecins capitaines. — MM. Martinaud, de la 7e compagnie régionale du train à Besançon, est affecté au centre de réforme de Besançon; Vidal, du 27e rég. de tirailleurs algériens, à Tarascon, est affecté au 5e rég. d'inf., à Coulommiers; Carayon, du 21e rég. de tirailleurs algériens, à Epinal, est affecté aux territoires du Sud-Algérien.

UNE RUE JEAN SICARD. — Le Conseil municipal de Paris vient de décider, sur la proposition de M. Besomby, de donner le nom du très regretté professeur Jean Sicard à une rue de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Victor Deschiens (de Paris), père de MM. Ed. et Robert Deschiens.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. (Professeur : M. H. CLAUDE.) — Cours du dimanche : Psychiatrie élémentaire (année 1930-1931).

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches, à 10 h. 1/2, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis (XIVe), à partir du dimanche 30 novembre 1930.

AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — *Rectification.* — La conférence de thérapeutique chirurgicale portant sur les affections des membres, par M. le docteur Petit-Dutaillis, qui devait avoir lieu le 1er décembre 1930, est reportée au samedi 13 décembre et portera sur « la chirurgie du sympathique ».

HÔPITAL TENON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DES ARTÈRES, DES VEINES ET DES CAPILLAIRES, par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, médecin des hôpitaux; A.-C. Guillaume, ancien chef de clinique; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service; H. Welti, prosecteur, chef de clinique chirurgicale; Gilbert Dreyfus et P. Puech, anciens internes du service; Gaugier, ancien assistant du professeur Sicard; Mme Navarre-Chabannas, MM. R. Barrieu (de Royat), Marchal, assistant d'électro-radiologie du service; P. Merklen et Even, internes des hôpitaux.

Tous les matins, à 10 h., conférences cliniques avec projections; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi, à 15 h. et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections; à 16 h., démonstration pratique (sphygmomanométrie, électrocardiographie, radiologie, pression veineuse, pléthysmographie, capillaroscopie).

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1. Arythmies; 2. Grands syndromes cardiaques; 3. Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire; 4. Artères, veines et capillaires.

Le cours de juin 1931 portera donc sur les troubles du rythme cardiaque.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 h. à 11 h. et de 14 h. à 17 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du docteur Blondel, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 fr.

HÔPITAL BROCA. (Services des docteurs TOURAINE et WEISSENBACH.) — *Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie*, jusqu'au 22 décembre 1930.

Chaque leçon a lieu le matin, à 11 h., et permet d'assister, à partir de 9 h., aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 100 fr.

S'inscrire auprès du docteur Renault, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons. — Le même cours aura lieu du 4 mai au 2 juin 1931.

RENSEIGNEMENTS


FORTOSSAN
IRRADIÉ
CIBA
LE FORTOSSAN IRRADIÉ totalise l'action de l'ergostérol irradié (Vitamine D) et du phosphore végétal assimilable
LE FORTOSSAN IRRADIÉ est soumis à un contrôle chimique et biologique lui assurant une activité maxima constante

CHRONIQUE

SOUVENIRS SUR PÉAN

Par le docteur Albert BROCHIN, chirurgien honoraire de l'hôpital Péan.

[Le doyen de notre rédaction, notre bien cher ami Albert Brochin, qui fut de 1871 à 1898 le fidèle élève de Péan, vient de publier un volume de Souvenirs sur son maître (1). Il a bien voulu, et nous l'en remercions très affectueusement, en donner quelques pages à la *Gazette des hôpitaux* dans laquelle Péan, de 1866 jusqu'à sa mort, a publié la presque totalité de ses travaux. — *N. D. L. R.*]

SON ENFANCE. SON PREMIER VOYAGE A PARIS. — Péan (Jules-Emile) naquit à Marboué, près de Châteaudun, le 30 novembre 1830. Il était fils d'un important minotier du pays.

Sa mère avait eu neuf enfants. Deux des filles, Rose et Clémentine, vinrent à Paris tenir la maison de leur frère et lui donner leurs soins dévoués.

A l'école, comme plus tard au lycée de Chartres, Péan se montra un élève intelligent et studieux.

A la fin de ses classes, pour le récompenser de ses bonnes notes, son père lui offrit son premier voyage à Paris. C'est Péan lui-même qui m'a raconté ce voyage.

Ils prirent un samedi soir la diligence à Châteaudun, arrivèrent le lendemain matin à Paris, cour des Messageries, rue Saint-Honoré. Ils se dirigèrent à pied, toujours à pied, vers la Bastille, s'arrêtèrent un moment devant la Colonne, gagnèrent le Jardin des Plantes, visitèrent le Muséum, se rendirent au Luxembourg dont ils visitèrent le Musée, de là au Musée du Louvre, traversèrent les Tuileries, montèrent les Champs-Elysées, passèrent sous l'Arc triomphal, atteignirent le Bois, la porte Maillot où ils déjeunèrent chez Gillet, redescendirent les Champs-Elysées jusqu'à la Concorde, entrèrent à la Madeleine, regagnèrent le Palais-Royal où ils dînèrent et reprirent le soir la diligence pour Châteaudun où ils arrivèrent le lendemain matin pour se rendre, l'un à sa meunerie, l'autre à son lycée.

Si j'insiste sur cette randonnée peu banale, c'est pour montrer la force physique, l'endurance et l'énergie de ces deux hommes, véritables géants, aux muscles puissants, aux jambes infatigables.

. . . .

[Dans les souvenirs qui suivent, Brochin raconte comment la vocation de Péan lui fut donnée par un modeste médecin de campagne qu'il accompagnait parfois dans ses visites en cabriolet.

Brochin donne ensuite des détails sur les études de Péan, sur son externat chez Marjolin et Bourdon, son internat chez Dénonvilliers et Nélaton qui le garda deux ans.

Puis c'est un récit très alerte des premiers déboires de Péan dans les concours, de sa nomination de prosecteur à Clamart, de sa réussite au concours des hôpitaux, enfin de ses luttes.]

. . . .

SA RÉCONCILIATION AVEC RICORD. — Nous avons dit que parmi les adversaires les plus acharnés de Péan se trouvait Ricord. Il ne faudrait pas rester sur cette impression, et ici s'impose le récit d'une aventure qui ne fait pas moins honneur à Ricord qu'à Péan. La voici :

Une jeune et charmante Américaine, atteinte d'un kyste de l'ovaire, vint consulter Ricord. Celui-ci déclara qu'elle ne devait pas se laisser opérer et surtout ne pas aller demander conseil à un certain Péan qui ne manquerait pas de lui proposer une opération qui la tuerait.

Fût-ce l'attrait du fruit défendu, fût-ce sur la réputation de notre maître, toujours est-il qu'en sortant de chez Ricord notre jeune malade se rendit chez Péan qui, naturellement, lui conseilla l'opération. Elle lui avoua alors qu'elle avait vu Ricord, lequel lui avait nettement défendu de se laisser opérer. Péan, qui avec juste raison considérait ce cas comme très favorable à l'opération, insista, mais en déclarant formellement qu'il ne l'opérerait qu'en présence de Ricord.

Ce dernier, chez qui notre jeune femme courut aussitôt, refusa, déclarant « qu'il ne voulait pas se rendre complice d'un assassinat. » Après bien des pourparlers, la jeune femme obtint de Ricord qu'il assisterait à l'opération. Il y vint. J'y fus aussi. Mais connaissant Ricord pour l'homme le plus gai, le plus aimable, le plus charmant, quel ne fut pas mon étonnement de voir un Ricord froid, guindé, de mauvaise humeur. L'opération fut simple et facile, et quinze jours après notre malade se promenait au bois.

Rien ne fut plus touchant que la façon dont Ricord fit amende honorable. Il demanda à Péan d'assister à ses opérations. Peinement convaincu il déclara que « Péan avait été sa plus grande erreur de diagnostic ». A partir de ce moment, Ricord devint le plus ardent défenseur de Péan et son plus fidèle ami. Ces deux natures franches et droites étaient faites pour s'entendre. De toutes les victoires remportées par notre maître, celle-là ne fut pas la moins flatteuse.

. . . .

COMMENT OPÉRAIT PÉAN. — Tout est prêt. La malade est endormie. La peau du ventre est préalablement lavée à l'alcool. On incise la peau et le tissu cellulaire d'un seul coup de bistouri. Tout vaisseau incisé est immédiatement pincé et la pince est saisie par l'un des aides et rangée sur le ventre. Les pinces seront laissées en place jusqu'à la fin de l'opération. Arrivé sur le péritoine, Péan y fait une petite ouverture par laquelle il introduit une sonde cannelée sur laquelle il fait l'incision péritonéale. Chaque vaisseau du péritoine, comme chaque vaisseau de la peau, est pincé et les pinces font office d'écarteurs.

On entend seulement les ordres brefs du Maître : pince... pince-longuette... éponges... serviettes chaudes, etc.

Aussitôt le ventre ouvert, il refoulait la masse intestinale vers le diaphragme à l'aide de serviettes chaudes. Il est bon de rappeler qu'à cette époque nous n'avions pas encore la gaze stérilisée ni la position de Trendelenbourg, si favorable et si précieuse.

S'il s'agit d'un kyste, il y introduit un gros trocart muni d'un tube qui se rend dans un récipient où l'on peut faire le vide à l'aide d'une pompe aspirante. Quand la poche était suffisamment réduite, l'opérateur l'attirait hors du ventre et saisissait le pédicule entre les deux mors d'une pince-longuette courbe. Un coup de ciseau et introduction, au-dessous de la pince, d'une longue aiguille portant un double fil. Ces fils sont croisés, serrés et leurs extrémités libres sont fixées à une pince hémostatique. Ces fils ne seront coupés au ras qu'après une toilette soigneuse de la cavité péritonéale. Grâce au pincement des vaisseaux, il ne restait que peu de ligatures à faire, suture au catgut du péritoine après ablation des pinces intérieures, suture au catgut du plan musculaire, suture aux crins de Florence de la peau. Compresses phéniquées ou iodoformées, selon le temps, pansement ouaté très compressible.

S'il s'agit d'un fibrome, incision sous-ombilicale suffisamment longue contournant même l'ombilic, si c'est nécessaire. L'utérus mis à jour, embrochage de la tumeur à l'aide d'un trocart courbe, un bouchon est placé sur la pointe et, à l'aide de ce trocart, attraction de la tumeur hors du ventre, pincement des ligaments larges par de fortes pinces droites

(1) *Péan* (1830-1898), par le docteur BROCHIN. Un volume. — Société générale d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette, Paris (VIe).

ou courbes, pincement des artères utérines, section du col, application de pinces sur l'incision en collerette, cautérisation de la partie restante du col au thermo-cautère, fermeture de la cavité cervicale par un surjet au catgut, les pinces étant enlevées à mesure. Toilette minutieuse de la cavité péritonéale à l'aide d'éponges montées. Après la suppression des éponges, celles-ci furent remplacées par des morceaux de gaze.

Tout à fait au début des laparotomies pour tumeurs du ventre, Péan terminait l'opération par l'établissement d'un pédicule externe. Les soins consécutifs s'en trouvaient prolongés, mais la guérison n'en était pas moins assurée.

A l'hôpital où, comme nous l'avons dit, Péan ne faisait pas de laparotomies, sauf dans les cas d'urgence pour obstruction intestinale ou autres causes, il opérait debout, disposant malades et aides de façon à ce que tout le monde pût bien voir.

Toujours en habit, une serviette autour du cou, des serviettes autour des poignets, toujours armé de ses fameuses pinces, il entreprenait les exérèses les plus étendues, les résections les plus profondes, les plus longues incisions. Rien ne l'arrêtait dans la poursuite de la tumeur, si adhérente, si profondément incrustée fût-elle. C'était merveille de voir cette attaque, toujours menée à bien, toujours exsangue. Il ne restait plus qu'un champ de bataille comblé de pinces de toutes les formes et de toutes les dimensions, pinces qui restaient à demeure vingt-quatre ou quarante-huit heures selon les cas.

Ablations de la langue, résection des maxillaires, tout cela n'était qu'un jeu et les réparations n'étaient pas moins parfaites.

. . . .

Toujours à l'affût des moindres progrès apportés en chirurgie, Péan, rapidement convaincu par les publications de Lucas-Championnière sur la méthode de Lister, décida que nous irions tous deux à Londres pour nous rendre auprès du grand chirurgien anglais.

. . . .

Notre voyage a Londres. La méthode de Lister. — Nous restâmes plusieurs jours à Londres. Nous y vîmes opérer Lister, Spencer Wells, Thorton, Bantock, Cormack, et d'autres encore.

Ce voyage à Londres fut pour moi une révélation : autant mon Maître trouvait à Paris d'obstacles, de critiques, de persécutions, autant les chirurgiens anglais se montrèrent enthousiastes à son égard, nous firent fête et nous traitèrent en nobles étrangers. Ce ne furent que réceptions, dîners et déjeuners. Spencer Wells, en particulier, se montra fort aimable. Dans la matinée il nous emmenait dans sa voiture pour assister aux opérations qu'il pratiquait dans diverses maisons de santé. Un jour, il nous emmena dans sa magnifique propriété aux environs de Londres, qui faisait un contraste étrange avec le modeste appartement qu'il occupait à Londres où, d'ailleurs, il donnait ses consultations et où il ne séjournait pas. Spencer Wells avait généralement terminé sa journée à 5 heures et partait alors pour sa superbe villa. C'était un brillant opérateur, agissant vite et bien. Mais nous fûmes frappés de certains détails : par exemple, s'il s'agissait d'un kyste ovarien, alors que Péan, le ventre ouvert, s'appliquait à ponctionner la poche attirée au dehors, afin que le liquide s'écoulât hors du ventre, Spencer Wells fendait largement la poche, sans s'inquiéter de savoir où coulait le liquide qui, naturellement, s'épanchait dans la cavité abdominale. Mais nous eûmes l'explication de cette manière de procéder : Spencer Wells faisait toujours faire une ponction exploratrice dans les kystes et, s'il ne s'agissait pas de pus, il considérait ces liquides comme aseptiques et ne craignait plus leur épanchement dans le ventre.

Alors qu'à cette époque Péan opérait ses tumeurs abdominales étant assis entre les jambes de la malade et ayant deux aides de chaque côté du lit, un anesthésiste et un aide qui passait les instruments, Spencer Wells opérait debout, du côté droit de la malade et n'avait qu'un seul aide en face de lui qui faisait les ligatures, et un anesthésiste. Je fus personnellement bien frappé de cette heureuse simplification, et à ce point de vue Spencer Wells fut un novateur avisé. Il nous a prévenus pour la réduction des aides, la simplification dans les procédés opératoires et dans l'instrumentation.

Quant à la méthode Lister, bien oubliée maintenant, voici en quoi elle consistait :

Solution alcoolique d'acide phénique au vingtième pour baigner les instruments, au quarantième pour lavage des mains, pulvérisations, à l'aide du Spray, sur le champ opératoire. Les pansements de Lister se composaient de trois pièces, protective verte, gaze phéniquée jaune et Mackinstoch rouge. Sans aucun doute, cette méthode constituait un progrès formidable, mais elle n'était pas sans inconvénients pour l'opérateur et ses aides qui étaient eux-mêmes surphéniqués et qui avaient à compter avec le fâcheux érythème des mains. Nous devons ajouter que nous avons eu parfois à déplorer la perte d'opérées par suite d'intoxication phéniquée.

. . . .

LIVRES NOUVEAUX

Grands névropathes. Malades immortels (1),
par le docteur Cabanès.

Le génie est-il une maladie mentale? Les êtres exceptionnels ne sont-ils pas des hommes comme les autres et obéissant aux mêmes lois organiques qui régissent toute l'humanité mais ne sont-ils pas plus que d'autres exposés à sombrer dans la démence parce que l'intelligence à force de s'élever, porte parfois son vol dans les régions fantastiques, dans des cieux qui sont d'ordinaire le domaine des esprits égarés et délirants?

Mais il serait absurde d'affirmer qu'il n'y a pas de génie sans névrose, que tout ce qui a été fait de grand sur la terre est l'œuvre de dégénérés, épileptiques ou vésaniques. S'il y a des génies pathologiques, il y a des génies sains et ce n'est pas dans les asiles d'aliénés qu'on trouvera un Leibnitz ou un Cuvier, un Shakespeare ou un Léonard de Vinci. La névropathie est un accident; en tout état de cause, elle ne saurait être la condition obligatoire du génie.

Et après nous avoir exposé, dans une magistrale introduction, ce qu'il pense de ce problème, le docteur Cabanès étudie un certain nombre de grands névropathes : Pascal, Molière, Chateaubriand, Byron, Shelley, Baudelaire et Richard Wagner.

C'est peut-être cet ouvrage qui confirme le mieux le jugement porté sur son auteur par Jules Claretie : « Michelet eût salué en lui un vaillant élève et Flaubert l'eût vivement encouragé dans ses travaux devenus populaires ». Parmi les auteurs chers au public médical, le docteur Cabanès se classe un des premiers. Nous devons remercier l'éditeur de nous avoir donné ce nouveau volume posthume bien digne de l'œuvre immense de notre regretté confrère et ami.

L. G.

(1) Un vol. in-19 jésus, broché sous couverture illustrée en couleur orné de 47 grav. — Prix : 20 fr. — Paris, Albin Michel.


la seconde maman
pour les enfants en bas âge
premier aliment après le lait
Blédine
JACQUEMAIRE
prépare et facilite le sevrage

LE CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE PÉAN A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ŒUVRE DE PÉAN

(1830-1930)

Par M. Jean-Louis FAURE

Je suis de ceux qui ont connu Péan, qui l'ont vu à l'œuvre, qui souvent ont été regarder de leurs yeux travailler ce grand ouvrier de notre art! Je n'ai jamais été son élève; il ne m'a jamais adressé la parole; il ne m'a même jamais vu, car ce n'est pas voir un homme que laisser errer son regard sur la foule des assistants. Sans doute même, il ignorait jusqu'à mon nom. Je n'étais rien quand il est mort. Je ne lui dois donc rien. Et puisqu'aujourd'hui c'est à moi qu'est réservé l'honneur de retracer son œuvre, je suis de ceux qui peuvent apporter dans leurs paroles et dans leur jugement un esprit d'indépendance, une volonté de justice et qui ne craignent pas de dire ce que leur dicte leur conscience.



Cliché GERSCHELL.

Jules PÉAN.

L'Académie ne devait pas laisser passer l'occasion que nous offre le centenaire de sa naissance sans évoquer dans son enceinte la mémoire d'un de ses membres qui a jeté sur la chirurgie française un éclat que nous paraissons être seuls à ne pas connaître. Car nous l'avons vu de trop près pour bien nous rendre compte de sa véritable grandeur.

Comme ces blancs sommets qui dépassent les autres dans les hautes montagnes, il faut les voir de loin pour mesurer leur taille. Quand on est à leur pied, les collines abruptes, les rochers et les précipices, les grand arbres de la forêt, quelquefois même les broussailles, cachent à notre vue le pic étincelant dressé dans la lumière, alors qu'il apparaît à ceux qui le contemplent du fond de l'horizon dans toute sa noblesse et dans sa majesté!

Et puis aussi, pour juger avec équité un homme comme lui, il faut laisser le temps faire son œuvre! Il faut laisser s'apaiser les passions et se guérir les meurtrissures, il faut laisser s'éteindre les amertumes et les jalousies. Mais lorsque le temps a passé, emportant avec lui toutes les petitesses, comme un fleuve entraînant toutes les feuilles mortes que l'âpre vent d'automne a jetées dans ses flots, alors l'heure est venue de laisser parler la justice.

Je ne suis pas ici pour retracer sa vie, mais pour dire son œuvre. La vie passe et tous nous passons avec elle. Mais notre œuvre demeure, et, quand elle en est digne, ceux qui l'ont accomplie restent vivants parmi les hommes, et se tiennent debout, travaillant par la main des autres, alors même que ceux-ci l'ignorent, et ne se doutent pas que, demain, ce sont eux qui seront les morts, mais que le créateur vivra! Eh bien! Péan est toujours là, parmi nous, chirurgiens. Il n'est pas un seul d'entre nous qui ne lui doive un peu de ce qu'il est, car il est sans doute l'homme qui a le mieux travaillé au perfectionnement de la technique de notre art, de cette technique en laquelle se résume, après tout, l'essence de notre pouvoir. puisque c'est par elle, et par elle seule. que nous faisons œuvre de vie, ou que nous travaillons pour la mort. Par son exemple, par son

inépuisable génie opératoire, par son instrumentation qui pour l'époque était merveilleuse, il a plus que quiconque contribué à rendre possibles des interventions qui ne l'étaient pas, à les rendre même faciles, car il donnait à ceux qui le voyaient opérer l'impression d'assister à quelque chose de nouveau, qu'ils n'avaient jamais vu faire par d'autres chirurgiens et qu'ils voyaient exécuter par lui pour la première fois!

Péan nous est apparu comme un si prodigieux ouvrier, que nous semblons avoir oublié les hautes qualités intellectuelles dont il avait fait preuve, en emportant de haute lutte, dans des concours que nous savons tous être difficiles, les titres d'interne, de prosecteur, puis de chirurgien des hôpitaux. En 1855, il était interne, le second d'une promotion qui, pour n'en pas citer d'autres, comptait des hommes éminents comme Jaccoud nommé douzième, et Benjamin Ball, vingt-deuxième! Il conquit ces divers titres en quelques années, au prix d'un travail acharné, dont sa santé fut ébranlée, au point qu'il dut, pour se remettre, aller passer un an en Algérie. Mais quand on a donné de telles preuves de valeur, ce ne sont pas les leçons un peu frustes et par trop décousues qu'il faisait à Saint-Louis sur les malades qu'il allait opérer, et qui n'ont pas été sans nuire sérieusement à certains côtés de sa renommée, qui peuvent suffire à effacer ces témoignages éclatants des hautes qualités d'un cerveau dans lequel les éclairs du génie semblaient à ceux qui l'écoutaient se développer aux dépens des manifestations plus modestes de l'intelligence commune!

Péan débuta par un coup de maître.

Le 18 juillet 1865, il vint présenter à l'Académie une femme qu'il avait guérie d'un kyste de l'ovaire volumineux et adhérent. Le Bulletin de cette séance ne porte trace d'aucune observation. Il est probable cependant qu'il y eut à ce propos quelque surprise dans la salle, et peut-être quelque agitation. C'est qu'en effet, ce n'était pas à cette époque chose commune qu'une présentation de cette nature que l'on voyait pour la première fois.

Cependant Velpeau devait être là, se souvenant encore de ce qu'il avait dit, quelques années plus tôt, en 1856, alors qu'il était dans tout l'éclat de sa renommée, à cette même tribune : « Que l'ovariotomie était une opération affreuse, et qui devait être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles. »

Bien rares sont aujourd'hui ceux qui, parmi nous, se souviennent encore de ces temps maudits de la chirurgie. Mais il faut savoir ce qu'était à cette époque, au moins dans les mains d'un chirurgien de Paris, une opération de kyste de l'ovaire, pour comprendre l'effet que fit sur l'assemblée la vue d'une malade guérie. Mon vieux maître Tillaux m'a raconté, pour y avoir participé en qualité d'interne de Nélaton, les premières tentatives auxquelles il lui avait été donné d'assister. Nélaton, ému du succès de Baker Brown et de Spencer Wells dans l'ovariotomie, avait été à Londres voir opérer ces chirurgiens illustres. Il revint enthousiasmé de ce qu'il avait vu, et décidé à tenter à son tour cette partie redoutable. Quelques-uns comme Le Fort, comme Tarnier, avaient le sentiment que ces désastres étaient dus à quelque contagion possible. Mais Pasteur, qui travaillait dans le silence de son laboratoire, ne devait que quelques années plus tard en apporter la preuve à l'univers reconnaissant. On savait cependant, d'une façon confuse, que le milieu hospitalier était favorable aux complications opératoires, que le génie épidémique s'y manifestait d'une façon particulièrement grave, sous la forme de l'érysipèle et de la pyohémie, car on ne voyait pas en ville, au moins au même degré, les catastrophes qui désolaient les hôpitaux et les maternités.

Nélaton décida donc de tenter cette grande entreprise loin de son service hospitalier. On organisa à Meudon, sur la lisière de la forêt, dans l'air salubre qui vient des plaines de l'Ouest, avant de passer sur Paris, une maison qui fut aménagée dans les conditions les meilleures et la série d'opérations commença. Les malades ne manquaient pas à cette époque où de nombreuses femmes voyaient grossir leur ventre et se développer leur kyste, devant les chirurgiens impuissants. Nélaton fit ce qu'il avait vu faire en Angleterre. Peut-être même est-ce à cette occasion qu'il fit construire l'admirable pince, destinée à saisir la poche du kyste, et dont nous nous servons encore : la malade mourut. Il recommença courageusement. La seconde opérée mourut. Il recommença. Il opéra 19 malades et les voisins épouvantés virent sortir successivement 19 cercueils de cet endroit maudit qu'ils appelaient la « maison du crime »! Toutes les opérées avaient succombé. Car nous comprenons aujourd'hui que si Nélaton avait apporté dans cette tentative l'invicible espérance et une sorte de sombre et fanatique énergie, il avait apporté en ce même temps ses mains empoisonnées, et tout un matériel opératoire pénétré de germes de mort.

Voilà ce qu'était, à cette époque, une ovariotomie! On comprend donc la sensation que fit ce jeune chirurgien de haute taille, aux larges épaules, aux traits énergiques, à la voix grave, et qui parlait comme le rude Beauceron qu'il est toujours resté, car il a gardé jusqu'au bout cette imprégnation naturelle qui attache tout homme de cœur à la terre qui l'a vu naître et dont il est pétri.

Et puis de temps en temps il réapparaissait à l'Académie pour présenter de nouvelles malades. En janvier 1866, une femme opérée d'ovariotomie, et une autre à laquelle il avait enlevé un corps fibreux par la voie vaginale. En mai 1868, trois ovariotomies. Trois autres en février 1869. Enfin, au mois de décembre de la même année, deux malades, une femme guérie d'un kyste de l'ovaire et une autre, telle qu'on n'en avait encore jamais vu, à laquelle il avait enlevé par voie abdominale, une tumeur fibrokystique de l'utérus! Ces cures retentissantes qui se succédèrent sans relâche, en plein Paris, où elles demeuraient jusqu'alors inconnues, commençaient à entourer le nom de celui qui les avait obtenues de cette renommée qui confine à la gloire. Mais déjà le jeune chirurgien, qui s'élevait ainsi plus haut que les plus grands, sentait obscurément monter autour de lui des rumeurs imprécises, et cette sourde hostilité, fille de la nature humaine, qui s'attache à ceux qui marchent d'un pas trop rapide sur le chemin de la fortune et de la renommée!

Cependant, à la même époque, il y avait en France, à Strasbourg, un homme, un chirurgien, presque aussi jeune que Péan, qui commençait à remplir le monde de son nom. Lui aussi guérissait des kystes de l'ovaire; lui aussi réussissait ces opérations condamnées par tous. Il s'appelait Eugène Kœberlé.

D'âpres discussions ont eu lieu, entre Kœberlé et Péan, entre ces deux héros des premiers temps de la

chirurgie abdominale, discussions légitimes et sincères des deux côtés. Mais, sous l'influence des passions du moment, il y a eu de part et d'autre, et peut-être avant tout de la part des amis qui épousaient leurs querelles, et voulaient se faire les défenseurs de leur gloire, des exagérations et des injustices. Il me paraît facile, aujourd'hui que le recul du temps permet de juger leur œuvre et de donner à chacune ce qui lui est dû, d'associer leurs noms dans le rayonnement de la gloire commune qu'ils ont répandue tous les deux sur la chirurgie française!

Kœberlé a eu un mérite immense. Il est le premier à avoir réussi l'ovariotomie en France. Sans doute, il ne faut pas oublier les deux succès obtenus par deux médecins de campagne, dignes de ce beau titre dont la modestie ne saurait effacer la grandeur, car il symbolise à la fois toutes les vertus de la bienfaisance, du travail et du dévouement. Ces deux médecins de campagne, Woyeikowsky, en 1844, dans un village du Doubs et Vaullegeard, en 1847, dans le Calvados, avaient tous les deux guéri leurs malades. Mais ces magnifiques succès avaient été sans lendemain et étaient restés à peu près inconnus. Ceux qui les ont obtenus n'en méritent pas moins que leur nom soit à jamais préservé de l'oubli.

Le mérite de Kœberlé n'est pas d'avoir tenté des ovariotomies. A ce moment, il n'était pas le seul. L'idée de l'opération se précisait de plus en plus. On savait qu'il y avait en Amérique et en Angleterre de nombreuses guérisons. Les uns n'y croyaient pas. Les autres, comme Nélaton, finissaient par dire, et sans doute par croire, que les Anglais et de plus encore les Anglaises, grâce à leur régime tonique et à la vigueur de leur constitution, résistaient mieux qu'on ne le faisait en France aux opérations graves. Mais on sentait que le moment était venu d'agir.

C'est en 1861 que Nélaton avait été à Londres et qu'il avait réclamé de l'Assistance Publique l'aménagement de la petite maison de Meudon. En avril de la même année, Richard exécutait une première opération et la malade mourait. Le 2 février 1862, Demarquay en faisait une autre et perdait aussi sa malade. Le 17 juin 1862 Nélaton commence à son tour. Pendant quelques jours il espère; il annonce la guérison, et la malade meurt de tétanos! Et voilà que, quelques jours après, le 1er juillet 1862, un jeune chirurgien de Strasbourg, Eugène Kœberlé, annonce à l'Académie qu'il avait guéri d'un kyste de l'ovaire une malade opérée le 2 juin précédent, quinze jours exactement avant celle de Nélaton. Cette communication, venant d'un chirurgien à peu près inconnu, fit beaucoup de bruit, moins cependant que n'en fit plus tard celle de Péan qui, lui, avait présenté aux membres de l'Académie son opérée vivante.

Ces tentatives opératoires multipliées montrent bien que les temps étaient révolus, et la gloire de Kœberlé ne consiste pas tant à avoir eu le courage d'opérer sa malade qu'à avoir eu le talent de la guérir. Mais ce qui mit le comble à sa réputation, c'est que cette opération fut la première d'une série de douze qu'il avait faites au moment même où Péan exécutait sa première — et sur lesquelles il n'eut que trois échecs, s'élevant du premier coup à des résultats aussi beaux que ceux des chirurgiens anglais! Au 20 octobre 1869, alors que Péan n'avait fait qu'une douzaine d'opérations, Kœberlé en avait fait 120, avec 30 p. 100 de mortalité, — statistique admirable pour l'époque et qui s'améliora plus tard jusqu'à tomber au chiffre 4 ou 5 p. 100.

Tout cela était magnifique. Mais le plus grand mérite de Kœberlé n'est pas là! Il est dans le courage qu'il eut d'entreprendre, de propos délibéré, le traitement des fibromes utérins, devant lequel reculaient les chirurgiens du monde entier. Le 14 mars 1863, Kœberlé enlevait un fibrome de 33 kilogrammes. La malade succomba à cette opération formidable. Infatigable, entraîné vers son but par l'invincible foi dans la puissance de son art, il recommençait le 20 avril. Il enlevait un fibrome de 7 kilogrammes et dans le livre si merveilleusement documenté que Pichevin a consacré à l'œuvre de Kœberlé, nous trouvons la photographie de cette malade prise en 1912, un demi-siècle plus tard! L'extirpation délibérée des fibromes utérins, voilà surtout ce qui constitue pour Kœberlé un titre imprescriptible à l'éclat d'une gloire qui ne doit pas périr.

Ces succès élevèrent immédiatement Kœberlé au premier rang des chirurgiens auprès desquels on accourt de partout pour chercher des leçons!

A quoi donc Kœberlé devait-il ces succès admirables? Il les devait d'abord à son courage, à son invincible énergie, car pour réussir des opérations de cette envergure, il faut d'abord oser les entreprendre. Il les devait ensuite à son habileté, à son sang-froid, à ses magnifiques dons opératoires; il les devait surtout à l'intuition géniale qu'il eut dès cette époque de la propreté chirurgicale. Il ne se servait que d'eau bouillie, d'éponges admirablement nettoyées et plongées dans des liquides désinfectants, éponges qu'il remplaça plus tard par des serviettes bouillies et séchées. Il nettoyait ses instruments lui-même et les passait à la flamme d'une lampe à l'alcool. Bref il pratiquait l'asepsie, avant d'en connaître le nom. Il ne lui manquait que l'autoclave! Mais tout ce que nous savons aujourd'hui était en germe dans cet esprit lucide et qui, dans les derniers temps d'une vie qui vient à peine de finir, a pu se dire avec orgueil qu'ainsi qu'un prophète inspiré, il avait entrevu dans la nuit qui couvrait la terre l'aurore bienfaisante qui allait avant peu se lever sur le monde.

Péan avait donc réussi à Paris ce que Kœberlé avait, avant lui, réussi à Strasbourg. Il est tout naturel que les succès de Péan, qui avait montré des opérées vivantes dans ce milieu de l'Académie, où les chirurgiens les plus illustres, qui avaient passé leur temps à condamner l'opération dont ils voyaient aujourd'hui le triomphe, ne pouvaient plus que s'incliner devant les faits, aient soulevé plus d'émotion dans le monde que les opérations de Kœberlé qui, cependant, en avaient soulevé beaucoup!

Le nom de Péan montait donc lui aussi dans l'admiration des hommes, et il est compréhensible que le chirurgien de Strasbourg, qui n'était qu'un homme et qui avait conscience de sa propre valeur et de l'antériorité de ses succès, fût quelque peu froissé par l'éclat de la renommée de son émule. Et puis, vers cette époque, survint la catastrophe qui sépara Strasbourg de la Patrie française, et ébranla profondément l'âme de Kœberlé qui, pendant quelque temps, se demanda s'il n'allait pas renoncer pour toujours à cette chirurgie dont il était la gloire. Il est d'ailleurs évident que les nouvelles conditions dans lesquelles la destinée l'obligeait à vivre et à travailler étaient moins favorables à la diffusion de sa jeune renommée dans les milieux chirurgicaux français. Telle fut, sans aucun doute, la cause principale des malentendus, des discussions et des revendications parfois assez vives qui se poursui-

virent pendant plusieurs années entre ces deux hommes, qui sont à mes yeux dignes l'un et l'autre d'une égale admiration.

Ces discussions portaient sur la part que chacun avait prise à cette grande œuvre de l'hémostase qui qui a été une des causes principales des progrès de la chirurgie moderne et a reculé jusqu'à des limites insoupçonnées les possibilités de nos entreprises opératoires.

En 1865, Kœberlé avait fabriqué lui-même une pince destinée à l'hémostase. Trois ans plus tard, en 1868, Péan en fit construire une à peu près semblable. Il semble d'ailleurs certain que Kœberlé avait envoyé à Péan une de ses pinces, par un jeune médecin qui assistait souvent aux opérations de Péan et qui venait de temps en temps voir son père à Strasbourg, où il assistait à celles de Kœberlé ! Il n'y a là rien que de très ordinaire, et ne nous arrive-t-il pas à nous-mêmes d'échanger avec nos collègues et nos amis nos idées sur certains instruments nouveaux, de les faire modifier selon notre fantaisie, sans y attacher d'autre importance que celle de les adapter à notre commodité personnelle. Et ce n'est que plus tard, comme il est arrivé pour les pinces hémostatiques, lorsque les circonstances ont fait de cette découverte un des événements qui ont transformé les conditions de la chirurgie, que l'on remonte aux premiers jours et qu'on va rechercher dans le passé des mobiles cachés et des intentions secrètes, sans songer que la condition même de leur existence eût été précisément la connaissance de l'avenir.

Il est donc tout naturel que Péan, trouvant commode la pince de Kœberlé, en ait fait faire de semblables sans songer qu'un acte aussi simple pourrait entraîner quelque jour les plus graves contestations.

Cet état d'esprit était d'autant plus vraisemblable que la pince de Kœberlé n'avait en réalité rien d'original et n'était qu'une modification légère, destinée à la rendre plus solide et plus élastique, d'une pince de Charrière qui se trouvait dans les trousses à pansement, qui datait de 1851, et qui, d'après le catalogue de 1859, pouvait servir à *étreindre les vaisseaux afin d'arrêter les hémorragies pendant les opérations.* Comment cette idée du grand constructeur que fut Charrière mit-elle si longtemps à faire son chemin ? Il ne faut y voir d'autre raison que la puissance de l'habitude, et l'insurmontable difficulté qu'éprouvent tous les hommes, et les chirurgiens tout les premiers, à modifier en quelque manière ce qu'ils ont coutume de faire. Ce qu'il y avait d'original dans la pince de Charrière, ce qu'il y avait même, si l'on peut employer ce terme, de véritablement génial, c'est le mécanisme d'arrêt sur lequel repose exclusivement la possibilité de l'hémostase. C'est l'arrêt par un clou, par un crochet ou une crémaillère, comme nos pinces d'aujourd'hui, et comme les présentaient déjà les pinces de Charrière. La pince de Kœberlé était une pince à clou, qu'il appelait pince à cliquet, dans laquelle le clou et les trous destinés à le recevoir étaient taillés obliquement. Mathieu avait construit en 1864, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Pichevin, un arrêt à crochet. Péan, en 1868, avait fait faire par Guéride une pince à crémaillère, mode d'arrêt d'ailleurs supérieur aux deux autres, et qui est aujourd'hui d'usage universel ! Comment nous étonner que cet instrument de Charrière, plus ou moins modifié, fût à Strasbourg la pince de Kœberlé et à Paris la pince de Péan, parce qu'on les voyait tous les deux s'en servir quotidiennement ? Personne à ce moment ne songeait à revendiquer des titres de priorité, pour des détails dont nul ne pouvait encore mesurer l'importance — et tout le monde était de bonne foi !

Il est incontestable que Kœberlé a modifié avant Péan la pince de Charrière et qu'il s'est servi avant lui de cet admirable instrument, de ces pinces hémostatiques auxquelles il a donné ce nom en 1868, pour pratiquer ses interventions magnifiques. Il est non moins certain que, s'il s'en servait couramment pour arrêter le sang au cours des opérations, en attendant les ligatures, il lui est arrivé de temps en temps, à partir de 1865, d'en laisser à demeure, lorsque la ligature était trop difficile, et de réaliser ainsi l'hémostase définitive, et qu'il a précédé Péan dans cette voie (1).

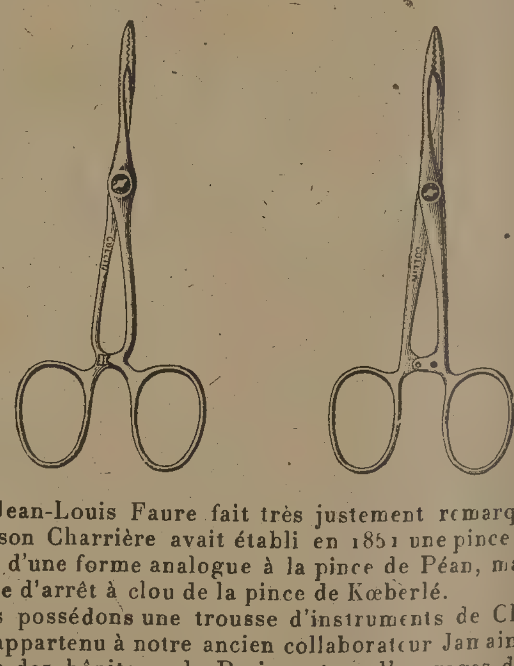
Mais il n'est pas moins certain que c'est Péan, au moment même où, dans Strasbourg arraché à la France, Kœberlé désespéré avait ralenti son action, c'est Péan, dis-je, qui, par le perfectionnement de ses pinces, dont il a fait construire des modèles innombrables par leur forme et par leur dimension, par leur emploi qu'il a généralisé, dans ce grand théâtre de son activité que fut l'hôpital Saint-Louis, où je l'ai vu bien souvent opérer et où venaient défiler les chirurgiens de tous les pays, c'est Péan, dis-je, qui a appris au monde entier les immenses bienfaits de l'hémostase, que celle-ci soit préventive, temporaire ou définitive. Et c'est ainsi qu'il a contribué plus que qui que ce soit à simplifier non seulement la technique de la grande gynécologie, mais celle de la chirurgie tout entière, en reculant jusqu'à des limites insoupçonnées les possibilités de son action. C'est là la grande œuvre de Péan. Elle est à lui et bien à lui. C'est d'ailleurs celle dont il était le plus légitimement fier.

Nous pouvons donc aujourd'hui, dans l'apaisement

---

(1) Grâce à l'amabilité de nos confrères et amis Henri et Pierre Collin, nous pouvons reproduire une planche du catalogue de 1882 de la maison Charrière-Collin.

On y voit à gauche la pince de Péan, à droite celle de Kœberlé.



M. Jean-Louis Faure fait très justement remarquer que la maison Charrière avait établi en 1851 une pince hémostatique d'une forme analogue à la pince de Péan, mais avec le mode d'arrêt à clou de la pince de Kœberlé.

Nous possédons une trousse d'instruments de Charrière ayant appartenu à notre ancien collaborateur Jamain, le chirurgien des hôpitaux de Paris, auteur d'ouvrages de petite chirurgie devenus classiques, mort en 186[illegible]. Cette trousse contient précisément la pince de Charrière.

N. D. L. R.

des passions et la vérité de l'histoire, dire que si Kœberlé a été le premier à se rendre compte du merveilleux emploi que l'on pouvait faire des pinces hémostatiques, Péan a été celui qui a ouvert à l'hémostase les champs illimités de la chirurgie universelle. Que leurs grands noms soient donc associés dans la gloire qui leur est due, car ils ont tous les deux, par leur travail et leur génie, rendu à l'humanité un de ces services que ne sauraient payer le bronze indestructible ou le marbre éternel et qui ne peut trouver sa juste récompense que dans la reconnaissance des hommes !

La guerre de 1870 avait détourné Péan de ses occupations ordinaires, et, comme il le dit lui-même, de cet entraînement qui le portait surtout du côté des opérations sur les viscères splanchniques, et plus particulièrement sur ceux de l'abdomen et du bassin. Il s'occupa presque exclusivement, comme d'ailleurs tous ses collègues, de chirurgie d'armée. Mais il en profita pour se convaincre encore davantage de la valeur de l'hémostase préventive et des avantages qu'on en pouvait tirer dans les opérations de toute nature.

Et c'est alors qu'enhardi par ses succès, ou plutôt obéissant à l'impulsion irrésistible de son merveilleux tempérament de chirurgien, il se lança d'une façon de plus en plus active dans les grandes entreprises de la chirurgie abdominale, et en particulier dans la lutte contre les fibromes.

Celle-ci était encore particulièrement grave, et nous savons aujourd'hui pourquoi, car c'est une entreprise autrement importante que d'enlever un kyste de l'ovaire, où à moins de cas particulièrement compliqués, avec adhérences intestinales, comme il y en avait d'ailleurs pas mal à cette époque où on n'opérait guère que des cas avancés, il suffit de le ponctionner pour qu'il vienne pour ainsi dire tout seul. L'extirpation d'un fibrome demande au contraire des manœuvres intrapéritonéales souvent importantes et compliquées qui favorisaient à cette époque toutes les infections. D'autre part, les facilités que donne pour les manœuvres intrapelviennes l'universel usage de la position déclive, inconnue à cette époque, n'existaient pas encore. On en était réduit à pratiquer ces opérations à pédicule externe, dans lesquelles on se bornait à enlever la plus grande partie de la tumeur utérine, en laissant la région cervicale maintenue dans la paroi par des broches et des liens élastiques destinés à l'hémostase.

Péan fut, pendant quelques années, le seul chirurgien qui, par sa réputation, sa situation morale, sa hardiesse et ses succès retentissants, fût en situation, dans ce centre universel qu'était encore Paris, malgré les terribles événements de la guerre, de se lancer dans ces grandes interventions. Mais il ne pouvait pas, sous ce rapport, devancer son temps. Même entre ses mains, l'opération demeurait sérieuse, et ce n'est qu'une trentaine d'années plus tard qu'avec l'adoption du plan incliné, la généralisation de l'asepsie et les merveilleux perfectionnements techniques de la chirurgie intrapelvienne, elle est devenue l'admirable opération que nous pratiquons aujourd'hui.

Et c'est ici que Péan donna cours à cette sorte d'intuition géniale dont il a donné tant de preuves, mais qui ne pouvait naître que chez un homme comme lui, rompu à toutes les ressources opératoires, et qui avait coutume de ne reculer devant rien.

Il avait, plus que quiconque, l'habitude de la voie vaginale. Dès 1866, il avait présenté à l'Académie une malade qu'il avait débarrassée d'un assez gros fibrome utérin. L'extraction par cette voie des fibromes plus ou moins pédiculés dans la cavité utérine n'avait rien d'original, et Amussat l'avait recommandée depuis longtemps. Mais Péan en avait une certaine pratique, et c'est sans aucun doute ce qui l'engagea à inaugurer une méthode nouvelle qui, pendant une vingtaine d'années, a permis de sauver d'innombrables malades.

Il s'était parfaitement rendu compte qu'il était absurde d'attendre pour opérer les fibromes qu'ils eussent atteint un trop gros volume et entraîné des accidents qui aggravaient singulièrement l'opération, et il pensait qu'on aurait d'autant plus de chances de les guérir qu'on les opérerait plus tôt. Pourquoi, dans ces conditions, ne pas les enlever par les voies naturelles. Car il avait ainsi l'obscur sentiment qu'on éviterait ainsi les complications péritonéales qui rendaient encore si graves les grandes interventions par la voie haute.

C'est en 1882 qu'il commença cette magnifique série d'hystérectomies vaginales, et qu'il s'entraîna peu à peu à ce morcellement des fibromes que sa hardiesse et son habileté naturelles lui permirent de porter à un haut degré de perfection. Si bien qu'il finit par enlever des tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic, en abaissant la mortalité, qui était alors d'environ 25 p. 100 dans les mains des meilleurs, jusqu'au chiffre invraisemblable de 2 p. 100. Ceux qui ne connaissaient pas Péan et qui se refusaient à aller le voir travailler, trouvèrent plus simple de contester ces chiffres admirables. Ils n'en étaient pas moins rigoureusement exacts.

C'est ainsi qu'il inaugura cette série de travaux, ou plutôt d'opérations, car ses opérations étaient ses véritables travaux, qui le conduisirent à créer de toutes pièces cette chirurgie de morcellement vaginal des fibromes, qui fut son œuvre personnelle, qui n'appartient qu'à lui, et qui suffirait à elle seule à la gloire d'un chirurgien ! La mortalité des opérations pour fibromes s'abaissa tout à coup, nous l'avons vu, dans des proportions extraordinaires et, pendant une quinzaine d'années, elle a sauvé des malades sans nombre. Elle n'avait qu'un seul défaut : la difficulté de son exécution. Aussi eut-elle, tant que dura sa fortune, de très nombreux détracteurs, d'ailleurs parfaitement sincères : c'étaient ceux qui reculaient devant elle parce que, la connaissant mal, ils se sentaient incapables de la mener à bien. Ils incriminaient l'opération, alors qu'ils n'auraient dû s'en prendre qu'à eux-mêmes. Car si l'on veut bien exécuter une opération, il faut commencer par se donner la peine de l'apprendre, et pour l'apprendre il faut aller voir opérer ceux qui la connaissent. Combien, je le demande, combien de détracteurs du morcellement vaginal des fibromes avaient été voir opérer Péan ?

L'exceptionnelle maîtrise qu'il avait acquise dans ces opérations par voie basse l'entraînèrent peu à peu à en étendre les indications. C'était l'époque où les chirurgiens, délivrés des mortelles inquiétudes qui, quelques années plus tôt, accompagnaient toutes les opérations abdominales, s'attaquaient quotidiennement à ces affections si communes, si rebelles et souvent si graves que constituent les infections si variées des annexes de l'utérus. On a même pu dire qu'ils s'y attaquaient un peu trop ! C'est possible, mais il faut faire la part de l'enthou-

siasme qui accompagnait la foi nouvelle, car les mêmes chirurgiens qui, quelques années plus tôt, voyaient succomber toutes les opérées, trouvaient admirable d'en guérir 85 p. 100 par une opération qui rendait à la santé et à la vie sociale un très grand nombre de femmes qui mouraient autrefois misérablement ou traînaient pendant des années une existence lamentable.

C'est alors que Péan, poussé par son instinct — ou par son génie — conçut l'opération qui porte légitimement son nom et qui consiste à traiter les infections ovariennes, tubaires et péri-utérines par l'hystérectomie vaginale. Dans les cas relativement bons, l'extirpation première de l'utérus permet d'enlever les annexes qu'il entraîne avec lui, et dans les cas compliqués et graves, comme il arrive souvent dans les suppurations péri-utérines, lorsque l'utérus est entouré de poches infectées constituées par les trompes et les ovaires, et baigne littéralement dans un flot de pus, l'extirpation de l'utérus permet d'ouvrir ces diverses poches, même sans enlever les organes malades. En faisant sauter, comme disait Péan lui-même, la bonde qui ferme le bassin par en bas, on obtient un drainage très large de la cavité pelvienne qui amène la guérison. Ici, comme pour les fibromes, la mortalité était tombée au chiffre minime de 2 à 3 p. 100, alors qu'à l'époque de sa communication à l'Académie, qui date de 1893, la mortalité par voie haute était voisine de 20 p. 100. Bien entendu, comme pour les fibromes, ces chiffres furent contestés. D'ailleurs la communication avait été mal comprise. Péan dont le cerveau lançait des éclairs quand il s'agissait d'une conception chirurgicale n'était, il faut bien le dire, ni un orateur brillant ni un écrivain parfaitement clair. Je viens de relire cette communication. Même aujourd'hui et pour ceux qui connaissent bien la question, elle présente quelque obscurité. Il fallut pour qu'elle obtînt le succès qu'elle méritait, que Segond, qui voulut en avoir le cœur net, eût le courage d'aller voir opérer Péan — car il fallait du courage, à cette époque, pour aller voir opérer Péan —, il fallut, dis-je, que Segond allât se rendre compte des choses pour que, grâce à sa parole éloquente et parfois magnifique, il pût faire comprendre à tous la pensée directrice qui avait inspiré Péan!

Entraînés par Segond, qui avait déjà adopté le morcellement vaginal des fibromes, et avait acquis une grande expérience de ces opérations difficiles, un grand nombre de chirurgiens suivirent l'exemple de Péan. Mais il y eut de fortes résistances et des discussions retentissantes. En réalité, l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes est une opération quelquefois très simple, quelquefois extrêmement difficile, beaucoup plus difficile que l'hystérectomie abdominale. Ceux qui ignorent ses secrets, sans d'ailleurs se rendre compte de leur ignorance, mettent sur le compte des difficultés inhérentes à l'opération ce qui ne tient, en réalité, qu'à ce qu'ils connaissent mal toutes les ressources de la technique opératoire.

Et c'est ainsi que, pendant dix ans, on batailla ferme entre vaginalistes et laparotomistes, jusqu'à ce qu'un jour, comme dans le *Cid*, le combat finît faute de combattants.

C'est qu'en effet, pendant ces dix années de travail assidu, qui s'étendent à peu près de 1890 à 1900, l'éducation de tous s'était faite, depuis le chef de service jusqu'au dernier des infirmiers, et tout le monde avait appris ce qu'était l'asepsie. Les salles d'opérations s'étaient outillées, la stérilisation était devenue parfaite, les règles définitives de la méthode aseptique s'étaient établies telles qu'elles le sont aujourd'hui, et les résultats étaient à peu près ceux qu'on obtient actuellement dans le monde entier.

La mortalité de l'hystérectomie abdominale était tombée à 5 p. 100, ou au-dessous, à peu près au même niveau que celle de l'hystérectomie vaginale! Alors, pourquoi discuter? On ne discuta plus! Tout le monde revint à l'hystérectomie abdominale, et l'opération de Péan, qui n'était plus là pour la défendre, fut abandonnée. Elle fut même presque oubliée, au moins en France, car les chirurgiens d'éducation germanique l'emploient encore beaucoup, et je n'y vois d'autre raison que celle qui, entre 1890 et 1900 entraînait un grand nombre de chirurgiens français, c'est-à-dire sa moindre gravité. Nous avons, sous ce rapport, marché plus vite que nos collègues étrangers, et cela tient, je ne crains pas de le dire, parce qu'il ne faut jamais craindre de dire la vérité, à la supériorité de la technique française qui a singulièrement simplifié les opérations, aussi bien en ce qui concerne les méthodes opératoires que dans la réduction du nombre des aides participant aux opérations. Quoi qu'il en soit, beaucoup d'internes de nos services n'ont actuellement jamais vu d'hystérectomie vaginale. Et si nous n'étions pas encore quelques chirurgiens décidés à ne pas la laisser mourir, la tradition en serait bientôt perdue! Car il ne faut pas la laisser mourir, parce qu'il est encore des femmes qu'elle e t seule à pouvoir sauver. Les femmes surinfectées, les obèses, les épuisées, les moribondes qui succomberaient infailliblement à l'épreuve d'une laparotomie, guérissent par une intervention vaginale. Voilà pourquoi cette opération ne doit pas disparaître, et pourquoi tant qu'il y aura une chirurgie utérine, l'opération de Péan conservera le nom du grand chirurgien qui l'a conçue.

Telle est l'histoire de l'opération de Péan. Ceux d'entre nous qui l'ont vécue commencent à se faire rares. Il est facile de l'établir, maintenant que les événements sont révolus et qu'il est possible de les comprendre. C'est ce que j'ai essayé de faire, comme un des derniers témoins de cette glorieuse époque de la chirurgie française, qui ont pu se rendre compte de l'évolution de la grande gynécologie opératoire.

Pendant plus de vingt ans, Péan a donc pris, en France et dans le monde entier, une part glorieuse à ce grand mouvement. C'est là, sans aucun doute, avec l'hémostase, son plus beau titre de gloire, et c'est là son œuvre durable que le temps n'effacera pas.

En 1867, il avait enlevé la rate. C'était la première fois que cette opération était pratiquée, et pratiquée avec succès. Elle n'avait pas été faite de propos délibéré, mais exécutée au cours d'une laparotomie pour kyste de l'ovaire. Rencontrant une rate énorme, il avait suivi son inspiration; ou plutôt l'irrésistible impulsion de son tempérament, et démontra ainsi victorieusement que non seulement l'ablation de la rate était possible, mais qu'elle n'était suivie d'aucun trouble particulier. Péan continuait ainsi à donner sa mesure.

* Malgré sa prédilection pour les opérations vaginales qui, je le répète, à l'époque où il en était le créateur étaient non seulement justifiés, mais supérieurs aux opérations abdominales qui n'avaient pas

encore bénéficié des miracles de l'asepsie. Péan n'en était pas moins un des grands ouvriers de la chirurgie abdominale. Il est un de ceux qui nous en ont ouvert les portes, car s'il n'a été pour rien, absolument pour rien, dans la grande révolution qui nous a donné l'antisepsie d'abord — et l'asepsie ensuite — révolution à laquelle il était d'ailleurs très sincèrement convaincu d'avoir travaillé, mais qu'il n'a fait que suivre comme il a pu, en s'adaptant aux méthodes nouvelles, comme la plupart des chirurgiens de sa génération, il n'en est pas moins vrai qu'il a apporté dans la chirurgie abdominale, comme partout ailleurs, ses magnifiques qualités d'opérateur conscient de sa force et dont les difficultés mêmes de la tâche à accomplir exaltaient les facultés créatrices, le sang-froid et la lucidité d'esprit.

Dix ans après il franchissait d'un seul bond la limite des opérations que l'on croyait possibles. Fidèle à cette idée que, dans son langage pittoresque et souvent quelque peu brutal, mais qui parfois ne manquait pas de grandeur, et qui a donné lieu à mille imitations devenues légendaires, il a sans doute prononcée — à savoir que tout cancer qui peut être enlevé doit être enlevé, il enleva un jour un cancer du pylore. C'était en 1879.

Très simplement, il sectionna, d'un côté le duodénum, de l'autre la portion pylorique de l'estomac, enleva la tumeur, et réunit l'une à l'autre les tranches de section, rétablissant ainsi la continuité du trajet gastro-duodénal.

C'était la première fois qu'un chirurgien osait s'attaquer à un cancer de l'estomac, et c'est à lui que l'on doit d'avoir démontré la possibilité de cette opération, qui connaît aujourd'hui une si haute fortune et sur laquelle s'exerce l'activité des chirurgiens du monde entier.

C'est pourquoi nous l'avons appelée en France, l'opération de Billroth.

Eh bien, je dis qu'il faut que justice soit faite! Elevons-nous donc au-dessus des petitesses et des jalousies... Un homme comme Péan ne pouvait pas ne pas avoir d'adversaires : il en avait. Les passions humaines sont de tous les temps et de tous les milieux et ceux qui voient la renommée elever chaque jour autour d'un homme, en même temps que la gloire, toutes les douceurs de la vie, qu'ils ne connaissent pas eux-mêmes, peuvent parfois sentir sourdre au fond de leur âme une certaine amertume... Péan a été attaqué, il a été combattu, et je n'entreprendrai pas de rappeler ici l'histoire de ces discussions dont le caractère purement scientifique n'était pas toujours évident. Depuis ces temps lointains, la mort a fait son œuvre! Tous dorment maintenant dans la grande paix de la tombe. Nous ne connaissons plus les adversaires d'autrefois réconciliés dans la souveraine impartialité de la mort!

Oui, nous avons appelé en France la résection du pylore, l'opération de Billroth. Or celui-ci n'a exécuté sa première opération qu'un an environ après la publication de celle de Péan, et nous avons le droit de penser que la première opération de Billroth a été directement inspirée de celle de Péan. A qui revient la responsabilité première de cette appellation frauduleuse? Je n'en sais rien! Qu'elle ait paru pour la première fois dans la littérature médicale d'au delà du Rhin, c'est possible, et cela n'est pas fait pour nous étonner. Mais qu'elle ait été acceptée en France, imprimée dans nos livres... Cela non! Que cette injustice soit due à quelque hostilité préméditée contre le nom de Péan, pour l'honneur de ceux qui l'ont commise, je ne le pense pas, et Péan est trop haut pour qu'une manœuvre semblable puisse le rabaisser. Il est plus que probable que cette erreur, si nous voulons reculer devant un mot plus sévère, n'est due qu'au fétichisme pour tout ce qui paraissait dans la littérature germanique, qui nous a empoisonnés pendant toute une génération, et auquel je m'honore de ne m'être jamais laissé entraîner.

Rendons à César ce qui appartient à César. La première résection du pylore cancéreux, faite par Péan, est l'opération de Péan. Je l'ai dit et je l'ai redit. Il y a quinze ans, en 1915, dans un article sur l'histoire de la chirurgie française dans les cinquante dernières années; je l'ai dit en 1919, dans ma leçon d'ouverture à l'hôpital Broca, je l'ai dit à la Société de chirurgie...

Péan n'en a pas besoin pour sa gloire. Ce n'est qu'un fleuron de plus ajouté à une couronne royale! Mais il faut que d'une tribune comme celle-ci jaillisse enfin la nécessaire et solennelle réparation d'une injustice qui a trop duré.

Voilà donc ce qu'était Péan et ce dont il était capable. Il transportait d'ailleurs ses qualités naturelles d'audace et de puissance dans toutes les branches de la chirurgie. Et je me souviens de ma stupéfaction, la première fois que j'allai le voir opérer à l'hôpital Saint-Louis, lorsqu'en face d'un jeune homme atteint de polype naso-pharyngien, je lui vis introduire derrière le voile du palais, dans le naso-pharynx, un instrument que lui passa Mathieu, le constructeur d'instruments de chirurgie qui l'assistait dans ses opérations, instrument que je ne connaissais pas, et qui consistait en une sorte de pince recourbée, entre les mors de laquelle glissait une scie flexible, et grâce auquel je lui vis enlever en quelques secondes un polype gros comme un œuf! Rien ne l'étonnait, rien ne l'arrêtait. Il employait toujours dans les opérations de chirurgie générale des moyens d'une extrême simplicité. Et puis, dans les grandes opérations, il se servait de cette hémostase préventive qu'il avait érigée en une véritable méthode, dont il abusait même quelque peu, et qui a été avec l'anesthésie et la lutte triomphante contre l'infection, une des trois grandes causes des progrès immenses que l'art chirurgical a accomplis dans les trente années qui ont séparé la guerre de 1870 de la fin du siècle dernier. Et c'est à juste titre qu'il considérait avec une fierté légitime cette grande œuvre de sa vie.

Et que n'eût-il pas fait, lorsqu'il était dans la force de l'âge, s'il avait pu, dans ces opérations abdominales qu'il ne craignait pas d'entreprendre, donner libre carrière à son génie! Mais, même entre ses mains, la chirurgie du péritoine était encore chose grave. Cependant les temps étaient révolus. Un vent nouveau soufflait à travers le monde!

Pendant qu'il travaillait, pendant qu'il trouvait la solution du problème en mettant au point cette admirable chirurgie de l'hystérectomie vaginale, qui suffirait à sa gloire, d'autres travaillaient aussi, qui devaient lentement édifier une œuvre immortelle! Championnière, par sa lutte opiniâtre et courageuse de tous les jours et de tous les instants, transformait les habitudes, les méthodes et les idées, et engageait la Chirurgie française dans la voie révélée par Lister, dont elle ne devait sortir que pour aller plus loin encore sur la route de la vérité, et enseigner à la Chirurgie universelle la

doctrine définitive. Car Terrier était là, dont le labeur nous a conduits aux sommets où nous sommes, à cette asepsie triomphante qui ne changera plus.

Et puisqu'il reste encore parmi nous un de ceux qui étaient avec le Maître parmi les ouvriers de la première heure, qu'il me soit permis de rendre un public et solennel hommage à notre collègue Quénu qui, lui aussi, pourra quelque jour s'endormir avec la conscience d'avoir magnifiquement travaillé pour le bien de l'Humanité et la gloire de la Patrie!

Péan ne prit aucune part personnelle à ces travaux mémorables. Il n'était pas homme à se plier aux méticuleuses nécessités des méthodes nouvelles. Il s'y adaptait tant bien que mal, comme la plupart des chirurgiens de sa génération, et ce fut là sans doute, en grande partie, la cause profonde de ses travaux magnifiques sur les opérations par voie vaginale, qui furent en réalité une de ces trouvailles lumineuses qui ne germent que dans l'esprit de ceux qui portent en eux-mêmes cette puissance créatrice, ce génie opératoire et cette sorte de divination qui vient aux grandes heures inspirer certains hommes, comme elle inspirait le jeune Bonaparte aux champs de l'Italie!

Comment donc, avant l'époque où la chirurgie devint, pour ainsi dire, possible à tout le monde, comment Péan pouvait-il obtenir les succès qu'il fut, pendant de longues années, à peu près seul à connaître à Paris? Aujourd'hui que nous savons, il est facile de nous en rendre compte. Il suffit d'avoir vu Péan faire une opération. Il suffirait presque de voir un tableau célèbre, qui le représente, avec une parfaite ressemblance et une grande vérité d'expression, au moment où, avant de commencer une opération, il raconte, comme il en avait l'habitude, l'histoire de son opérée.

Ces leçons à l'amphithéâtre, si l'on peut donner ce nom aux considérations assez primitives dans lesquelles il se lançait, n'ajouteront rien à sa gloire. Elles étaient improvisées et débitées comme au hasard, de cette voix rude et raboteuse qu'aime de temps en temps à nous rappeler le meilleur de ses élèves, notre ami Delaunay, qui garde parmi nous sa mémoire vivante, ainsi que notre vieux confrère Brochin qui, depuis soixante ans, vit dans le culte de son maître.

Péan opérait en habit. Il ne se rendait pas très bien compte, à cette époque, des nécessités inéluctables de la chirurgie moderne et il serait sans doute tenté de sourire s'il nous voyait aujourd'hui, dans nos blouses stériles, casqués et gantés comme des chevaliers d'autrefois enfermés dans leur vieille armure. Il aurait tort, car nous ne faisons aujourd'hui que ce que le devoir nous commande. Mais, il y a quarante ou cinquante ans, qui donc connaissait ce devoir? Quelques-uns l'entrevoyaient à peine, mais lui, le chirurgien triomphant, celui qui avait vaincu si souvent, alors que les autres avaient succombé, il ne comprenait pas encore. Il ne pouvait pas comprendre. Et nous, à notre tour, nous aurions tort de sourire de lui. D'aucuns ont voulu voir dans ce costume qui, même à cette époque, n'était pas le costume idéal pour une opération, une marque d'ostentation. Il serait permis de le croire, quand on l'a vu, comme beaucoup d'entre nous, roulant dans sa voiture traînée par deux chevaux, dont le cocher, connu de tout Paris, s'apercevait de loin, au large ruban d'or entourant son chapeau. Mais je suis tenté de penser que s'il opérait en habit, dans cet amphithéâtre de Saint-Louis, où l'on voyait bien peu de chirurgiens de Paris, mais où l'on rencontrait en revanche des chirurgiens du monde entier, c'est qu'il considérait ses opérations comme une sorte de sacerdoce, comme une de ces leçons solennelles qui comportent une tenue particulière, que ce soit la robe rouge ou que ce soit, précisément, l'habit noir! Et n'est-ce pas toujours pour lui une première leçon, puisque ses auditeurs, ou plutôt ses spectateurs, se renouvelaient sans cesse, et qu'il était là, lui, Péan, pour mettre sous leurs yeux, pour la première fois, ces opérations merveilleuses dont s'émouvait le monde entier!

Quel que fût le fond de sa pensée, il s'attachait autour du cou une serviette sous laquelle son plastron blanc restait immaculé. Il retroussait ses manches de quelques centimètres et, de ses mains puissantes, il maniait avec une délicatesse infinie des instruments qu'il exigeait toujours d'une propreté rigoureuse et qui semblaient sortir de chez le constructeur. Il semblait que ce chirurgien, qui ne reculait devant rien, eût horreur du sang! Il avait été le grand ouvrier de l'hémostase opératoire; il ne voulait pas voir le sang dont ses mains étaient à peine souillées. Il ne touchait pas aux opérés, il ne touchait pour ainsi dire à la plaie que par l'intermédiaire de ses instruments, et c'est à cette raison qu'il faut attribuer, sans aucun doute, ses merveilleux succès. Il opérait les kystes de l'ovaire et plus tard les fibromes, sans mettre les mains dans le ventre et sans infecter ses malades. Tel fut sans aucun doute également la raison du succès de tous ceux qui, avec lui et avant lui, les Spencer Wells, les Lawson Tait, les Atlee et les Kœberlé, réussissaient, en Europe et en Amérique, ces ovariotomies qui apparaissaient alors comme des miracles.

Cependant, l'inflexible limite d'âge était venue. Péan était encore en pleine possession de tous ses moyens. Quitter cet hôpital Saint-Louis où il avait travaillé si longtemps, où il avait vu venir, de tous les pays de la terre, des hommes désireux de voir ce chirurgien qui remplissait le monde de l'éclat de son nom, où il avait connu tant de journées de dur labeur et de juste fierté, mais où, sans doute, il avait souvent ressenti l'âpre morsure du souci, comme nous tous, quand nous sentons au fond de nous quelque faute cachée, quelque erreur peut-être fatale.

Mais il était Péan! A soixante-deux ans il se sentait encore de taille à agir et à enseigner par l'exemple. Il fit donc construire un hôpital qui porte aujourd'hui justement son nom et dans lequel, assisté de ses élèves, il continua à travailler et où j'allais de temps en temps passer une matinée qui n'était pas perdue.

On s'est étonné, à cette époque, ou plutôt certains chirurgiens, qui ne voyaient pas sans quelque satisfaction disparaître des hôpitaux où il avait tenu une si grande place ce collègue un peu encombrant, s'étonnèrent et crièrent presque au scandale en le voyant continuer son action sur un autre théâtre. Ils ne comprenaient pas que cet homme, qui ne voulait pas, qui ne pouvait pas, qui ne devait pas disparaître de la scène du monde où s'enseigne la chirurgie, rendait encore service aux malades et à l'art qu'il avait servi pendant toute son existence, en continuant à travailler.

On s'étonnerait moins aujourd'hui, où depuis cette époque nous avons vu s'élever beaucoup d'hôpitaux

privés, comme il en existe d'innombrables à l'étranger, et pour n'en citer qu'un exemple cette clinique des Frères Mayo que je viens de revoir après vingt-six ans, et qui, je ne crains pas de le dire, constitue aujourd'hui une œuvre prodigieuse.

Mais nous sommes en France, et à l'époque où il a créé son hôpital, Péan, comme en tant d'autres choses, était un précurseur. Il a donné, à cette occasion, des preuves de désintéressement, de générosité et en même temps de bon sens que peu d'hommes à cette époque étaient capables de donner.

D'ailleurs, il lui restait encore une tribune, celle de notre Compagnie, où il avait fait, dans le courant de sa carrière, tant de communications retentissantes.

Car il était des nôtres depuis quelques années, ayant été élu le 22 novembre 1887. Ce ne fut pas d'ailleurs sans quelque difficulté, et l'histoire de ses candidatures et de son élection montre bien que, s'il fut appelé parmi nous, ce n'est pas particulièrement grâce à l'aide que lui apportaient ses collègues de la section de chirurgie.

Il se présenta pour la première fois le 12 avril 1882. Mais la section de chirurgie ne crut pas devoir l'inscrire sur la liste de présentation — où il fut adjoint par l'Académie. Il obtint cependant 10 voix contre 45 à Cusco.

Nouvelle candidature du 17 juillet 1883. Cette fois-ci la section de Chirurgie n'avait pas osé passer son nom sous silence et il fut proposé en sixième ligne. Lannelongue, dont le succès était d'ailleurs pleinement justifié par des travaux qui braveront les injures du temps, fut nommé par 54 voix. Mais Péan, sixième de la liste dressée par la section, en obtenait 26. Cela prouvait que ses collègues des autres sections le connaissaient mieux, le tenaient en plus haute estime et surtout que la jalousie meurtrière n'avait pas exercé parmi eux ses honteux ravages.

Troisième tentative le 22 novembre 1887 où, présenté en troisième ligne, il passa par 47 voix contre 54 à Terrier, qui n'avait pas encore, à cette date, atteint les sommets qui ont fait de lui le créateur de l'asepsie et l'un de ces hommes, comme nous en avons vu quelques-uns parmi nous qui auront droit, dans les siècles à venir, à la reconnaissance de l'humanité.

Péan allait aussi au Congrès français de chirurgie, alors dans tout l'éclat de sa jeunesse, car il n'avait point à sa disposition la tribune de la Société de chirurgie dont les membres n'avaient pas cru devoir appeler parmi eux cet homme qui, dans le cours de son siècle, est sans doute celui qui a le mieux travaillé aux progrès de l'art chirurgical. Peut-être en a-t-il ressenti quelque secrète amertume, mais il est permis de penser qu'il trouvait en lui-même quelque motif de consolation en songeant que parmi ceux qui ne l'avaient pas cru digne de siéger à leur côté, il y en avait beaucoup qui laisseraient dans l'histoire de la chirurgie un nom moins retentissant que le sien!

Il allait donc au Congrès de chirurgie et je me souviens encore, comme si c'était d'hier, de cette séance mémorable du Congrès de 1893, que n'ont certainement oubliée aucun de ceux qui y ont assisté. Je vois encore Péan, avec sa tête puissante, son front dépouillé, ses favoris grisonnants, son nez robuste, son menton volontaire, assis parmi la foule aux premiers rangs du grand amphithéâtre de la Faculté.

Tout à coup, un jeune homme aux cheveux blonds taillés en brosse, aux yeux clairs et d'un bleu limpide, vint piquer au tableau quelques planches. Il parla sur l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes, sur cette opération de Péan qui, à cette époque, faisait tant de bruit. Il se livra avec un feu, avec une ardeur, avec une éloquence admirables à une attaque de grande allure, non pas contre l'opération de Péan, dont il défendait le principe, mais contre la technique particulière employée par Péan lui-même, à laquelle il reprochait la multiplicité des pinces laissées à demeure — en proposant de lui en substituer un autre — la sienne. Ce jeune homme, qui faisait ainsi dans la bataille un début foudroyant et qui ne craignait pas de s'attaquer à ce géant de la chirurgie qu'était Péan, ce jeune homme s'appelait Doyen.

Péan, un peu pâle, dressa sa haute taille! Sa voix grave, que j'entends toujours, se faisait plus profonde encore : « M. Doyen, dit-il en commençant, ne semble pas avoir bien compris la méthode dont je fais usage. » Et puis il se livra pendant quelques minutes à la défense de son opération et à une critique serrée de celle de Doyen. « Enfin, dit-il en terminant, j'ai la prétention de croire que les succes de notre pratique n'ont pas encore été dépassés par ceux de M. Doyen, qui a eu le bonheur de naître à une époque où il lui était vraiment trop facile de profiter de nos découvertes. »

Trente-sept ans ont passé dans le torrent des âges emportant avec eux, parmi des cataclysmes sans pareils dans l'Histoire, les trois quarts de l'Humanité vivant à cette époque! Tous deux sont morts, et combien restons-nous, parmi ceux qui furent les témoins de cette lutte passionnante entre ces deux hommes, entre ces deux colosses de la chirurgie française — et je ne crains pas de le dire, parce que j'ai vu de mes yeux travailler dans ma vie assez de chirurgiens pour être sûr de ce que j'avance — de la chirurgie universelle! dont l'un se dressait encore dans toute sa gloire et dont l'autre se révélait tout à coup comme un homme qui devait, lui aussi, connaître la gloire, et qui serait resté comme une des plus grandes figures de l'histoire de la chirurgie, s'il avait possédé ce sens de la mesure qui doit être, avec la conscience, la première de nos vertus, et si son jugement avait été à la hauteur de son génie!

Les voilà tous les deux réconciliés dans la grande paix de la mort, et de cette bataille d'un jour, qui fut un beau spectacle et qui ne sortira jamais de ma mémoire — il ne reste qu'un grand souvenir!

Péan n'était pas fait pour se voir lentement détruire par la morsure insensible des jours qui succèdent aux jours. Il ne connut pas la déchéance de la vieillesse. Comme le grand chêne de la forêt il fut abattu d'un seul coup. Il eut cependant le temps de voir venir la mort, et il la vit s'approcher d'un œil calme et d'un cœur résolu!

Pozzi, qui parla sur sa tombe, a eu le courage de dire tout haut ce que beaucoup pensaient tout bas. Il a parlé avec justice de la grandeur de son œuvre. Il a parlé avec énergie, en les appelant par leur nom des passions hostiles qui l'avaient suivi pas à pas sans altérer sa sérénité; il a parlé de la beauté de sa mort. Mais il s'est élevé plus haut! « J'affirme, dit-il, que je n'ai jamais vu de morts plus courageuses ni plus nobles que celles des médecins. » Avait-il le pressentiment qu'il nous donnerait luimême, quelque vingt ans plus tard, l'exemple d'une mort stoïque! Car lui aussi a vu venir la mort d'un œil calme et d'un cœur résolu, bien qu'il n'ait pas eu le temps de s'y préparer! Ah, je le sais, la mort

planait partout à ces heures tragiques! Elle nous était familière. Mais dans le drame de sa fin, dans ces heures d'angoisse où se jouait le sort de la Patrie nous ne pouvons que nous incliner devant la sérénité de son âme, en face de l'abîme qui s'ouvrait sous ses pas.

Un tiers de siècle, débordant à la fois de prodiges et de calamités, un tiers de siècle a passé sur la tombe où repose Péan. Le tumulte des passions s'est depuis longtemps apaisé et nous pouvons parler, dans une atmosphère où ne doit plus régner que la justice, de ce grand chirurgien. Car pour qui donc pourrions-nous réserver l'épithète de grand si nous la jugions excessive pour un homme de cette taille! Aucun des secrets de la chirurgie de son temps ne lui fut étranger, et il a taillé à grands coups de hache des routes nouvelles dans la forêt ténébreuse d'une chirurgie inconnue. On en pouvait douter il y a cinquante ans. Mais nous le savons aujourd'hui, et l'heure de la justice est venue!

L'éclat de ses premiers triomphes avait attiré sur lui, alors qu'il était jeune encore, en même temps qu'une juste renommée, tout ce que celle-ci peut apporter de satisfactions et de joies pendant les quelques années que nous pouvons passer sur cette terre, si pleine par ailleurs de tristesses, de deuils, d'espérances détruites! Il arriva donc ce qui devait arriver : l'envie secrète, la jalousie cachée et parfois même inconsciente, étendirent autour de lui l'invisible réseau de leurs calomnies. On contesta ses découvertes, et en particulier celle à laquelle il tenait le plus, la part prépondérante qu'il avait prise au développement de l'hémostase opératoire, et si certaines réclamations pouvaient paraître légitimes de la part de Kœberlé, elles ne l'étaient pas de la part de tous ceux qui prirent part à ces controverses néfastes et passionnées. On l'accusa d'être un homme d'argent — et j'ai jadis entendu raconter, non sans indignation, des histoires qui, aux jours où nous vivons, n'indigneraient personne, et peut-être même ne pourraient que faire sourire les hommes qui n'ont aucune prétention à faire étalage d'une vertu supérieure à la vertu moyenne de notre pauvre humanité! Peut-être cependant manqua-t-il quelquefois d'une juste mesure. Mais ce que l'on ne disait pas, ce que l'on tenait caché — et sur quoi il faisait lui-même le silence — c'était sa bonté pour les malheureux, c'était son inépuisable générosité, et ceux de ses élèves qui ont vécu dans son intimité et qui l'ont aimé par delà la mort, comme seuls peuvent être aimés ceux qui l'ont mérité par les qualités de leur cœur, s'accordent tous à dire qu'il ouvrait largement sa bourse à ses malades d'hôpital, qu'il leur procurait très souvent les appareils dont ils avaient besoin, et que lorsqu'il s'agissait d'opérations graves, et pour la convalescence desquelles il demeurait convaincu qu'il était nécessaire d'avoir une alimentation qu'on ne pouvait trouver à l'hôpital, il les faisait entrer, à côté de ses malades privées, chez les Sœurs Augustines de la rue de la Santé, où il payait tous les frais et subvenait à tous leurs besoins, avec une simplicité, un tact et une discrétion qui donnait plus de prix encore à sa générosité!

L'œuvre de Péan a été ce qu'il a été lui-même. Cet homme portait en lui, dès sa jeunesse, le génie de la chirurgie. Ni sa naissance, ni les premiers éléments de sa culture — ne nous a-t-il pas dit lui-même qu'il voulait être peintre! — ne semblaient le désigner pour entreprendre ces concours difficiles que nous connaissons tous, et dans lesquels, cependant, il réussit rapidement, ce qui nous montre bien que, sous sa rude écorce, se cachait un esprit solide. Mais dès qu'il put mettre en œuvre ses qualités naturelles, et donner sa mesure, il dépassa du premier coup les limites de ce qu'il était à cette époque raisonnable d'espérer. Et qu'on ne dise pas que lorsqu'il se lança dans cette entreprise terrible qu'était à cette époque une ovariotomie, il le faisait par esprit de hardiesse et de témérité, et pour attirer sur son nom l'auréole que donne le succès. Non, car s'il n'avait pas eu dans l'esprit de but plus élevé, s'il n'avait pas eu dans le sang l'ardeur brûlante du travail et la passion de cet art de la chirurgie, pour lequel il se sentait né, et qu'on ne peut bien servir que lorsqu'on l'aime avec passion, il n'aurait pas été plus loin! Mais quand on est, comme lui, monté jusqu'aux sommets, quand on a pu donner l'exemple d'un maître incomparable, quand on est, en quelques années, devenu le grand animateur de la chirurgie viscérale, quand on a été le premier à entreprendre des interventions qui suffisent aujourd'hui à la gloire de ceux qui n'ont fait que le suivre, quand on est, à plusieurs reprises, entré dans des voies nouvelles, quand on a révélé au monde des conceptions opératoires qui sont de lui, et qui ne sont que de lui, alors ceux qui ont assisté à cette ascension progressive ont le droit de dire que cet homme, que la nature avait créé pour la gloire de la chirurgie, a suivi d'un pas régulier la route magnifique tracée par son destin.

Pendant un quart de siècle, il a été le représentant le plus éclatant de la chirurgie française, et les leçons qu'il a données, pour n'être pas toujours écrites dans des livres, se sont répandues dans le monde entier, par ceux qui sont venus puiser auprès de lui des enseignements qu'il n'avait reçus de personne. Son cerveau robuste, ses mains puissantes, ont jeté par le monde des exemples et des leçons qui font aujourd'hui partie du patrimoine commun! Beaucoup de ce que font et de ce que sont les chirurgiens du monde entier vient uniquement de cet homme, qui a ouvert des voies nouvelles, et qui a élargi, d'une façon démesurée, les chemins tracés avant lui.

Il n'est peut-être pas un seul des milliers d'opérés qui sont soumis chaque jour dans le monde aux dures angoisses de la chirurgie qui ne lui doive quelque chose!

Il n'a pas été seulement — comme il le disait dans cet amphithéâtre de Saint-Louis, témoin de tant de labeur et dans lequel il a de ses mains forgé sa gloire impérissable, au cours de cette leçon d'adieux où il rappelait, avec une fierté légitime, l'œuvre de sa vie — il n'a pas été seulement un bon ouvrier! Oui, il a été un bon ouvrier, mais il a été plus encore, il a été le créateur qui montre le chemin aux ouvriers de l'avenir!

Le temps, qui détruit tant de choses, n'effacera pas l'œuvre de Péan. Ce qu'il y a de durable et parfois même d'éternel dans l'œuvre d'un homme, ce n'est pas toujours ce qui garde son nom et le préserve de l'oubli. C'est ce qui est passé dans le bien commun, et qui semble venir de la foule anonyme!

Péan est un de ces hommes qui laissent une trace profonde, et si les mystères de l'avenir voulaient que son nom même vînt quelque jour à s'effacer de la mémoire des hommes, il serait toujours là, comme

ces astres éclatants cachés derrière les nuées, mais dont les rayons obscurcis suffisent cependant encore à dissiper les ombres de la nuit!

LE TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE SANS APPAREIL PLATRÉ

Par M. LANCE.
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Depuis près de vingt ans nous avons cherché à supprimer l'appareil plâtré classique dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche et à remplacer les plâtres successifs posés à chaque changement de position par un appareil orthopédique unique se prêtant à toutes les positions possibles du membre et s'allongeant avec la croissance de l'enfant.

Nos premiers essais remontent à 1911. Nous ne décrirons pas tous les types que nous avons étudiés et qui tous présentaient le défaut de la complexité de construction, partant de la fragilité. Il était nécessaire de créer un appareil simple très robuste, car nos petits luxés, venant souvent de provinces lointaines, voyagent beaucoup. La solution a été trouvée il y a cinq ans avec le concours de notre ami G. Huc. Nous avons employé depuis lors cet appareillage chez tous nos luxés de la ville. Nous pouvons préconiser la méthode ayant maintenant l'expérience de plus de cent cas traités.

***

I. Pourquoi faut-il supprimer le plâtre? — α. AVANTAGES DU PLATRE. — Le plâtre présente trois avantages : la rapidité de la fabrication de l'appareil, la sûreté de la contention due à sa rigidité et à la précision de son adaptation, enfin et surtout son bon marché.

Le premier avantage disparaît en face d'un appareil articulé fait à l'avance et dont l'emploi constitue un gain de temps considérable lors des changements de position.

La sûreté de la contention est certes plus grande dans un plâtre que dans un appareil en cuir articulé, moins rigide ; aussi dans beaucoup de cas, surtout chez les tout petits, obèses, à tête mal emboîtée, nous mettons après la réduction un plâtre que nous remplaçons au bout d'un mois, six semaines, lorsque la solidité articulaire est déjà amorcée par l'appareil en cuir.

Le bon marché de l'appareil plâtré est si indiscutable que nous avons été obligés de conserver son emploi à l'hôpital des Enfants-Malades, ce qui nous a permis de comparer les résultats des deux appareillages.

β. INCONVÉNIENTS DU PLATRE. — Ils sont multiples. Nous envisagerons d'abord ceux inhérents à tout appareil plâtré :

La macération et la saleté de la peau sous un appareil porté par un petit enfant pendant plusieurs mois; les ulcérations et escarres possibles par pyodermites, imbibition par l'urine, plis du maillot, etc.; la fragilité et les risques de reluxation lorsque l'appareil s'est cassé; l'atrophie musculaire; la décalcification et la fragilité osseuse résultant de la stricte immobilisation prolongée, fragilité qui peut entraîner une fracture lors de la sortie d'appareil ou les exercices de mobilisation à la fin du traitement.

Enfin, le plâtre a mauvaise réputation, et le fait « d'avoir été longtemps dans le plâtre », quand elle était petite, jette un discrédit certain sur la jeune fille et peut nuire à son avenir.

A côté de ces inconvénients inhérents à tout appareillage plâtré prolongé chez le petit enfant, il y en a qui sont particuliers au traitement même de la luxation congénitale. Il nous faut ici considérer à part le traitement des enfants très jeunes et des enfants âgés.

Traitement des enfants très jeunes. — L'emploi de l'appareil plâtré nécessite de reporter le debut du traitement de la luxation au moment où l'enfant, devenu entièrement propre, n'urine plus au lit la nuit, pratiquement entre vingt-deux à vingt-six mois.

Or, il y a intérêt à traiter les luxations congénitales le plus tôt possible. C'est le gage d'une guérison intégrale. Plus le luxé est traité tard, plus il a marché; plus les déformations secondaires compromettent la qualité de la guérison.

On sait que c'est par exception que, au moment de la naissance, la luxation de la hanche est réellement constituée. Comme l'ont mis en lumière les travaux de Le Damany, dans l'immense majorité des cas, au moment de la naissance, l'aplasie régionale de la hanche se traduit par une hanche prédisposée à se luxer, une hanche luxable. C'est seulement dans les mois suivant la naissance que peu à peu la luxation se produit.

La distension capsulaire et l'usure osseuse s'exagèrent encore lors du début de la marche.

Il est donc logique de chercher à traiter la luxation de la hanche le plus tôt possible, dès le stade de la hanche luxable. A ce moment la réduction est toute faite et il suffit de maintenir le membre en abduction forcée plusieurs mois pour obtenir la guérison. C'est ce que l'on a appelé récemment la méthode de Putti (voir Putti. *Arch. ital. di chir.*, 1927, vol. XVII; *Chir. degli org. di movim.*, juillet 1929, 24 obs.; Soc. belge d'orthopédie, 27 juillet 1929, in *Arch. franco-belges de chir.*, 30e année, n° 8, p. 739; Raph. Massart. *Presse méd.*, 4 janv. 1930, n° 2, p. 28).

En réalité, le traitement des hanches luxables du nouveau-né est beaucoup plus ancien. MM. G. Huc et Pouliquen le rappelaient à la Société de pédiatrie le 21 janvier 1930 (*Bull.*, janv. 1930, p. 7) en présentant deux nourrissons soignés dans le service. C'est M. Froelich (de Nancy) qui a exposé au Congrès de chirurgie en 1911 comment on pouvait poser le diagnostic de ces cas et les traiter.

La même année, son élève Hoffmann soutenait sa thèse sur ce sujet. Récemment (*Bull. méd.*, 31 mai 1930, p. 397), M. Froelich reprenait la question. Son expérience est basée sur une vingtaine de cas.

L'an dernier, H.-O. Feiss [de Cleveland] (*Surg., gyn. and obst.*, oct. 1929, n° 4, p. 560) publie le dispositif qu'il a employé en 1910 et depuis dans quatre autres cas pour traiter les luxations à l'âge d'un an.

Par ailleurs, Ch.-H. Jaeger a rapporté en 1925 (*Orthop. section of New York Acad. of med.*, 15 mai 1925) un cas traité chez un enfant de trois mois et demi.

A Toulouse, notre ami le professeur Caubet et son

assistant le docteur Boularan, grâce à la suppression du plâtre ont pu soigner des enfants très jeunes.

Personnellement depuis la publication de M. Frœlich, nous avons traité des luxations chez des nourrissons. Nous faisons état de trois observations en 1925 (*Le Journal médical français*, t. XIV, n° 1, janv. 1925) en rapportant la technique de Frœlich. Depuis, nous en avons bien traité une dizaine de cas.

En pratique, on a rarement à traiter ces enfants très jeunes parce que les parents négligents ou mal conseillés ne font pas faire la radiographie indispensable au diagnostic à cet âge et ne nous amènent leurs enfants que vers dix-huit mois (1).

Traitement des luxations âgées. — Au fur et à mesure que le luxé avance en âge, l'emploi du plâtre présente des inconvénients nouveaux.

En effet, après la réduction, le principal facteur de la contention est la rétraction capsulaire. Celle-ci se fait très lentement chez le jeune enfant et de plus en plus vite que le sujet est âgé. Très vite après cinq, six ans, l'immobilisation stricte amène des raideurs articulaires qui menacent de se terminer par une ankylose vicieuse en position de réduction.

Or, du fait des déformations, usure secondaire des os, il y a une contention osseuse très précaire et il est parfois indispensable de laisser le meuble très longtemps en position de réduction pour obtenir une réadaptation des formes articulaires. Si on diminue tôt l'abduction, on voit la luxation se reproduire.

On est donc pris entre la nécessité de maintenir très longtemps le malade en position de réduction pour obtenir la reconstruction articulaire, et la nécessité de mobiliser rapidement pour éviter une ankylose par raideurs articulaires.

Pour tourner la difficulté, pendant longtemps chez ces malades âgés, je coupais le plâtre au pli de l'aine, le divisant en deux parties mobiles au niveau de la hanche; un système de sangles enroulées en sens inverse assurait la contention des deux moitiés, tout en laissant de légers mouvements dont l'étendue était réglée par la tension des sangles. Cette légère mobilité suffisait à empêcher l'ankylose.

M. R. Ducroquet a fait mieux, par la construction de ses appareils plâtrés à chambre libre (Congrès d'orthopédie, oct. 1925. *Arch. franco-belges de chirurgie*, déc. 1925, *Presse méd.*, 22 juin 1929. Congrès tchéco-slovaque d'orthopédie, Prague, sept. 1929), appareils plâtrés faits trop grands ou fenêtrés dans des directions déterminées, ils conservent l'attitude de réduction tout en permettant certains mouvements aux malades. Nous les avons adoptés pour l'hôpital, mais ils sont lourds, encombrants et conservent les inconvénients des plâtres; en ville, nous leur préférons nos appareils en cuir articulé.

***

Par quel appareillage remplacer le plâtre ? — Chez le tout petit, des dispositifs assez simples ont été préconisés.

M. Frœlich se contente de maintenir les cuisses le plus souvent possible écartées : « l'enfant sera mis a cheval sur le genou, à cheval sur le bras ou la hanche de la mère, à cheval sur un petit chevalet adapté à sa petite chaise, enfin les jambes écartées par un petit coussin quand l'enfant est couché. »

MM. Caubet et Boularan emploient des attelles rembourrées sur lesquelles sont fixées les cuisses de l'enfant; Putti, un coussin triangulaire recouvert d'imperméable placé entre les cuisses de l'enfant et sur lequel elles sont maintenues en abduction et rotation interne.

O. Feiss place le membre inférieur en abduction dans un appareil à tiges d'acier avec plaques d'aluminium emboîtant le bassin, les cuisses et les mollets.

Jaeger met aussi le membre en abduction dans un appareil métallique avec pelote de compression sur le grand trochanter.

Personnellement, depuis sept ou huit ans, j'emploie chez les tout petits un moyen très simple et qui m'a donné toute satisfaction. Je fais sur le pelvi-support un plâtre d'après la position que je juge la meilleure pour avoir une bonne réduction, en général 70 degrés d'abduction et 20 degrés de rotation externe. Ce plâtre est coupé en bivalve. La valve antérieure, seule utilisée, est celluloïdée ce qui la rend imperméable. L'enfant y est fixé avec des bandes de crêpe. La guérison est obtenue ainsi en six à huit mois.

Chez les enfants plus grands, ayant marché avec une hanche luxée, les lésions sont bien plus graves que dans la simple hanche luxable : la distension capsulaire, l'usure du plafond cotyloïdien, l'antéversion du col se sont progressivement exagérées. Pour obtenir une bonne reconstitution anatomique de telles hanches, comme l'a établi il y a déjà longtemps C. Ducroquet, la position de réduction en abduction et rotation externe ne suffit pas. En ne faisant qu'une seule position, on obtient des têtes qui pointent en avant, prêtes à se subluxer peu à peu dans une capsule trop grande à sa partie antérieure. La rotation interne forcée en emboîtant à fond la tête fémorale dans le cotyle, amène la rétraction des puissants ligaments antérieurs de l'articulation, conditions indispensables pour obtenir une réduction absolue et une détorsion fémorale consécutive.

Il est donc nécessaire d'utiliser un appareillage permettant le passage de la première à la dernière position. On y arrive par des plâtres successifs avec deux, trois changements d'appareils, parfois quatre ou cinq dans les cas de raideurs articulaires.

Nous préférons l'emploi d'un appareil articulé qui fait toute la durée du traitement.

Cet appareil se compose (fig. 1) de deux pièces réunies par une articulation :

1° Un corselet de cuir fendu sur la ligne médiane postérieure où une bande de cuir souple forme charnière, permettant d'ouvrir et fermer le corselet. En avant un laçage et en plus une ceinture d'acier souple fermant par un petit écrou à tête. Cette ceinture est extensible (glissière à vis réglable) pour suivre la croissance de l'enfant.

2° Un cuissard et une jambière de cuir lacés en avant, articulation au genou bloquable par un serrage de boulon.

3° Ces deux pièces sont réunies par une articulation construite absolument comme un « meccano »; c'est une série de pièces d'acier très résistant, cou-

---

(1) La statistique de l'Institut Rizzoli (de Bologne) publiée par F. MANDRUZZATO (*Chir. degli org. di mov.*, oct. 1929, p. 200), portant sur 2 482 cas, montre que le diagnostic a été posé au cours de la première année dans 60 cas (2,32 p. 100), au cours de la deuxième et troisième année dans 47,36 p. 100 des cas, soit en tout 49,68 p. 100 seulement avant trois ans.

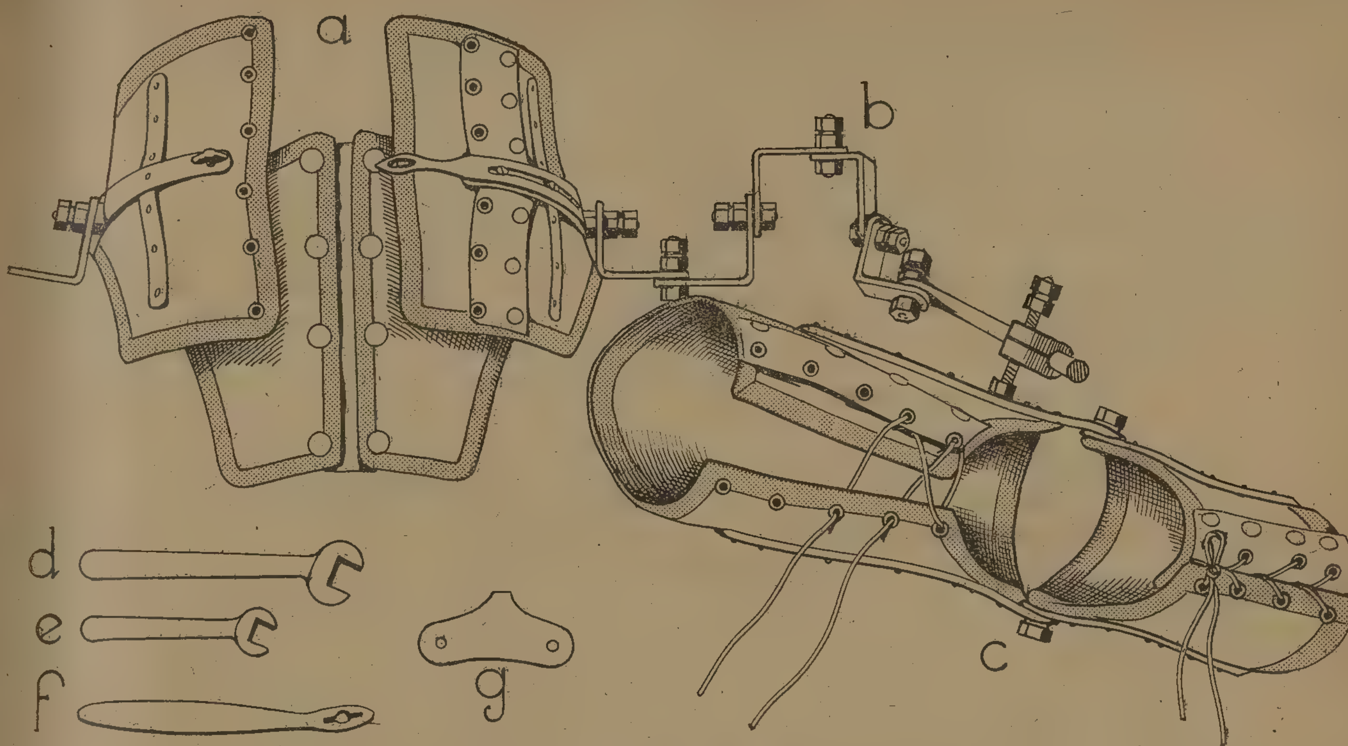


FIG. 1. — *L'appareil démonté.*
a. Corselet. — *b* La série des pièces articulées terminée du côté du cuissard par la tige à coulisse.
c. Articulation du genou. — *d, e, f, g.* Clefs et tournevis.

dées à angle droit et réunies entre elles par des pivots avec écrou, grover et contre-écrou. Les surfaces d'accolement des pièces sont guillochées. Le serrage des écrous donne une rigidité absolue. Leur desserrage donne une tige coudée mobile en tous les sens et à laquelle on peut donner toutes les formes possibles.

Les changements de position, de même que la croissance de l'enfant exigent que la distance entre le cuissard et le corselet puisse être augmentée. On l'obtient au moyen d'un tube d'acier qui prolonge la dernière pièce angulaire et qui coulisse dans une douille fendue avec serrage par boulons qui se trouve sur la partie postérieure du cuissard. Si cette tige se trouve trop courte, on peut rajouter autant de pièces angulaires de renfort qu'il est nécessaire.

Voici comment nous employons cet appareil. En principe, il doit être fait sur moulage de l'enfant. En pratique nous avons fait construire d'avance une douzaine de types d'appareils sur des moulages d'enfants de divers âges et formes. D'après les mesures de l'enfant à mettre en appareil on choisit celui qui s'en rapproche le plus et on l'adapte à sa taille. La réduction est faite. Le plus souvent l'enfant est plâtré. Puis un mois après le plâtre est fendu, l'enfant placé sur le pelvi support, immobilisé, le plâtre enlevé, l'appareil cuir installé sans aucune modification de position (fig. 2).

Par la suite, aux dates fixées, les changements de position se font en quelques minutes en desserrant les écrous, fixant le membre en attitude voulue et resserrant les écrous à fond.

Pendant le cours du traitement, tous les soins de la peau peuvent être pris puisque le pli de l'aine est à découvert et puisque chaque partie de l'appareil peut être délacée et écartée isolément. On peut même arriver à changer le maillot sans déplacer l'enfant.

Chez les enfants jeunes à partir du troisième ou quatrième mois nous faisons faire de temps en temps un peu de mobilisation de la hanche en desserrant le premier écrou fixant l'articulation au corselet. On obtient ainsi un très léger mouvement de circumduction suffisant à maintenir la mobilité articulaire. Chez les sujets âgés dès le premier mois on desserre de manière permanente les écrous entre deux pièces articulées dans un sens voulu. On évite ainsi l'enraidissement de l'articulation.



FIG. 2. — *Appareil mis sur l'enfant.*

A la fin du traitement lorsque l'enfant a été maintenu en rotation interne un temps suffisant, on enlève l'appareil un jour pour pratiquer le massage, les frictions, la mobilisation, et permettre la récupération musculaire et articulaire, mais on le remet

la nuit tout le temps que l'on juge utile pour obtenir une attitude correcte de rotation interne.

L'emploi de cet appareil très robuste et en réalité simple nous a donné toute satisfaction depuis quatre années. Les résultats sont aussi stables que dans les plâtres, les raideurs articulaires bien plus faciles à éviter, les troubles trophiques osseux avec leurs conséquences (fractures) à peu près inexistants. Tous ces avantages compensent si largement le petit effort pécunier que cet appareillage exige d'eux que nous n'avons jamais vu les familles refuser lorsque nous le leur demandions, d'en faire bénéficier leur enfant.

ACTUALITÉS

SYPHILIS PAR TRANSFUSION SANGUINE

Des discussions des anciens auteurs touchant les modes de transmission de la syphilis il était ressorti que le chancre marquait dans la quasi-universalité des cas le début clinique de la maladie, mais qu'il était pourtant des syphilis incontestablement acquises où aucune ulcération initiale ne pouvait être retrouvée. Abstraction faite des cas où la mauvaise foi, l'ignorance ou l'inattention pouvaient être incriminés, pour certains cas irréductibles on avait dû trouver d'autres explications : chancres microscopiques, lésions viscérales primitives n'étant susceptibles d'aucune vérification ne différaient guère, en pratique, du dernier mécanisme concevable : syphilis sanguine d'emblée, alias syphilis décapitée des anciens auteurs. Mais, avec le temps, cette notion s'était un peu obscurcie et l'on tendait involontairement à y voir plutôt une hypothèse qu'un fait prouvé. Dans la genèse de cet état d'esprit, il est vraisemblable que l'orientation la plus habituelle des auteurs depuis le début de l'ère bactériologique a sa part de responsabilité. Par ailleurs l'expérimentation animale a ses lacunes; elle n'en avait pas moins remplacé l'expérimentation sur l'homme qu'au milieu du XIXe siècle, Waller, Bellinger et d'autres s'étaient considérés comme en droit de pratiquer sans immoralité. Enfin la rareté en clinique humaine de semblables contagions n'engageait guère à poursuivre des recherches dans cette direction.

De temps à autre la controverse, pourtant, semblait renaître, purement théorique, d'ailleurs. Par exemple on savait qu'en 1898, Neisser avait pu contaminer des sujets sains, par injection du sérum de sujets spécifiques. Mais une partie au moins des résultats avait été obtenus sur le singe. Les faits analogues publiés par Uhlenhuth et par Multzer étaient des expériences sur le lapin et l'on n'osait conclure de l'animal à l'homme.

En 1901, Jullien avait signalé le cas de syphilis apparue sans chancre chez deux chirurgiens infectés en même temps, au cours d'une même intervention; en 1910, Bethmann avait cité une observation analogue. Mais faute d'explication toute prête on avait en quelque sorte classé deux observations rares parmi les faits d'exception qui avaient encore à prouver leur réalité tout en attendant leur explication.

Voici que par le détour de la transfusion sanguine, technique récente, le problème se trouve de nouveau posé et en même temps résolu, tout au moins dans le domaine de l'étiologie et de la pathologie théorique de la syphilis. Mais la connaissance du danger n'a pas suffi à faire trouver la voie détournée qui permettrait de l'esquiver, ni le moyen de protection sans défaillance.

*
* *

Dès les premières transfusions, les risques que par sa nature même faisait courir aux deux parties — et surtout au receveur — une telle opération avaient attiré l'attention. Les risques de lésions sanguines par incompatibilité humorale sont actuellement à peu près à coup sûr écartés puisqu'on sait déterminer les groupes sanguins. Le risque de transmission des maladies infectieuses ne nous trouve guère mieux armés qu'au début des transfusions. Maintenant, comme autrefois nous ne pouvons qu'examiner le donneur avec toute la minutie dont nous sommes capables; lorsque cet examen se combine à un interrogatoire bien conduit, le médecin est sinon absolument tranquille sur l'avenir, du moins bien placé pour voir les événements se succéder sans incidents à condition que le Wassermann se soit lui aussi montré négatif.

Il en était au moins ainsi aux temps héroïques — temps révolus — de la transfusion. Outre que les transfusions étaient rares, c'était le plus souvent un proche du malade qui s'offrait comme donneur. En plus d'une incontestable réduction statistique du risque, on bénéficiait ainsi d'une ambiance familiale et morale qui venait ajouter aux réalités de l'examen des probabilités impondérables mais pourtant non négligeables.

Ces impondérables n'ont malheureusement pas tardé à montrer combien ils l'étaient lorsque les transfusions sont devenues de pratique plus courante. D'autant plus qu'en France comme en d'autres pays, le donneur professionnel a fait son apparition. Bref, l'ère des surprises est maintenant ouverte.

*
* *

C'est en 1926 que Spillmann et Morel publient le premier cas de contamination spécifique par transfusion. En janvier 1930, à l'occasion de leur communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Aubertin et Fleury n'en relevaient dans toute la littérature médicale que neuf observations y compris la leur. Quel que puisse être le nombre des transfusions pratiquées pendant cette période, il est évident que le nombre des contaminations par ce mécanisme est proportionnellement infime. Mais la qualité des accidents importe seule ici et suffit à nécessiter une vigilance qui ne se laisse pas surprendre.

Des observations actuellement connues et que notre intention n'est pas de rapporter ici en détail, il résulte que la contagion s'opère indifféremment dans les deux sens et que, comme on pouvait le présumer, l'état général plus ou moins florissant ou atteint d'un individu n'influe en rien sur son aptitude à accueillir le virus.

Naturellement, c'est le receveur qui est l'habituelle victime et c'est l'accroissement de sa protection qu'il faut réaliser.

Spillmann et Morel ont cependant observé une interversion des rôles habituels : un incident fortuit et en lui-même insignifiant a interrompu la transfusion; il s'en est suivi par inadvertance une

lourde faute opératoire et c'est le donneur qui cette fois s'est trouvé contaminé.

Dans aucun cas on n'a pu observer le moindre phénomène anormal *in situ*. Ce trait doit être rapproché de ce qui fut observé lors de la double contamination opératoire relatée en 1901, par Jullien. Dans une certaine mesure on pouvait dans le cas de 1901 attribuer aux mesures d'antisepsie locale qui ont immédiatement suivi la contamination, l'absence d'accident primitif, il semble qu'on puisse actuellement sans trop solliciter les faits, rapprocher cette intégrité locale de celle qui est la règle dans les syphilis par transfusion sanguine. On peut aussi peut-être, comme l'ont fait autrefois les auteurs qui ont étudié la syphilis d'emblée, considérer que le chancre est un phénomène habituel et non obligatoire de la syphilis et qu'il est plutôt que l'accident initial de l'infection à proprement parler, le premier témoin local d'une infection dont on sait par ailleurs qu'en peu d'instants elle est assez diffuse déjà pour que tout traitement local abortif soit illusoire.

Après une période de latence absolue, le premier symptôme dans la syphilis par transfusion, tout comme dans les « syphilis décapitées » est l'apparition d'accidents secondaires. C'est l'éruption, plus apparente, qui est la première remarquée; elle est parfois le seul symptôme. Il n'est pas rare cependant qu'elle s'accompagne du cortège caractéristique en période secondaire : migraine à caractère particulier, accidents muqueux. Dans tous les cas jusqu'ici publiés, ces accidents sont assez typiques pour qu'une présomption de syphilis s'ensuive immédiatement que l'examen clinique et sérologique et plus tard les effets du traitement viennent confirmer. L'étude des commémoratifs, conséquence des conclusions de l'examen n'est naturellement pas ici un adjuvant au diagnostic pour la victime de la contamination. L'enquête menée auprès d'elle permet seulement des présomptions « à contre-courant » et amène à rechercher une source de virus extérieure et jusqu'alors ignorée.

C'est une enquête par élimination : élimination de toute syphilis préexistante chez le transfusé, élimination de toutes les autres causes de contamination que la transfusion sanguine, estimation enfin de la durée d'incubation qu'implique l'âge des accidents constatés.

L'ensemble de ces données rétrécit le champ d'enquête et dans les diverses observations ramène autour de la transfusion ou des transfusions pratiquées.

Abandonnant le receveur, l'enquête prend alors pour objet le donneur.

Tous les cas ne s'accompagnent pas ici d'un examen clinique positif. Certains donneurs peuvent ne présenter aucune trace d'accidents anciens ni aucun symptôme actuel (Aubertin et Fleury, Dufour, Tzanck et Worth). D'autres fois, par contre, on trouve, la syphilis du donneur étant récente des symptômes d'affection en évolution (Levy et Ginzburg) ou des antécédents suspects ou évidents (Constantinescu et Vatamanu, Spillmann et Morel) trop tard découverts. Ici, avec ou sans excuse, la clinique a été surprise. Dans d'autres cas en l'absence de toute histoire ou de tout symptôme révélateurs, seul le Wassermann témoigne de l'existence de la spécificité (Marchal). Ceci est déjà plus grave, mais ce qui est au plus haut point préoccupant, c'est l'existence de sujets contaminés sans anamnestiques, sans symptômes et en outre porteurs d'un Wassermann négatif. Le cas relaté par Dufour est à cet égard typique. Tzanck et Levy Solal ont signalé un fait analogue. Il n'en faut pas tirer la conclusion extrême que le Wassermann n'a aucune valeur pour le cas qui nous occupe. Certaines observations témoignent en sens contraire de même que les cas, certainement nombreux mais ne comportant pas publication, où la réaction de Wassermann a permis de refuser les services d'un candidat donneur.

Les conclusions de l'enquête ont leur sanction thérapeutique. A cet égard rien ne semble au point de vue symptomatique ni évolutif distinguer les syphilis par transfusion des syphilis d'autre origine. Evolution, gravité, durée, réaction au traitement n'ont aucun trait particulier. A cette restriction près que le transfusé étant nécessairement lors de l'infection un terrain fragile, l'apparition d'une syphilis peut assombrir son avenir. C'est ainsi qu'en dépit de la transfusion sinon à cause de la syphilis le malade d'Aubertin et Fleury meurt deux mois après la transfusion. Par contre en dépit de l'infection surajoutée le malade de Levy et Ginzburg grâce ou non à l'arsénobenzol voit son anémie guérir.

Quant à tenir compte pour apprécier le mécanisme de contamination de la durée d'incubation seule, il semble qu'il faille y renoncer. La réunion de tous les résultats de l'enquête n'est pas superflue pour permettre de conclure. Si, en effet dans le cas de contamination professionnelle sans chancre de Bethmann, l'incubation ne fut que de dix-neuf jours, elle fut de soixante-quinze dans le cas de Waelsch et dans la syphilis par transfusion elle varia entre trente et soixante-quinze jours avec une durée moyenne de soixante jours au moins. Rien donc là qui diffère de ce qu'on trouve dans les cas banaux. C'est dire qu'on peut à son gré choisir entre les explications proposées : le tréponème infectant directement le sang, l'incubation est abrégée; ou : les tréponèmes étant peu nombreux doivent se multiplier avant que des symptômes puissent se manifester, l'incubation est prolongée. C'est dire surtout, que la durée d'incubation ne permet en rien de présumer que la syphilis résulte d'une transfusion ni de le nier.

*
* *

Doit-on, après de tels faits parler de la carence du Wassermann et de son inutilité? Ce serait pécher contre la logique et aussi témoigner d'une documentation incomplète.

Il ne faut, tout ceci en est une preuve de plus, demander aux réactions sérologiques que ce qu'elles peuvent donner. Aussi bien que le silence symptomatique la négativité du Wassermann au cours de la syphilis et surtout d'une syphilis ancienne on le sait depuis longtemps, n'a jamais rien prouvé. Pourquoi, du reste, les pratiques de réactivation seraient-elles passées du domaine de la physiologie pathologique dans celui de la pratique? Pas plus qu'aucune autre réponse négative, la réponse négative du Wassermann et de ses dérivés, n'a jamais donné une certitude ni pour le passé, ni pour le présent, ni pour l'avenir. On n'a jamais non plus à notre connaissance accepté la garantie du Wassermann négatif pour transfuser le sang d'un ancien syphilitique connu pour tel...

Les seules notions nouvelles qu'il faille désormais retirer des faits que nous commentons sont les sui-

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques. la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

AMIDAL

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

vantes : au cours des syphilis les plus anciennes et les plus silencieuses, il peut exister des états transitoires de septicémie tréponémique; quels que soient son état clinique présent et l'etat de ses réactions sanguines, un ancien syphilitique est donc ou peut donc être virulent. Rien ne permet de reconnaître à coup sûr s'il l'est ou non, quand il l'est ou cesse de l'être.

Evidemment, les techniques de réactivation permettront à certains moments d'éliminer certains donneurs dangereux que l'on aurait cru de tout repos mais rien, en logique pure, ne permet d'assurer que certains sujets ne pourront passer à travers les mailles du filet.

Ce dont il faut donc se contenter (?) c'est de diminuer, considérablement certes, les risques en unissant clinique, interrogatoire, sérologie et réactivation.

Encore ne faut-il à aucun prix tenir pour valables des résultats anciens. Ce devrait être au moment de chaque transfusion que chaque donneur devrait à nouveau faire ses preuves : Feldmann a montré qu'un donneur avait pu transmettre la syphilis dix-neuf jours après un Wassermann négatif et un examen négatif. Le fait que les examens du dernier moment auraient montré une syphilis en évolution ne prévaut en rien contre cette exigence de la logique pure.

Il faudrait donc non seulement connaître le passé et le présent des donneurs mais pouvoir les soumettre à une surveillance continue, et surtout les donneurs professionnels dont les intérêts pécuniaires oblitèrent parfois le sens moral. Une telle ligne de conduite ne peut guère être suivie en pratique et l'on doit faire entrer en ligne de compte des présomptions de moralité par essence insuffisantes pour la sécurité absolue.

En somme, tous ces procédés peuvent servir à dépister des spécifiques ignorés et à éliminer des donneurs, ce qui est tout autre chose que d'en recruter. La multiplication des donneurs professionnels n'est pas pour diminuer le danger.

On connaît, il est vrai (Tzanck), un cas où, avant d'être dépisté du fait d'une transmission contagieuse, un ancien spécifique a pu sans dommage donner son sang à plusieurs personnes. C'est un « heureux hasard » sur lequel on fera mieux de ne pas compter.

Peut-on autre chose contre un tel danger? Nous ne voyons aucun moyen, pour notre part. Quoi qu'on puisse faire, maintenant et plus tard, le danger latent sera toujours considérable même si nos moyens se perfectionnent.

Certains médecins ont pensé qu'une arsénobenzolisation systématique du sang transfusé pourrait détruire les tréponèmes qu'il transporte. La conception est ingénieuse mais purement théorique et nous ne savons pas qu'aucune expérience indiscutable ait permis de se prononcer. Aussi demeurons-nous, à priori, parmi les méfiants très désireux de pouvoir un jour changer de camp.

Tout ceci ne peut être qu'un obstacle aux transfusions « de luxe ». Souhaitons que cela ne devienne jamais une raison de renoncer à des transfusions nécessaires.

R. LEVENT.

Traitement moderne des varices. La cure des affections variqueuses par l'emploi simultané des injections sclérosantes et des bandes gommées, par Humbert Louis. In-18 de 101 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉRAPEUTIQUE ADONIDIENNE

Par le docteur Jane Sassard,
Ancienne externe des hôpitaux de Lyon.

La connaissance des propriétés tonicardiaques de l'adonis vernalis date des travaux de Bubnow et de Cervello (1881-1882), mais sa véritable introduction en thérapeutique est liée aux travaux de Huchard, de d'Aubarède, et plus récemment, des frères Mercier. Ces auteurs, en effet, découvrirent deux produits, l'adonidoside, l'adonivernoside, de composition fixe et d'activité constante. C'est le mélange de ces deux glucosides, mélange connu sous le nom d'adoverne que nous avons eu l'occasion d'étudier. Les résultats de cette expérimentation, résultats que nous avons consignés plus longuement de par ailleurs (Th. de Lyon, 1930) n'ont fait que confirmer l'opinion classique qui situe l'adonis vernalis parmi les tonicardiaques actifs, fidèles et sûrs. Sans doute, l'intensité de cette action est-elle bien inférieure à celle de la digitale, mais, contrairement à ce dernier produit qui s'accumule et a une marge thérapeutique restreinte, l'adonis est éliminé rapidement, ne s'accumule jamais et possède, de ce fait, une très large marge de toxicité.

Nous avons employé ce produit dans un grand nombre de cas, toutes les fois en somme où, chez nos malades, se produisait un fléchissement cardiovasculaire. De l'ensemble de ces cas, ainsi que de ceux qui sont rapportés dans les thèses des docteurs Faguet et Chausset, on peut fixer à la thérapeutique adonidienne, à notre avis, les indications suivantes :

1° *Les mitraux* qu'il s'agisse de fléchissement, d'insuffisance ou des deux associés. Dans ces cas, le traitement à l'adonis vernalis soit isolé, soit associé à la cure digitalique a empêché l'apparition d'une décompensation qui s'annonçait proche et a réduit rapidement cette décompensation une fois apparue. On sait de plus que l'adonalis vernalis a une action diurétique double : action directe tout d'abord sur les éléments gladulaires du rein, action indirecte ensuite par amélioration de la circulation dans le cycle rénal. Dans la maladie mitrale, où l'insuffisance rénale constitue une redoutable complication, cette double action a été des plus utiles.

2° *Les aortiques*, eux, nous ont paru être un peu moins sensibles au traitement adonidien; dans l'une de nos observations nous avons eu un insuccès; dans l'autre, un succès temporaire. Chez les mitro-aortiques, le résultat a été meilleur et nous avons administré régulièrement l'adoverne de XXX à XL gouttes par jour comme traitement complémentaire de la cure digitalique.

3° *Les brightiques*. — Dans le cas où les phénomènes sont inversés et lorsque l'insuffisance rénale, au lieu d'être, en quelque sorte, un épiphénomène, est au contraire secondaire à la défaillance cardiaque, nous avons eu des guérisons ou des améliorations encourageantes. Deux de nos malades ont pu, malgré leur âge (soixante-douze et quatre-vingt-cinq ans), reprendre leurs occupations habituelles.

4° *L'insuffisance du cœur gauche*. — Le myocarde est très favorablement et très rapidement impressionné dans l'insuffisance ventriculaire gauche; cette amélioration est malheureusement peu durable et nous avons eu l'impression de ne pouvoir guère que retarder l'évolution inexorable vers l'insuffisance ventriculaire droite et l'asystolie.

5° Enfin, nous avons mis au traitement adonidien un certain nombre de malades atteints de *bronchite chronique avec emphysème et défaillance cardiaque*, ainsi que quelques *athéromateux*, avec ou sans myocardite surajoutée. Là encore associé ou non à la cure digitalique et à un traitement étiologique, l'adonis a justifié nos espérances particulièrement pour faire disparaître les insuffisances temporaires du myocarde qui sont si fréquentes dans ces affections.

En somme, si nous avions à résumer l'action de la thérapeutique adonidienne dans *ses seules applications médicales*,

nous pourrions dire qu'elle amène : le renforcement, le ralentissement et la régularisation du pouls; une augmentation importante de la diurèse ayant comme conséquence immédiate la disparition des œdèmes et des stases viscérales. Enfin, une action eupnéique avec ralentissement des mouvements respiratoires et disparition de la dyspnée. Action en somme singulièrement comparable à celle de la digitale avec les différences qu'en l'adonis, nous avons un tonicardiaque qui ne s'accumule pas, qui est plus maniable et qui est toujours bien toléré même par les estomacs les plus délicats. Son action est sans doute moins puissante que celle de son aînée dont elle constitue, soit le complément, soit, dans l'intervalle des traitement ou en cas d'intolérance, le remplaçant.

Nous avons utilisé encore l'adoverne comme « tonicardiaque chirurgical » et ceci pourrait paraître anormal si l'on ne songe que le chirurgien n'a à sa disposition que deux sortes de tonicardiaques vrais : les uns, d'action puissante et transitoire : caféine, éther, camphre soluble ou non; les autres, d'action plus lente du type de la digitale. Entre ces deux types de médicaments il y avait place, semble-t-il, pour un troisième dont l'action serait rapide et durable, produit d'efficacité constante et possédant enfin une large marge de toxicité. Ces qualités sont celle de l'adoverne. Aussi l'avons-nous nous-même utilisé dans les cas suivants :

1° Chez des cardiaques reconnus, soit avant une intervention, soit après une intervention, nous avons utilisé avec succès des doses variant de XX à XL gouttes par jour. Nous n'avons observé aucun incident et les malades ont pu subir allègrement l'intervention.

2° Nous avons encore utilisé l'adonis chez les *sujets sains* au point de vue cardiaque, opérés, mais présentant des complications post-opératoires. Si ces complications portaient sur le système cardiovasculaire, les doses étaient augmentées et montaient à XL gouttes et plus pro die (défaillance cardiaque, phlébites, infarctus, etc.).

3° Enfin, nous souvenant que, chez le chien, l'adonis diminue l'intensité des crises déclenchées par le camphre ou la cocaïne, agissant ainsi comme sédatif du système nerveux central, nous avons employé l'adoverne chez les anxieux, les instables, les émotifs, etc... Il est bien difficile de dire quelles ont été, dans ces cas, les parts respectives de « l'effet psychique » et de l'effet thérapeutique vrai; ce qui est sûr, c'est que ces malades ont été dans l'ensemble très améliorés et au fond n'est-ce pas là l'important?...

En somme, derrière les tonicardiaques héroïques que sont la digitale et l'ouabaïne, il y a une série de tonicardiaques de second plan dans laquelle on confondait autrefois le strophantus, le muguet, la chicorée, l'aubépine et l'adonis. Cette dernière plante mérite mieux que l'oubli relatif où elle était plongée avec ses compagnes; car la puissance et la régularité de son action en font, dans les affections du cœur, des reins et des poumons, la fidèle alliée du praticien et du malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1930)

Sur un catalyseur d'autoxydation de l'urique urique. — M. FRÈREJACQUE

Sur une nouvelle application de la d'Arsonvalisation : l'hydrodiathermothérapie. — MM. H. BORDIER et C. BOISSON. Ce nouveau traitement consiste à associer la d'Arsonvalisation à la cure hydrominérale, c'est-à-dire à faire agir la diathermie aussitôt après, ou en même temps que l'eau minérale est ingérée, quelle que soit cette eau.

Le courant de haute fréquence hâte et facilite la digestion de l'eau ingérée, il produit, en outre, une hyperémie de la muqueuse gastrique ainsi qu'une vaso-dilatation qui favorisent nettement l'action thérapeutique de l'eau ingérée.

Enfin, la diathermie a une action très nette sur les échanges intracellulaires.

Sur une maladie des bovins du Paraguay voisine de la rage paralytique. — M. ROSENBUSCH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1930)

Éloge de Péan. — M. J.-L. FAURE prononce le très bel éloge que nous sommes heureux de publier *in extenso* dans ce numéro.

Sur deux cas de septicémie à streptocoques guéris par le sérum antistreptococcique du professeur Vincent. — MM. HUBERT, GIRARD et HÉMON publient les observations de deux enfants âgés l'un et l'autre de dix ans et atteints de *septicémie à streptocoques* vérifiée par des hémocultures réitérées et positives (streptocoque hémolytique). Ces infections étaient d'une exceptionnelle gravité. Elles avaient succédé l'une et l'autre à une oto-mastoïdite à sécrétion nulle chez le premier enfant, à suppuration abondante chez le second.

La sérothérapie antistreptococcique par le sérum du professeur H. Vincent fut entreprise au vingtième jour de la maladie chez le premier enfant. Il était dans la torpeur. Sa température, irrégulière, oscillait entre les deux points extrêmes de 35°7 à 41 degrés. Le pronostic était fatal à très brève échéance. Le second malade, traité beaucoup plus tôt par le sérum, n'avait pas encore de signes cliniques apparents aussi graves, malgré la présence du streptocoque hémolytique dans son sang.

On leur a injecté le sérum à hautes doses : 100 à 120 centimètres cubes par jour, surtout dans la veine. La température est devenue et s'est maintenue normale au septième jour du traitement chez le premier enfant, au neuvième jour chez le second. On a continué les injections de sérum pendant plusieurs jours après l'apyrexie.

La quantité totale de sérum injecté a atteint 2000 centimètres cubes pour l'un des malades, 930 centimètres cubes pour l'autre.

Ces deux enfants, dont l'état avait été d'une gravité extraordinaire, ont été complètement guéris. Revus plusieurs mois après, ils étaient en parfaite santé.

A l'occasion de cette communication, M. le professeur VINCENT signale qu'il possède plusieurs observations de septicémie streptococcique bactériologiquement vérifiées par l'hémoculture, et qui ont guéri à la suite des injections du nouveau sérum. Il fera connaître ces cas à l'Académie de médecine.

Il va sans dire que la sérothérapie doit être employée seule, sans abcès de fixation ni vaccins d'aucune sorte, qui ont l'inconvénient de retarder ou même de nuire à l'action curative spécifique du sérum.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

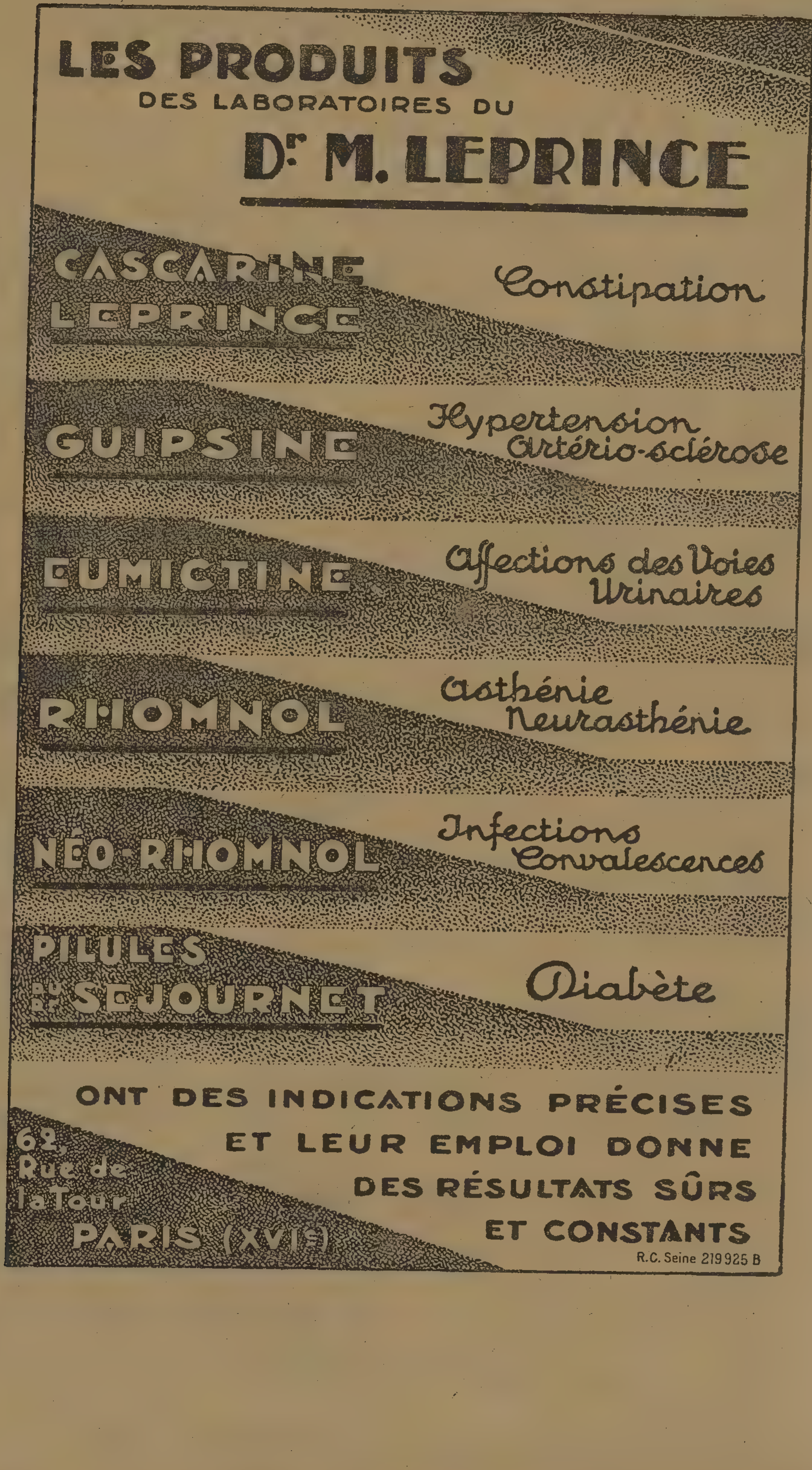
THÈSES

Mercredi 3 décembre. — Jury : MM. Terrien, président; Baudouin, Clerc et Cathala. — M. BAYLOT. La pyrétothérapie par les injections intraveineuses. — M. GIRON. Diagnostic des tumeurs médiastinales. — M. GARRIDO. Etude sur l'hémorragie des gaines du nerf optique.

Jeudi 4 décembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Lejars, Gougerot et Brocq. — Mlle VIOLET-CONIL. Etude des agents physiques en hygiène infantile. — M. HY. L'intradermo-réaction à la levurine. — M. SACUTO. Sur la fermeture des fistules.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


LES PRODUITS
DES LABORATOIRES DU
Dr M. LEPRINCE
CASCARINE LEPRINCE
Constipation
GUIPSINE
Hypertension
Artério-sclérose
EUMICTINE
Affections des Voies Urinaires
RHOMNOL
Asthénie
Neurasthénie
NÉO-RHOMNOL
Infections
Convalescences
PILULES SEJOURNET
Diabète
ONT DES INDICATIONS PRÉCISES
ET LEUR EMPLOI DONNE
DES RÉSULTATS SÛRS
ET CONSTANTS
62, Rue de la Tour
PARIS (XVIe)
R.C. Seine 219 925 B

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Séance du 27 novembre. — Question donnée: « Radiographie de l'atlas et de l'axis. »

MM. Bernard, 10; Brunet, 15; Chenilleau, 12; Mme Kaufmann, 15; MM. Nebout, 16; Piffault, 13; Santeuil, 10; Surmont, 17; Barreau, 14; Codet, 18; Corbie et Deliencourt, 10.

Classement des candidats : MM. Codet, Surmont, Nehout Brunet, Mme Kaufmann, MM. Barreau, Piffault, Chenilleau'

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 27 novembre. — Questions données : « Signes, diagnostic et traitement du coma diabétique. — Diagnostic des hémorragies utérines. »

MM. Dubois (Jean), 27; Valensi, 20; Mahon, 12; Macrez, 15; Loiseau, 19; Loisel, 23; Forge, 17; Braillon et Cavalotti, 25; Gasne, 16.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le jury est composé de MM. Mouquin, Paraf et Sénèque.

HOPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS (66, rue des Plantes). — Un concours pour huit places d'internes titulaires et huit places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 22 décembre, à l'hôpital Bon-Secours, 66, rue des Plantes.

Les étudiantes en médecine sont admises à ce concours

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques :

Une épreuve écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points.

Une épreuve orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes en fonction prennent à l'hôpital le petit déjeuner et le repas de midi; l'interne de garde seul y couche et y prend le repas du soir.

Ils reçoivent un traitement annuel de : 5.600 fr. la première année; 5.900 fr. la deuxième et 6.200 fr. la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscription, s'adresser à M. l'administrateur délégué, 66, rue des Plantes, le mardi et le vendredi, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Roger, ancien professeur de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur honoraire.

— BORDEAUX. — M. Delaunay (Henri), agrégé, professeur sans chaire près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er novembre 1930, professeur de chimie biologique et médicale à ladite Faculté (fondation d'Université) (chaire vacante : M. Denigès, dernier titulaire).

— LILLE. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er novembre 1930, à M. Lavier, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— LYON. — Le concours pour une place de chef de clinique médicale (professeur Paviot) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Marcel Levrat.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Par décision ministérielle en date du 18 novembre 1930, le médecin capitaine Blanc, du Corps de santé des troupes coloniales, a été nommé professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé

des troupes coloniales, et chargé de l'emploi d'agrégé de la chaire de clinique médicale et de pathologie exotique de cette Ecole.

— INFIRMIÈRES DES HÔPITAUX MILITAIRES. — Un concours sera ouvert le mercredi 28 janvier 1931, à 14 h., pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent). Traitement de 9.000 fr. à 16.750 fr., auquel s'ajoute une indemnité de résidence variable par place.

Pour les conditions du concours, voir le *Journal officiel* du 26 novembre 1930, p. 13091 et 13092.

MONUMENT AU PROFESSEUR ORFILA, PRÉSIDENT FONDATEUR DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Un Comité s'organise pour élever un monument au professeur Orfila, à Mahon, sa ville natale. L'Association des médecins de la Seine, étant donnée la destination strictement charitable de ses ressources, ne peut en distraire la plus minime partie pour cette souscription.

Mais elle croit devoir en donner avis à tous ses membres, afin que ceux qui voudront témoigner d'une façon effective leur admiration pour le fondateur de notre Association puissent prendre part à la souscription ouverte.

Les souscriptions pourront être envoyées à M. le docteur Genouville, 75, rue de Lille, Paris.

EN SOUVENIR DE PAUL LECÈNE. — Les amis et les élèves du professeur Paul Lecène, désireux de perpétuer son souvenir, ont décidé de placer son effigie en médaillon à l'hôpital Saint-Louis où se sont écoulées les plus brillantes années de son activité chirurgicale.

Le Comité est composé de M. le professeur Hartmann, président; MM. Aubertin, Blondel, H. Bourgeois, Chauvel, de Gaudart d'Allaines, Couvelaire, Dubouchet, Fix-Masseau, Juéry, Lenormant, Leriche, Mondor, Morax, Moulonguet-Doléris, Okinczyc, Mlle S. Pommay, MM. Renon, Vaquez.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Tout souscripteur d'une somme de 100 fr. ou au-dessus recevra une médaille de Paul Lecène.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coudray (de Nogent-le-Rotrou), Paul Michel (de Bruxelles), Gros (de Maringues), Girard (de Mens), Louis Loisel (de Nemours), H. Cocard (du Plessis-Grammoire), Edmond Blum (de Paris), Doillon (de Vesoul), Capony (de Roanne), Louis Depierre (de Saint-Quentin).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

Le docteur Cibrie, secrétaire général de la confédération des Syndicats médicaux français vient d'adresser la protestation suivante à la presse :

« La Fédération nationale de la mutualité a adopté la résolution suivante :

. . . .

Constate également que la loi a servi de prétexte aux syndicats de praticiens pour élever abusivement leurs tarifs à la faveur de conventions-types, incomplètes et dangereuses faisant ainsi courir le plus grand risque à l'équilibre financier prévu et voulu par le législateur et imposant des charges considérables au budget familial de l'assuré;

Demande que la liberté soit rendue aux caisses de rechercher localement les meilleures conditions de prix pour l'attribution des prestations en nature »;

. . . .

J'ai l'honneur, comme secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français, de représenter officiellement les syndicats de praticiens visés dans ce communiqué, et c'est à ce titre que je demande l'insertion de la réponse suivante :

« L'augmentation des honoraires des médecins s'est faite d'une façon très générale en raison de l'augmentation du coût de la vie et nullement en raison spéciale de la mise en vigueur des assurances sociales. Nous possédons à notre siège social, la liste très complète des « tarifs syndicaux minima » appliqués dans tous les départements *depuis plusieurs années,* il nous est donc facile de relever cette erreur — manifestement voulue.

On s'aperçoit — comme il était fatal — que la loi d'assurances, en ce qui concerne les prestations maladie, ne pourra tenir les promesses imprudemment faites; et il paraît facile, sinon élégant, de rejeter la responsabilité de cette imprévoyance sur... le Corps médical. Le procédé est un peu grossier, et pour peu que soient encore répandues par un organisme aussi important que la mutualité, des calomnies de ce genre, nous saurons y répondre. Nous saurons dire aux assurés sociaux quel genre de *médecine régimentaire démarquée* on veut leur appliquer dans un but d'économie. Et nous leur demanderons : « Est-ce bien cela qu'on vous avait promis moyennant versement de votre part de salaires? »

Nous avons d'autant plus lieu d'être surpris de cette offensive injuste de la mutualité française que son président, M. G. Petit, nous avait donné à diverses reprises, oralement et par écrit, des assurances tout autres.

En réalité, on a fait, moyennant cotisations de 4 p. 100 ouvriers-patrons, des promesses qu'on ne peut pas tenir. Au lieu de l'avouer simplement et de relever le chiffre des cotisations ou de trouver tout autre procédé possible, une campagne se dessine pour rejeter sur le Corps médical l'échec éventuel de la loi sur ce point. Nous veillerons à ce que les intéressés ne soient pas dupes de cette manœuvre.

Nous avons accepté de collaborer loyalement, mais nous n'accepterons en aucun cas de voir la médecine se fonctionnariser. Ce serait une double erreur professionnelle et sociale, à laquelle de toutes nos forces nous sommes décidés à nous opposer.

Dr P. CIBRIE,
secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français.

RENSEIGNEMENTS

JOLIE VILLA idéale pour repos ou convalescence, à Beaulieu-sur-Mer. — Ecrire Monier, 6, jardin d'Alsace-Lorraine, à Nice.

R. C., 18.000, Seine.

DES EFFETS DE LA RÉSECTION D'UNE DES ARTÈRES THYROIDIENNES INFÉRIEURES SUR LA CALCÉMIE ET LA SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE DANS UN CAS DE POLYARTHRITE ANKYLOSANTE

Par le professeur René LERICHE et Adolphe JUNG
(de Strasbourg).

C'est une chirurgie encore difficile que celle qui cherche actuellement à traiter certaines maladies osseuses par des opérations parathyroïdiennes. Toutes sortes d'obstacles spirituels sont accumulés devant elle. Elle s'adresse à des maladies rares, dans lesquelles la morphologie des lésions osseuses et articulaires accapare toute l'attention, dont l'évolution toujours lente, se fait habituellement par brusques poussées sans cause, et toujours avec de longues rémissions qui n'ont aucun motif visible. On a peine à croire que des lésions aussi « matérielles », aussi « grossières » que celles de la maladie de Recklinghausen ou de la polyarthrite ankylosante puissent relever d'une simple viciation glandulaire. Et nous ne sommes pas entraînés à penser qu'une variation de la calcémie puisse être un test suffisant, à lui seul, pour fixer une origine parathyroïdienne.

D'autre part, les faits sont encore peu nombreux qui montrent l'efficacité réelle de la parathyroïdectomie. Il y a, comme toujours dans les questions neuves, des observations contradictoires. Bref, on comprend les hésitations.

Cependant il est certain que les variations de la calcémie sont un signe sûr de troubles parathyroïdiens, et il est aussi certain que la parathyroïdectomie abaisse le taux du calcium sanguin chez l'homme comme chez les animaux, alors que l'injection d'extrait parathyroïdien le relève.

C'est sur ces notions positives que reposent les essais déjà tentés de parathyroïdectomie dans certaines maladies osseuses.

Ces essais se sont adressés à deux sortes de cas :

Dans un premier groupe, il y avait un adénome parathyroïdien, dont l'ablation a eu un heureux effet sur l'évolution de la maladie, maladie de Recklinghausen ou ostéomalacie. Les exemples s'en sont multipliés depuis la première observation de Mandl. M. Mouzon (1), dans une récente revue de la *Presse médicale*, a dit tout ce qu'il fallait dire à ce sujet. Nous n'y revenons pas. De récentes observations n'ont fait que confirmer les premiers enseignements.

Dans un second groupe, il n'y avait pas de tumeur, pas d'hypertrophie apparente et histologiquement, les parathyroïdes ont été trouvées normales.

On comprend aisément que devant un cas du premier type un chirurgien puisse actuellement se décider aisément, puisqu'il sent une petite tumeur dans la région thyroïdienne, puisqu'il a à enlever quelque chose de matériellement pathologique, alors que devant un cas du second type, il faut avoir la foi physiologique pour marcher sur une donnée aussi lointaine des préoccupations chirurgicales que la calcémie. Aller enlever une parathyroïde normale grosse comme une tête d'épingle chez un malade qui a des ankyloses multiples, tout simplement parce qu'expérimentalement la parathyroïdectomie abaisse la calcémie, cela paraît une gageure. Les objections sont trop faciles, et évidemment chacun pense tout d'abord que l'ankylose étant une lésion irréductible définitive, même si les parathyroïdes y sont pour quelque chose, il est certainement trop tard.

Cependant, si l'on songe au triste sort des malheureux spondylosiques dont les lésions osseuses sont pendant longtemps très douloureuses (même quand la soudure paraît déjà faite) et se généralisent méthodiquement, on est tenté d'essayer suivant l'indication qui en a été donnée récemment par Oppel de stabiliser la maladie, de fixer son évolution, et de la rendre indolore.

En effet, se basant sur la notion de l'hypercalcémie habituelle chez les malades atteints d'arthrites ankylosantes, Oppel a pratiqué un nombre assez important de parathyroïdectomies chez des polyankylosés. Les résultats immédiats en ont été généralement bons : la plupart des opérés ont eu des améliorations subjectives réelles et des améliorations fonctionnelles très objectives au niveau des articulations non encore soudées.

A longue échéance, tous les résultats n'ont pas tenu. Mais il y a eu un lot assez important d'améliorations notables (1).

Nous ne donnons pas les chiffres matérialisant ces résultats pour deux raisons : 1° parce qu'on en trouvera dans la revue de Mouzon déjà citée ; 2° parce que dans des questions aussi difficiles et aussi récentes, les chiffres ne signifient rien, et les statistiques pas grand'chose : tout pourcentage est fatalement mensonger, étant donné la complexité du problème.

L'important est qu'il se dégage des faits rapportés par Oppel et par son élève Ssamarin, une valeur d'orientation.

C'est ce qui nous a engagés à essayer.

Dès le début, nous avons rencontré une première difficulté.

Convaincus que l'hypercalcémie est le seul test actuel de l'hyperfonctionnement parathyroïdien, nous n'avons voulu intervenir que dans les cas de polyarthrite avec hypercalcémie. Or, toutes les polyarthrites spontanées, nous voulons dire manifestement infectieuses, ne s'accompagnent pas d'hypercalcémie. Il en était ainsi dans les premiers cas que nous avons vus. En fait, sur 13 cas de polyarthrites ankylosantes, généralement avec ankylose rachidienne, que nous avons observés en dix-huit mois, trois fois seulement il y avait hypercalcémie. Nous disons une fois pour toutes que nos dosages ont tous été faits par l'un de nous, avec la méthode de Hirth, longue et minutieuse, peu employée dans les labo-

(1) Mouzon. La parathyroïdectomie va-t-elle devenir une opération chirurgicale, *Presse méd.*, 15 mai 1929, n° 39, p. 637.

(1) Ssamarin. Einseitige Parathyroidektomie als operative Behandlungsmethode der ankylosirenden Polyarthritis, *Arch. f. klin. Chir.*, déc. 1928.

toires cliniques du fait de ses difficultés techniques, mais la plus sûre de toutes. Avec elle, le chiffre normal de la calcémie est de 0g093 par litre de sérum, et l'on admet une marge de variations normales allant de 0g085 à 0g1.

Tous les chiffres qui sont en dehors de ceux-là peuvent être considérés comme l'effet de variations pathologiques.

Donc toutes les maladies ankylosantes généralisées ne s'accompagnent pas d'hypercalcémie. On irait certainement au devant d'échecs si on se décidait à intervenir sur le seul diagnostic clinique, sans examen valable du sang, et nous pensons qu'il faut être très rigoureux sur ce point, dans l'état actuel des choses.

D'autre part, il est fort possible que chez ces malades, l'hypercalcémie ne soit pas constante. Il se peut qu'elle n'existe que lors des poussées articulaires. Il ne serait pas impossible qu'il y ait des hypocalcémies dans les stades de repos de la maladie.

On conçoit que dans ces conditions, l'indication opératoire soit difficile à poser, et que l'avenir a tout à nous apprendre à ce sujet.

Nous avons eu la patience d'attendre un cas avec hypercalcémie nette. Et voici le résultat que nous avons obtenu.

Observation I. — Il s'agissait d'un homme de quarante ans, souffrant de douleurs articulaires violentes, et atteint d'ankyloses multiples.

La maladie avait débuté à la colonne douze ans auparavant et peu à peu le rachis s'était complètement ankylosé en rectitude; seuls persistaient de très légers mouvements de rotation et de flexion de la tête. Au niveau des autres articulations (genoux, poignets, cou de pied, une hanche), le processus ankylosant n'était en évolution que depuis deux ans, et peu à peu la mobilité avait disparu presque partout; à l'exploration, on trouvait suivant les endroits soit une grande raideur articulaire, soit une ankylose complète. Il y avait, en outre, une hypotonie musculaire prononcée.

A noter que six mois auparavant, le malade avait été reséqué du genou gauche comme atteint de tuberculose, dans un hôpital de Paris.

A ce syndrome, nous n'avons pu trouver aucune étiologie vraisemblable. La radiographie montrait au niveau de la colonne (dorsale surtout) de grosses productions osseuses fusionnant les corps vertébraux. Au niveau des poignets, des cous de pied; les interlignes étaient presque disparus, et les bords osseux étaient flous. Les os étaient décalcifiés, et les jointures des articulations étaient chargées de néoproductions osseuses.

La calcémie était de 0g127 et de 0g116 à deux examens successifs, au lieu de 0g093, chiffre normal, donc forte hypercalcémie. Dans ces conditions, le malade souffrant beaucoup, restant comme une momie dans son lit sans faire un mouvement depuis des mois, ne pouvant ni manger, ni se soulever, ni faire sa toilette, nous avons essayé le 30 octobre 1929 de faire une parathyroïdectomie. Le corps thyroïde étant découvert, nous basculons chaque lobe l'un après l'autre, cherchant la parathyroïde inférieure contre la trachée, près du récurrent, un peu au-dessus ou au-dessous de l'émission des branches de la thyroïdienne. A gauche, nous isolons ainsi une petite masse qui nous paraît pouvoir être la parathyroïde inférieure et nous l'enlevons. Même opération à droite.

Dès le soir, malade très soulagé. Le lendemain, il nous dit n'avoir plus aucune douleur. Il se soulève dans son lit, se tourne, s'assied, fléchit le genou droit, mobilise ses avant-bras et ses poignets, et crie au miracle. Il y a quatre mois, en effet, qu'il n'a pas pu faire un mouvement.

Au bout de quarante-huit heures, il se lève seul, sans aide, se met debout, et fait quelques pas sans souffrir. La rougeur et la tuméfaction des articulations ont disparu.

Le lendemain de l'intervention, la calcémie est tombée à 0g082 et se maintient quatre semaines plus tard à 0g090.

L'examen histologique montre que du côté gauche, la soi-disant parathyroïde est un petit bloc graisseux, mais à droite il s'agit bien de la glande et sa structure est normale.

Le malade nous quitte au bout de quatre semaines, un peu moins bien qu'au début, mais encore très amélioré. Entre temps, on a corrigé par ostéotomie cunéiforme l'ankylose du genou réséqué qui est en fort varus et gêne la marche.

Six mois plus tard, le malade est revu. Il nous dit que les douleurs ont reparu lentement et progressivement six semaines après la parathyroïdectomie et ont eu au bout de quelque temps la même modalité qu'avant : peu de douleurs spontanées au repos, mais vives douleurs au moindre essai de mobilisation.

Puis, progressivement, son état s'est aggravé, et nous le trouvons en juin dans un état assez lamentable : complètement ankylosé (fonctionnellement) de partout, sauf des épaules et des coudes; partout les téguments sont rouges et chauds. Les douleurs sont intenses. On est obligé de recourir à la morphine.

La calcémie est à ce moment de 0g1 et de 0g095, donc presque normale.

Nous essayons alors d'un traitement parathyroïdien (injections intramusculaires) qui, à notre grande surprise, le soulagent pour plusieurs heures à chaque piqûre.

Ce résultat est évidemment un peu décevant, puisque la grande amélioration du début n'a pas tenu et on ne manquera pas d'en tirer parti pour dire que la parathyroïdectomie est inutile, sinon dangereuse, qu'elle ne donne rien et ne peut rien donner.

Ces objections *a priori* n'ont aucune valeur, et personnellement nous ne nous y arrêterons pas un instant.

La maladie était de si vieille date qu'on ne saurait s'étonner d'un résultat insuffisant.

Un fait reste acquis pour nous : pendant cinq à six semaines, notre malade a été littéralement transformé, et parallèlement sa calcémie est redevenue normale. Le résultat n'a pas tenu. Mais savons-nous si nous avons fait exactement ce qu'il fallait faire? Il y a souvent mais non toujours quatre parathyroïdes (1), nous en avons enlevé une. Etait-ce celle qu'il fallait atteindre? Etait-ce assez? N'était-ce pas trop?

Au stade du pur empirisme où en est cette question, ce sont les notions positives qui doivent être retenues; les notions négatives ne doivent servir qu'à nous faire mieux réfléchir aux données du problème. Le fait positif dans le cas particulier était le suivant : transformation immédiate de l'état du malade après une parathyroïdectomie unilatérale inférieure, et abaissement instantané du taux du calcium sanguin.

(1) M. Cunéo, chez le fœtus, n'a jamais trouvé trace des parathyroïdes internes. Cependant son élève Lorin figure 4 parathyroïdes chez l'adulte comme type normal.

Peut-on crier à l'échec d'une méthode nouvelle parce que douze ans après le début de la maladie, elle n'a pas donné plus de six semaines de résultat thérapeutique? Nous pensons que non, et disons tout au contraire que puisque la parathyroïdectomie est ainsi agissante, c'est au début de la maladie qu'il faut l'employer et non à son stade ultime. Nous demeurions donc décidés à l'essayer à nouveau dès que l'occasion s'en présenterait.

Mais dans cette tentative, un fait nous avait frappés : *l'extrême difficulté d'identification des parathyroïdes.*

Cette difficulté est bien connue. Tous les physiologistes ont attiré l'attention sur elle. Mac Callum en particulier a écrit que sur 64 opérations chez l'animal, le fragment enlevé ne contenait la parathyroïde que 20 fois.

Rogers et Fergusson, sur 253 pièces enlevées sur le chien ou le cheval comme parathyroïde, n'ont trouvé à l'examen histologique du tissu parathyroïdien que 91 fois.

Aussi Oppel, pour avoir la quasi-certitude d'extirper les deux parathyroïdes du même côté, dans ses essais chirurgicaux avait-il renoncé d'emblée à faire une parathyroïdectomie isolée, et dans les 55 opérations faites par lui de 1926 à 1928, s'était-il décidé à faire systématiquement une lobectomie thyroïdienne extracapsulaire.

Or même par ce procédé, il n'était pas arrivé à une constante d'ablation. Sur 31 examens histologiques faits par Ssamarin sur les pièces d'opérations d'Oppel, 10 fois il n'y avait pas trace de tissu parathyroïdien, 19 fois il n'y avait qu'une parathyroïde, et 2 fois seulement il trouva deux glandes du même côté.

Confiants dans nos habitudes d'opération très anatomique, nous basant sur les excellentes descriptions données par Lorin dans le *Journal de chirurgie* en 1921, après des dissections faites dans le laboratoire de M. Cunéo, nous avions cherché les parathyroïdes là où elles devaient se trouver. On l'a vu ! nous n'en avions enlevé qu'une, et non deux.

A quelque temps de là, nous eûmes à opérer une jeune fille atteinte de troubles vaso-moteurs intenses des quatre membres, avec hypercalcémie. Au lieu de faire des sympathectomies multiples, nous décidâmes d'essayer chez elle une parathyroïdectomie.

L'intervention fut faite d'abord à droite. Nous découvrîmes l'artère thyroïdienne inférieure, le récurrent, isolâmes une petite masse rougeâtre qui paraissait être une parathyroïde. Elle fut enlevée. Résultat nul. Histologiquement, il s'agissait d'une petite thyroïde aberrante prétrachéale.

Quelques semaines plus tard, nous décidâmes cette jeune fille à semblable intervention du côté opposé. Découverte méthodique. Identification soigneuse d'une petite masse rougeâtre en bonne place. Ablation. Résultat nul. Examen histologique : tissu graisseux et thyroïdien.

Nous étions un peu dépités, lorsque le 19 juin 1930 entra à la clinique un malade de vingt et un ans, chez lequel depuis cinq mois était apparue une polyarthrite ankylosante en flexion, du type Bechterew.

Il n'avait jamais été malade, lorsqu'il ressentit assez brusquement, sans cause apparente, des douleurs irradiant de la région lombaire à la cuisse et au genou. Le genou se mit en légère flexion sur la cuisse. La marche devint impossible. Peu à peu, la colonne fut immobilisée, puis la cuisse gauche se mit en flexion sur le bassin, et la jambe gauche sur la cuisse. Le syndrome, sans la moindre rémission, s'aggrava régulièrement, et quand nous vîmes le malade, il ne pouvait pour ainsi dire plus marcher. Il était complètement raide, avec le genou et la cuisse gauches en flexion, souffrant au moindre essai de mobilisation, au niveau du rachis, au niveau du membre inférieur gauche, et depuis peu au niveau de l'épaule gauche. L'articulation scapulo-humérale est si douloureuse, si bloquée, que le malade ne peut ni se laver, ni se coiffer de la main gauche. La radiographie montrait au niveau de toutes les articulations atteintes des interlignes effacés, pincés et flous, avec des ostéophytes péri-articulaires et de la décalcification.

A deux examens successifs, la calcémie était de 0g011 par litre de sérum.

Dans ces conditions, le 5 juillet : intervention. Découverte de l'artère thyroïdienne inférieure droite et du récurrent. Nous cherchons la parathyroïde inférieure, et isolons une petite masse rouge appendue à une branche de l'artère. Elle est complètement indépendante de la capsule thyroïdienne. Nous l'enlevons, mais pour plus de sûreté, coupons l'artère entre deux ligatures au ras de ses branches, afin d'avoir au moins un effet d'ischémie si la glande enlevée n'est pas parathyroïdienne. On peut en effet considérer comme anatomiquement démontré que la circulation parathyroïdienne est du type terminal, et qu'il n'y a pas d'anastomoses visibles avec la circulation de la thyroïde ou de l'œsophage. L'artère propre à chaque parathyroïde inférieure et supérieure du même côté naissant chacune d'un rameau de la thyroïde inférieure, la section de cette artère entre deux ligatures dont l'une au ras de la naissance des branches, affecte certainement la circulation des deux glandes.

Etant donné ces notions classiques, nous avions pensé à la suite de nos échecs antérieurs d'ablation, que la section artérielle entre deux ligatures pourrait peut-être suffire à diminuer la sécrétion parathyroïdienne, et nous étions décidés à essayer de cette intervention minima.

Bien nous en prit : le fragment enlevé n'était histologiquement pas parathyroïdien, mais thyroïdien.

Malgré cela, dès le soir, transformation complète dans l'état du malade : il peut se redresser dans son lit, sans souffrir de la colonne. Il peut lever le bras gauche, il peut se passer la main sur la figure, ce qui était jusqu'alors impossible.

Dès le lendemain, le malade se lève. Il peut marcher bien plus aisément. La demi-flexion du genou et de la hanche a un peu cédé. La raideur de la colonne est évidemment restée inchangée, mais le rachis n'est plus douloureux.

En somme, disparition complète des douleurs et amélioration fonctionnelle partout où il n'y a pas soudure complète. Et cet état persiste les jours suivants. Parallèlement, la calcémie, au lendemain de l'opération, était tombée à 0g090. Au début de novembre, donc quatre mois après l'intervention, l'amélioration obtenue persiste intégralement, et la calcémie est à 0g078.

* * *

Cette observation nous paraît très importante à beaucoup de points de vue :

1° Elle établit que la simple section entre deux ligatures de l'artère thyroïdienne mérite d'être étudiée en tant qu'opération à visée parathyroïdienne, et qu'il y aurait lieu de voir si elle ne pourrait pas être substituée à la parathyroïdectomie toujours délicate.

Dans notre cas, elle a fait tomber la calcémie de 0g11 à 0g090, puis à 0g078, donc à un niveau assez bas, et parallèlement tout ce qui pouvait être modifié dans l'état du malade l'a été.

Physiologiquement et thérapeutiquement, elle a donc été suffisante (1).

Si ce fait était confirmé, s'il en était ainsi habituellement expérimentalement et cliniquement, il y aurait lieu de systématiser l'emploi de la ligature, et ce serait une grande simplification.

En tout cas, nous donnons le conseil à ceux qui essaieraient d'enlever une parathyroïde de toujours couper entre deux ligatures la thyroïdienne inférieure, à titre de sécurité.

2° Ce fait montre l'efficacité durable des opérations parathyroïdiennes (car la ligature en est physiologiquement une) dans la polyarthrite ankylosante. Chez notre malade, tout ce qui était susceptible anatomiquement de rétrocéder a disparu, douleurs et troubles fonctionnels. Et au bout de quatre mois cette grande amélioration persistait.

Nous en concluons que l'on aurait vraisemblablement un effet thérapeutique complet si l'on intervenait précocement, avant l'installation des soudures vertébrales et articulaires.

Etant donné la rapidité d'évolution de ces ankyloses, puisque chez notre malade cinq mois après le début, la colonne était soudée, qu'une hanche, un genou, une épaule étaient très diminués fonctionnellement, il faudrait presque parler d'intervention d'urgence. La polyarthrite ankylosante et plus spécialement la spondylose sont des manifestations bruyantes, n'exposant pas à l'erreur. Le seul diagnostic à faire est un diagnostic étiologique. La calcémie n'étant pas modifiée, ni dans la blennorragie, ni dans la tuberculose, ni dans le rhumatisme chronique, l'examen du sang peut permettre de conclure rapidement à l'origine parathyroïdienne. Aussitôt l'hypercalcémie mise en évidence, l'intervention devrait avoir lieu.

Evidemment cette manière de voir trouble nos habitudes de penser et va bousculer les saintes attitudes contemplatives de la médecine. Mais ne peut-on pas penser qu'il est monstrueux d'attendre, les bras croisés, quand il y a une possibilité d'action thérapeutique, devant une maladie qui fait d'un homme jeune un polyankylosé pour la vie?

Il serait vraiment magnifique de pouvoir supprimer de semblables infirmités par une simple ligature de l'artère thyroïdienne inférieure.

C'est ce qui fait l'énorme intérêt de la chirurgie parathyroïdienne.

(1) Cela permet de comprendre ce fait paradoxal en apparence, que chez trois malades de Oppel la calcémie avait baissé, alors que l'examen histologique avait montré l'absence de parathyroïde sur la pièce de lobectomie après ligature.

XII° RÉUNION ANNUELLE
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 10 octobre 1930 (1).

Communications.

Anomalies vertébrales. — M. MARIQUE (Bruxelles) a observé deux enfants, israélites polonais frère et sœur, présentant des anomalies vertébrales multiples sur toute la hauteur de la colonne (vertèbres en coin, pièces supplémentaires, variations numériques) et échappant à toute description. Aucun signe clinique en dehors d'un certain tassement du thorax.

Pincements vertébraux liés à des contractures réflexes. — MM. LEFORT et INGELRANS (Lille). Il s'agit de trois malades souffrant de la région lombaire. Chez les deux premiers le pincement siégeait du côté non douloureux et s'accompagnait d'une sacralisation. L'intervention donna une guérison complète.

« Nucleus pulposus » dans l'épiphysite vertébrale. — MM. CALVÉ et GALLAND (Berck) montrent d'intéressants documents radiographiques et anatomopathologiques prouvant le rôle important de « nucleus pulposus » dans l'épiphysite vertébrale.

Dans 27 cas étudiés, 24 malades étaient porteurs de cyphoses ou d'insuffisances vertébrales douloureuses. Parmi ces sujets il y en avaient 18 qui présentaient des hernies pures du nucleus, 3 porteurs d'épiphysites pures et 6 qui associaient les deux lésions. Pour ces auteurs, hernie nucléaire et épiphysite seraient deux manifestations d'une même maladie à des périodes évolutives différentes.

Ankylose bilatérale des hanches. — M. MAUCLAIRE (Paris). Ankylose en abduction et rotation interne des deux hanches chez une malade traitée treize ans auparavant par une luxation congénitale et laissée depuis cette époque en première position de Lorenz.

Note sur le rachitisme tardif. — M. POUZET (Lyon) a observé sept malades, filles de huit à treize ans présentant sur tout le squelette des manifestations de rachitisme tardif sans avoir présenté de rachitisme dans la première enfance.

Cliniquement et radiologiquement les altérations portaient sur le cartilage de conjugaison et étaient exactement superposables à celles du rachitisme vrai.

L'évolution fut plus ou moins longue, de quelques mois à quelques années suivant les sujets, mais la recalcification se fit dans des conditions satisfaisantes. Il persiste habituellement un peu de genu valgum et une taille réduite. La patho-

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 95, p. 1687.

génie de ces accidents relève de l'insuffisance thyroïdienne, de la carence alimentaire ou plus rarement de l'hérédo-syphilis.

Maux de Pott guéris. — M. CAPELLE (Font-Romeu). Il s'agit de quatre malades, traités en altitude par l'héliothérapie et l'extension continue, guéris dans d'excellentes conditions sans gibbosité. La durée de l'immobilisation fut d'environ quinze mois.

Traitement du pied bot varus équin congénital osseux à quatre ans. — M. Lucien MICHEL (Lyon) applique depuis plus de trois ans, dans le service de M. Nové-Josserand, une nouvelle méthode de traitement des pieds bots âgés. L'auteur expose la technique et les résultats de ce traitement.

A partir de quatre ans, la technique consiste à faire :

1° *Une arthrodèse sous-astragalienne,* qui à cet âge est susceptible de donner une ankylose;

2° A remplacer l'arthrodèse médio-tarsienne (qui ne donne d'ankylose suffisante qu'à partir de sept ou huit ans) par un *évidement à ciel ouvert* portant sur les noyaux osseux de la tête astragalienne, de la grande apophyse du calcaneum et du cuboïde. L'évidement à ciel ouvert est précis, permet de réduire le volume des os de la colonne externe du pied; il laisse intact le scaphoïde, cet os continuant son développement normal constitue sur la colonne interne une lutte efficace contre la récidive.

Spondylolisthésis sacro-lombaire. — M. H. ROCHER (Bordeaux). Observation cliniquement et radiographiquement typique d'un spondylolisthésis chez un jeune homme de treize ans. A cette lésion s'associe une scoliose lombo-dorsale avec gibbosité. Le début des accidents douloureux remonte à trois ans, et ceux-ci furent accrus par le surmenage. Après essai d'un corset orthopédique l'auteur pratiquera une ostéosynthèse par greffon en cas d'insuccès.

M. SORREL ne croit pas au succès du traitement par appareillage, il préconise la greffe rachidienne.

M. GOURDON au contraire, est partisan de l'extension continue prolongée; pour lui l'intervention ou le corset ne doivent être appliqués que sur une colonne redressée.

G. HUC.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1930)

Essai de traitement de l'urticaire, de l'œdème de Quincke et de l'eczéma par l'extrait splénique de porc. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Pierre BLAMOUTIER, dans des cas d'urticaire, d'œdème de Quincke et d'eczéma rebelles ont essayé les injections d'extrait concentré de rate de porc. Dans 10 cas d'urticaire récidivante avec ou sans œdème de Quincke, ils ont obtenu 6 guérisons, 2 résultats incomplets ou passagers, 2 échecs. Sur 5 cas d'eczéma chronique, 2 guérisons et 3 améliorations rapides.

Quelques complications pulmonaires au cours et au décours de la fièvre typhoïde. — MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU ont pu observer des complications pulmonaires diverses au cours et au décours de la fièvre typhoïde : œdème aigu, congestion pulmonaire à bacilles d'Eberth et à pneumocoques, congestion à la fois infectieuse (pneumocoques) et cardiaque, spléno-pneumonies à bacille d'Eberth. Ils insistent sur la nécessité de rechercher les bacilles d'Eberth dans les crachats. Si le bacille d'Eberth est seul en cause, la vaccinothérapie ou l'immuno-transfusion conviendront aux cas graves; aux injections pneumococciques, on peut opposer la sérothérapie; si l'infection relève d'une double cause infectieuse et cardiaque, on recourra à la sérothérapie et aux toni-cardiaques.

Injection transpariétale du lipiodol pour l'étude du drainage pulmonaire. — MM. AMEUILLE et DARBOIS préconisent l'injection transpariétale de lipiodol dans les cavernes pour établir la distinction entre une image cavitaire et une image pseudo-cavitaire, seul procédé capable de démontrer comment s'évacuent les cavernes et de quelles façons leurs produits d'expulsion donnent des embolies bronchiques.

Forme polythrombosante de la méningococcie suraiguë. — MM. Jean TROISIER et Yves BOQUIEN signalent une forme de méningococcie suraiguë caractérisée au point de vue clinique par un état septicémique avec syndrome méningé très discret et au point de vue anatomique par des hémorragies viscérales provoquées par des thromboses multiples. La ponction lombaire permet le diagnostic en montrant la présence d'un méningocoque.

Disparition des calcifications péri-articulaires dans un cas de péri-arthrite chronique scapulo-humérale bilatérale. — MM. J. WEISSENBACH et F. FRANÇON.

Ostéite diffuse et protéiforme, d'origine probablement syphilitique. — MM. H. DUFOUR, COTTENOT, REYT et Mlle RIOM.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1930)

Eléphantiasis. — M. CADENAT a observé une malade atteinte d'éléphantiasis du membre inférieur et qui avait présenté une adénopathie vraisemblablement bacillaire traitée par radiothérapie.

M. DUJARIER a opéré trois cents fois les ganglions de l'aine sans voir d'éléphantiasis consécutif.

Tuberculose coxo-fémorale et ostéochondrite. — Evolution grave d'arthrite de la hanche. — M. OMBRÉDANNE rapporte ces deux travaux; le premier de M. Rottenstein (de Marseille), le second de M. R. Massart, résume les observations de ces deux auteurs et montre les radiographies correspondantes. En somme, une hanche a paru présenter des lésions de coxa plana, et ultérieurement a présenté une coxalgie type. M. Ombrédanne estime qu'il peut s'agir au début d'une coxalgie atypique; qu'il peut s'agir d'une ostéochondrite secondairement tuberculisée, ou plus vraisemblablement encore que la coxa plana n'est qu'un syndrome pouvant relever de causes diverses, dont fait partie la tuberculose. Donc le pronostic de l'ostéochondrite, qui normalement est une maladie cyclique évoluant vers la guérison, doit comporter néanmoins certaines réserves.

Chondro-sarcome ostéoïde de l'humérus avec ostéite éburnante. — M. MOUCHET fait un rapport sur cette observation de M. Moutier (de Nantes) : c'est surtout l'éburnation de l'humérus qui caractérise radiologiquement ce cas. Amputation.

Anévrisme de l'artère utérine. — M. AUVRAY rapporte cette observation de M. Morice (de Caen). Chez une malade se plaignant de douleurs abdominales après une hystérectomie subtotale on découvre une masse juxta-utérine très douloureuse. Intervention. Extirpation d'un anévrisme de l'artère utérine vraisemblablement. Guérison.

M. GOSSET a observé un cas d'anévrisme spontané de

l'artère utérine, très adhérent à l'uretère, et qu'il n'a pu traiter que par ligature avec guérison suffisante.

Spina bifida — M. Leveuf rapporte deux observations de M. Brugeas. Il s'agit dans les deux cas de sujets opérés à l'âge adulte. Dans le second cas il existait une fente osseuse, mais la lésion était en réalité un kyste dermoïde. Une déhiscence radiologique n'est pas un signe certain de lésion médullaire ou méningée.

Spina bifida avec lipome. — M. Leveuf, dans deux cas, a trouvé un lipome qui formait la masse principale de la tumeur et qui recouvrait un spina bifida. C'est seulement au niveau de l'insertion médullaire qu'on relève l'existence de tissu fibreux et musculaire. Ces trois tissus se retrouvent aux examens microscopiques des types normaux. Il s'agit dans ces deux cas de spina bifida occulta. Les accidents primitifs sont dus à des lésions médullaires. Des lésions secondaires peuvent apparaître vers la puberté et attirer l'attention. Plutôt que d'admettre une compression par la tumeur, M. Leveuf admet que l'étirement de la moelle qui croît moins vite que le canal rachidien est la cause des lésions. Pour éviter l'apparition des troubles secondaires il faut opérer de bonne heure et libérer l'adhérence de la moelle.

M. Cadenat estime qu'une fissure rachidienne est toujours un spina bifida.

M. Cunéo estime que les tumeurs de la région sacrée peuvent être accompagnées de lésions consécutives à une évolution anormale du neuropose, qu'il s'agisse de relations de cause à effet ou de coexistence. Il existe des cas de bifidité médullaire et des altérations considérables de la moelle.

M. Ombrédanne constate très fréquemment chez l'enfant des déhiscences radiographiques de la Ire sacrée. Souvent il existe des troubles en même temps. A l'intervention l'arc existe anatomiquement, mais il est cartilagineux, et les deux branches latérales des arcs vertébraux sont surbaissées et peuvent vraisemblablement comprimer la moelle.

M. Sorrel a constaté aussi des rachischisis radiologiques alors que l'arc était macroscopiquement complet.

M. Mouchet appuie MM. Ombrédanne et Sorrel.

M. Leveuf estime qu'il peut exister dans les spina bifida des lésions ascendantes de la moelle.

Dangers de l'anesthésie au protoxyde d'azote. — M. Heitz-Boyer a observé quatre morts. Les accidents ont éclaté chaque fois deux heures après l'intervention et résultent de troubles circulatoires en apparence mécaniques. Il existe une réaction sérieuse de quelques heures après anesthésie au protoxyde. Cet anesthésique a donc des indications et des contre-indications chez les sujets âgés et en mauvaises conditions cardio-vasculaires. Par contre, il a permis à l'auteur d'endormir cinquante-quatre fois sans accident le même enfant pour des pansements très douloureux.

M. Cunéo estime que ces morts ne peuvent pas être attribuées de façon absolument évidente à l'anesthésique employé.

M. Duval estime que M. Heitz-Boyer n'apporte pas d'arguments évidents.

M. Ombrédanne estime que les arguments de M. Heitz-Boyer, qui déclare que le protoxyde est le meilleur anesthésique chez l'enfant, ne semblent pas démonstratifs.

M. Heitz-Boyer rappelle des exemples de troubles et de mort par phénomènes mécaniques. Il estime qu'on n'apporte pas non plus d'arguments contre ses conclusions et demande quelles sont les autres explications possibles des accidents rapportés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (1)

Doctorat d'Etat. — 10. Adam. — Contribution à l'étude du traitement des fractures du plateau tibial.

82. Angirany. — Le rôle de la radiologie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

113. Appaix. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs rares du cerveau. (Tumeur des plexus choroïdes.)

34. Appercé. — Un sourd de génie : Beethoven.

73. Aroud. — Contribution à l'étude des rapports entre la fièvre typhoïde et la puerpéralité.

1. Aymès. — De la méthode de M. Oudard dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule.

17. Barbé. — A propos de l'étiologie des hémorragies intracraniennes mortelles chez le nouveau-né.

76. Bard. — La ligature de l'arcade de Riolan est-elle dangereuse? Etude anatomo-clinique.

127. Barral. — Contribution à l'étude des insuffisances aortiques à éclipses.

49. Bélicha. — Résultats éloignés de la cure de l'hydrocèle vaginale par la méthode du retournement (méthode de Jaboulay).

80. Bellier. — Un des promoteurs de la médecine légale française : François-Emmanuel Fodéré (1764-1835). Sa vie et son œuvre.

19. Bergeret. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate et de leurs ruptures.

77. Bernard. — L'ionophorèse dentaire. Etude théorique, expérimentale et clinique de la pénétration des ions dans les tissus dentaires.

85. Bertrand. — A propos d'un cas de pneumoconiose compliquée de gangrène pulmonaire. (Discussion nosologique.)

3. Blan. — Les pachyméningites dorsales essentielles.

41. Blanc. — Valeur séméiologique de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

15. Blondel. — Contribution à l'étude des intoxications par l'hydrogène arsénié dans l'industrie (trois observations nouvelles). Accident du travail ou maladie professionnelle.

69. Bonini. — De la mort inopinée dans l'eczéma de la première enfance.

93. Borie. — De quelques complications nerveuses de la rougeole.

107. Bosonnet. — L'abaissement des bras par tractions sur le tronc. (Méthode de Deventer.)

75. Bourdon. — Etude de la triméthyl-dioxyquinoxypurine (oxyquinothéine).

105. Bouysset. — Les gangrènes diabétiques des membres et leur traitement.

48. Brunet. — Contribution à l'étude physio-clinique du phénomène de la roue dentée.

88. Caillot. — La conservation parcellaire de l'ovaire.

128. Caix. — A propos d'un cas de rupture traumatique du duodénum.

46. Capdevielle. — Phosphorides cutanées. (Contribution expérimentale à l'étude de cette affection.)

2. Chambon. — Contribution à l'étude des disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne avec diastasis sacro-iliaque.

68. Chapuis. — Etude de quatorze observations d'hémorragies secondaires tardives du postpartum.

24. Charle. — Contribution à l'étude des lésions mycosiques viscérales. Expérimentation.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier n° 71, p. 1267; Lille, n° 73, p. 1299; Strasbourg, n° 74, p. 1316; Bordeaux, n° 80, p. 1413.

92. CHEVALLIER. — Contribution à l'étude de la saturnothérapie à la période terminale des affections cancéreuses.

114. CLAPIER. — Lymphangiome kystique pararénal.

120. COLLET (Mme), née Bartholomey. — La tuberculose dans les asiles d'aliénés.

45. COLOMB. — Etude par la méthode de la micro-incinération de la teneur en matières minérales fixes du placenta humain aux différents âges.

35. CONTE. — Contribution à l'étude du mécanisme de la compression du paquet vasculo-nerveux du cours de la pendaison.

54. CORAZZINI. — De l'état du chlore sanguin dans les néphrites avec rétention chlorée.

37. CROSLEBAILLY. — Etude de la mortalité maternelle au cours ou à la suite de l'accouchement pendant une période de onze ans dans les services obstétricaux de l'hôpital de la Charité.

98. DALIBERT. — Traitement de l'insomnie chez les aliénés par l'allylisopropylacétylcarbamide.

12. DAVID. — Les lésions endonasales au cours du trachome.

121. DELAMARRE. — Contribution à l'étude de la stérilisation des anormaux.

78. DENIS. — Un repère précieux au cours de l'évidement pétro-mastoïdien. La saillie du canal semi-circulaire externe.

118. DENISE. — Le déclanchement du travail au voisinage du terme par le groupement pilocarpine hypophyse. (Couple excitateur.)

22. DICKSON. — Le redressement des courbures rachitiques graves des jambes par les ostéotomies segmentaires multiples du tibia.

108. DUBOIS (Mme), née Guillemin. — La péricardite tuberculeuse du vieillard à forme primitive.

117. DUMAS (Mlle). — Les gros enfants. Etude obstétricale. Pronostic immédiat.

13. FALCONNET. — Essai d'histoire médicale sur les épidémies de peste en Franche-Comté.

111. FENESTRAZ (Mlle). — Rapports de la chorée de Sydenham avec l'hérédo-syphilis.

87. FOUSSERET. — La cataracte provoquée par l'électricité.

103. FUMEY (Mlle). — Etude clinique et thérapeutique des tumeurs malignes de la glande parotide.

83. FUSELIER. — Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux.

74. GABRIELLE. — Les glandes surrénales. Considérations anatomo-physiologiques et chirurgicales.

14. GACHET. — Des récidives locales du nævocarcinome mélanique de la conjonctive.

29. GARAUD. — Des accidents oculaires provoqués par la quinine.

59. GARCIN. — Des éléments de pronostic chez les tuberculeux pulmonaires traités par le pneumothorax artificiel.

79. GARNIER. — A propos d'un cas d'invagination intestinale chronique chez l'adulte.

42. GOUDAL. — Les troubles mentaux dans la sclérose en plaques.

26. GOUYRAND. — Le traumatisme facteur de diabète en médecine légale.

31. GRANDPIERRE. — Contribution à l'étude expérimentale des eaux de La Bourboule. (Organotropie viscérale, toxicité, action sur les échanges nutritifs.)

70. GUICHAOUA. — Contribution à l'étude de l'endocardite ulcéro-végétante dans l'enfance.

7. GUINCHARD. — Contribution à l'étude du fibrome de la paroi abdominale.

72. GUIRAUD. — Les résultats éloignés de la phrénicectomie (d'après 120 observations).

32. GUYONNET. — Influence du vol en avion aux grandes altitudes sur les échanges respiratoires.

96. HEITZ. — Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la tuberculose intestinale.

50. HERVÉ. — Comment s'impose cliniquement le diagnostic de cancer du corps de l'utérus.

64. HUBERT. — Contribution à l'étude de la flore des eaux minérales. Recherches sur la radio-activité des algues et sulfuraires (Néris, Dax, Luchon, Aix-les-Bains).

125. HUTIN. — Traitement du trachome par la diathermo-coagulation.

20. IZAC (Gabriel). — Contributions à l'étude de l'endocardite mitrale à forme hypertensive.

90. IZAC (Louis). — Pyrétothérapie de la paralysie générale. Etude psychologique des modifications du fonds mental.

47. JUHAN. — L'incoordination tensionnelle dans le tabes.

25. JUZAUD. — La tuberculose osseuse juxta-articulaire du genou chez l'enfant.

51. KLIPFFEL. — L'hypertrophie cardiaque et les états d'hypotension.

23. KYISZOWSKI. — Sur quelques cas d'ostéochondrite disséquante.

99. LACOTE. — Les néphrites chroniques azotémiques sans hypertension.

91. LAUSSEURE. — De l'angiomatose de la rétine.

112. LELOUTRE. — Considérations sur un cas d'utérus double diagnostiqué et opéré à la puberté.

30. LEROY. — Etude expérimentale de l'action des eaux minérales alcalines (bicarbonatées sodiques et bicarbonatées calciques) sur l'estomac du chien.

60. LEVET (I.). — Formes pseudo-chirurgicales de la syphilis du foie.

101. LEVET (P.). — L'hémothorax récidivant au cours du pneumothorax artificiel. Contribution à l'étude des pleurésies hémorragiques.

123. LÉVY. — La radiographie du canal optique. Sa valeur diagnostique particulièrement dans les fractures du canal.

110. MALESPINE (Mme), née Cathelin. — Anaphylaxie par voie sous-cutanée : le phénomène d'Arthus.

67. MARCELLI. — Quatorze observations d'infections puerpérales à allure épidémique.

84. MARMEY. — La fièvre récurrente marocaine.

39. MARTY. — Sur l'heure de la rupture des membranes.

86. MATHIEU. — L'endémie typhique dans le monde et en France de 1900 à 1928.

81. MICHILOTTE. — De la diathermie dans les lésions néoformatrices de la face et ses résultats esthétiques.

95. MILEFF. — Contribution à l'étude anatomique et fonctionnelle du nerf dentaire inférieur.

43. MONFORT. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de la thrombose artérielle.

28. MOULINIÉ. — De l'amblyopie par le sulfure de carbone.

52. MOUROT. — Le syndrome d'involution tensionnelle.

27. NADAUD. — A propos de quatre cas d'ostéomalacie traumatique de Kienböck. La semi-lunarite.

16. NIZARD. — Contribution à l'étude des dents des tuberculeux pulmonaires. Considérations cliniques, expérimentales et thérapeutiques.

57. NOLEN. — Les étapes anatomiques de la syphilis broncho-pulmonaire dans l'enfance.

6. PAGET. — De la correction du diastasis tibio-péronier dans les fractures de la région malléolaire.

36. PARIS. — Contribution à l'étude médico-légale de l'automatisme psychiqne et du somnambulisme d'origine alcoolique.

104. PASQUIER. — Etude critique des procédés de drainage après cholédocotomie. A propos d'une technique de drainage transvésiculaire de la voie biliaire principale.

58. PAUPARD. — Sur la syphilis hépatique de la deuxième enfance.

38. PELLETEUR. — Rapport entre les épidémies de grippes et le taux de la mortalité chez les accouchées.

115. PERRET. — De l'exploration chirurgicale pré-opéra-

toire du triangle de Scarpa dans les gangrènes du pied par artérite oblitérante.

65. Piétri. — Rétention chlorée et troubles psychiques.

11. Poix. — Contribution à l'étude des hémorragies gastriques graves survenant dans les suites opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés.

94. Ponson. — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des irido-choroïdites méningococciques.

102. Rabain. — Syphilis et tétanie.

61. Ratte. — L'évolution des ostéopathies syphilitiques des os longs dans le cours de la première enfance.

53. Raymond. — Les méningo-néphrites.

8. Ristorcelli. — Contribution à l'étude du traitement du lupus érythémateux par les sels de bismuth.

100. Riton. — A propos d'un cas de périnéphrite tuberculeuse sans lésions rénales apparentes. Contribution à l'étude des périnéphrites tuberculeuses.

44. Roque. — Sur trois cas d'ictus laryngés improprement appelés « ictus laryngés des bronchitiques ». Syphilis et ictus laryngés.

62. Roure. — La syphilis congénitale du squelette dans la première enfance en dehors des os longs.

63. Roux. — La syphilis du squelette chez le fœtus.

89. Saddier. — L'héliothérapie à Briançon. Statistique et résultats éloignés.

126. Sassard (Mme), née Bertrand. — Essai sur les propriétés et les modes d'application de l'adonis vernalis.

66. Savy. — Des omphalorragies graves tardives chez le nouveau-né.

9. Serres. — Contribution à l'étude clinique, étiologique et histo-pathologique de l'adéno-cancer du foie avec cirrhose.

18. Soleil. — Introduction électrolytique d'ions anesthésiques.

4. Soulignac. — Contribution à l'étude des ictères de la gestation.

124. Sourd. — A propos de l'épithélioma du col restant après hystérectomie.

21. Talfumier. — Un nouveau cas d'ostéoporose à la suite d'une fistule biliaire persistante.

56. Tatin. — Essai médico-psychologique sur Lamartine.

71. Tauveron. — Contribution à l'étude des abcès du poumon.

119. Thilly. — A propos des indications de l'oléothorax.

33. Tonnel. — Contribution à l'étude de la chordotomie.

109. Treppoz. — Contribution à l'étude des images annulaires du poumon.

122. Urtinette (Mlle). — Recherches sur le critérium bactériologique de contamination des eaux potables.

55. Vaillant. — Début monoplégique des formes chroniques d'encéphalite épidémique.

106. Valin. — Le rôle du « terrain » dans l'asthme bronchique.

97. Vergne. — L'avenir immédiat et le développement des jumeaux dans les premiers jours de la vie. (Statistique de la clinique obstétricale de Lyon.)

116. Vernaud. — Contribution à l'étude du traitement des fractures du calcanéum.

5. Viala. — Les hernies de diverticules de la vessie.

40. Wasmer (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement de la chorée de Sydenham.

Doctorat d'Université. — 297. Babovitch. — De la cholécystectomie sous-séreuse sans ligature du tronc de l'artère cystique dans les cholécystites aiguës suppurées.

292. Crontiris. — La trépanation du corps calleux.

290. Djagos. — Le tatouage de la cornée. Le tatouage par l'injection colorante intracornéenne.

288. EUGÉNIS. — Les manifestations cérébro-médullaires de l'adénie éosinophilique prurigène. (Maladie de Paltauf-Sternberg.)

296. KRAUTHAMMER. — L'indoxylémie dans les néphrites.

294. LAM-NGOG-BAY. — Contribution à l'étude des grands prolapsus des anus iliaques gauches avec leur complication d'étranglement.

295. LUO YI-CHUEN. — Contribution à l'étude des réactions néoplasiques provoquées par les douves du foie, principalement par « fasciola hepatica ».

289. MOUROUNAKIS. — Sur une forme clinique du pied tabétique limitée au gros orteil et à son métatarsien. L'endomégapied.

291. SCOURAS. — Essai médico-psychologique sur Charles Baudelaire.

293. TSAI SHIH-CHUN. — Incidents ou accidents consécutifs aux injections de lipiodol employées comme moyen de diagnostic des tumeurs intrarachidiennes.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

Évolution. — C'est une forme très grave : douleur et tuméfaction articulaires sont tenaces pendant plusieurs jours, puis si le malade n'est pas précocement et convenablement traité, l'évolution se fait vers la *destruction* de l'articulation qui, en même temps *s'ankylose*, l'impotence fonctionnelle devenant complète.

5° **Forme suppurée.** — Très rare, elle peut revêtir deux apparences :

Tantôt, celle d'une *arthrite suppurée*, avec rougeur, douleurs pulsatiles, fièvre élevée.

Tantôt, celle d'une hydarthrose, et le diagnostic n'est fait que par l'examen histologique.

L'examen du pus articulaire y décèle la présence de *gonocoques nombreux*.

Il faut faire une arthrotomie d'urgence. Sinon, le malade est immédiatement exposé à la *gonococcémie* qui peut être mortelle en quelques jours; et plus tardivement, à de très graves séquelles locales avec destruction de l'articulation, ankylose en mauvaise position.

6° **Formes de l'enfant.** — Chez l'enfant, toutes les formes de l'adulte que nous venons de décrire, peuvent être observées. En dehors de la forme suppurée qui est d'autant plus souvent mortelle que l'enfant est plus jeune, le pronostic est généralement meilleur que chez l'adulte en raison de la rareté des séquelles.

7° **Localisations post-articulaires.** — Myosis, ténosites, hygromas et surtout synovites.

COMPLICATIONS

Peuvent s'associer aux arthrites, laissant comme séquelles des rétractions gênantes.

1. **Septicémiques** — Rares. Les grands accidents aigus de la gonococcémie sont rares, et surviennent dans les formes suppurée ou polyarticulaire.

La *fièvre* à type pseudo-palustre est le signe dominant, accompagné de diarrhée, d'amaigrissement rapide, d'altération profonde de l'état général. Toutes les localisations possibles des septicémies peuvent survenir ici, mais il faut surtout ausculter chaque jour le cœur de ces malades pour y guetter l'apparition d'un souffle d'*endocardite* de pronostic fatal.

A ce tableau s'associent souvent les signes d'une pleurésie, d'une néphrite, d'un purpura, et, le plus souvent, malgré les thérapeutiques les plus diverses, la mort survient en général dans un délai inférieur à deux mois.

2. **Arthrites plastiques ankylosantes.** — LE PASSAGE A LA CHRONICITÉ est la complication majeure du rhumatisme blennorragique : c'est toujours l'ankylose qu'on craint dès que le diagnostic est posé.

Elle s'observe surtout dans les *formes récidivantes*, souvent dues à un foyer profond de gonococcie, et dans les *formes graves*, suppurées, pseudophlegmoneuses, hydarthrosiques, mais aucune forme n'y échappe. Suivant le siège de l'articulation lésée, le tableau clinique de cette ankylose est un peu différent.

Doigts et orteils. — C'est ici la *dactylite pseudo-goutteuse* de Fournier avec hyperplasie fibreuse de surtout péri-articulaire, hypertrophie des extrémités osseuses et ankylose incomplète.

Aux pieds. — La *talalgie* blennorragique, due aux hyperostoses calcanéennes ou plantaires, rend la marche très difficile; Elle peut coexister avec le *pied plat blennorragique* par effondrement de la voûte plantaire.

Aux grosses articulations. — L'arthrite plasmatique ankylosante vient de la destruction des surfaces articulaires et de la transformation osseuse ou fibreuse du surtout fibro-tendineux péri-articulaire.

Dans certains cas, l'hypertrophie diaphyso-épiphysaire s'associe à ces troubles, et si elle est énorme, simule l'ostéosarcome (*forme pseudo-néoplasique*).

Au rachis. — C'est la *spondylose rhizomélique*, incurvant le malade en Z, évoluant pendant des années, et rendant finalement la marche impossible, le malade ne pouvant plus rester que dans le décubitus latéral.

PRONOSTIC

Le pronostic vital du rhumatisme blennorragique n'est pas grave, en dehors des formes septicémiques, exceptionnelles. Par contre, le pronostic fonctionnel doit être très réservé : quand l'évolution vers la fibrose et l'ankylose s'annonce, on n'en peut prévoir les limites, et il faut craindre une infirmité définitive.

DIAGNOSTIC

Positif. — Il faut, en présence de toute arthrite, penser à l'origine gonococcique possible et rechercher le gonocoque. Le diagnostic causal d'un rhumatisme est facile chez un malade atteint d'urétrite, de prostatite, de bartholinite, de vaginite, ou de métro-salpingite. Hors de la sphère génitale, il ne faut pas oublier l'*iritis* qui dans les cas chroniques, est un antécédent, certes très rare, mais de valeur.

Il faut, en tous cas, faire le diagnostic *bactériologique* par tous les moyens :

Examen des sécrétions génitales : écoulement urétral, sperme, écoulement cervico-utérin surtout avant les règles.

Examen du liquide articulaire : l'examen direct étant toujours négatif, sauf dans les formes suppurées, qui sont très rares, on en fera la *culture* qui huit fois sur dix, permet d'isoler le gonocoque.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 95, p. 1694.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 98. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1930. — N° 98.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 1er décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic du pneumothorax spontané des tuberculeux. — Ruptures traumatiques de l'urètre sans le traitement. »

MM. Netter, 21 ; Augereau, 18,5 ; Strée, 20,5 ; Levanier, 19 ; Sergent, 21 ; Jomain, 28 ; Willot, 19 ; Benzaguen, 28 ; Marre, 16 ; Mlle Gagneur, 20.

Séance du 2 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la maladie de Basedow. — Symptômes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius. »

M. Groulier, 18 ; Mlle Jammet, 19,5 ; MM. Bachmann, 25 ; Vaidie, 26 ; Robert (Paul), 27 ; Broutmann et Wetterwald, 16 ; Camelot, 18 Barraya, 20 ; Suchmann, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont nommés :

Clinique médicale. — Hôtel-Dieu : chefs de clinique titulaires, MM. Boltanski, Delafontaine, Delalande, Salmon.

Pitié : chefs de clinique titulaires, MM. Azerad, Besançon, Dreyfus (Gilbert).

Saint-Antoine : chefs de clinique titulaires, MM. Wahl, Duruy, Delarue, Oumansky, Mlle Scherrer.

Cochin : chefs de clinique titulaires, MM. Bariéty, Moussoir, Morlaas, Poumailloux.

Clinique chirurgicale. — Cochin : chefs de clinique titulaires, MM. Mabille, Pascal, Pellé.

Salpêtrière : chefs de clinique titulaires, MM. Seillé, Sauvage, Blondin (Marcel).

Vaugirard : chefs de clinique titulaires, MM. Redon, Merle d'Aubigné.

Hôtel-Dieu : chefs de clinique titulaires, MM. Meillère, Banzet.

Saint-Antoine : chef de clinique titulaire, M. Chabrut.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Lariboisière : chefs de clinique titulaires, MM. Rossert, Elbaz, George.

Clinique urologique. — Necker : chefs de clinique titulaires, MM. Dossot, Lieutaud.

Clinique des maladies mentales. — Sainte-Anne : chefs de clinique titulaires, MM. Garand, Baruk, de Guillant, Bourgeois (Pierre), Migault.

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : chefs de clinique titulaires, MM. Leclerc, Bourgeois (Jean), Garnier ; adjoint, M. Layani.

Clinique de la première enfance. — Chefs de clinique titulaires, MM. Chabrun, Bohn, Benoist.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : chefs de clinique titulaires, MM. Martin, Kaplan ; adjoint, M. Liége.

Clinique neurologique. — Salpêtrière : chefs de clinique titulaires, MM. Mollaret, Schmite, Michaux, Thurel.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : chefs de clinique titulaires, MM. Veil (Prosper), Castéran, Renard ; adjoints : MM. Dollfus, Sourdille, Mlle Braun.

Clinique des maladies cutanées. — Saint-Louis : chefs de clinique titulaires : MM. Carteaud, Cohen, Lotte.

Clinique obstétricale. — Baudelocque : chef de clinique titulaire, M. Digonnet ; adjoints, Mlle Bach, M. François.

Tarnier : chefs de clinique titulaires : MM. Suzor, Bidoire, Fleury.

Pitié : chefs de clinique titulaires, Mlles Boegner, Desbrousses.

Clinique de thérapeutique médicale. — Pitié : chefs de clinique titulaires, MM. Lévy (Rob.), Durand (Paul), Fatou.

Clinique propédeutique. — Charité : chefs de clinique titulaires, MM. Benda, Vibert, Lonjumeau, Imbert.

Clinique chirurgicale infantile. — Enfants-Malades : chefs de clinique titulaires, MM. Fèvre, Garnier ; adjoint, M. Armingeat.

Clinique de la tuberculose. — Laennec : chefs de clinique titulaires, MM. Triboulet, Marie, Pellissier, Lamy, Mayer.

Clinique gynécologique. — Broca : chefs de clinique titulaires, MM. Grinda, Béclère ; adjointe : Mlle Laurent (S.).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Les emplois d'agrégé de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux ci-dessous désignés sont déclarés vacants :

Obstétrique : 1 ; physiologie : 1.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1930. — Prix Plumey : Un prix de 2.000 fr. à M. Paul Régnauld.

Physique. — Fondation Clément-Félix (2.500 fr.) : Les arrérages de la fondation sont attribués à M. Jean Lecomte.

Physique du globe. — Prix Victor-Raulin (1.500 fr.) à M. Albert Baldit.

Ouvrages de sciences. — Prix Henri-de-Parville (2.500 fr.) à M. Raoul Combes.

Prix Jeanbernat-Doriat (2.000 fr.) à M. Henri Volkringer.

Prix généraux. — Prix Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) à M. Lucien Cuénot.

Fondations spéciales. — Fondation Lannelongue (2.000 fr.) : Les arrérages de la fondation sont attribués à Mmes Cusco et Rück.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation Jérôme-Ponti (3.500 fr.) à M. Robert Forrer.

Fondation Hirn (2.500 fr.) à M. Maurice Kraïtchik.

Fondation Henri-Becquerel (3.000 fr.) à M. Jean Thibaud.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés membres du conseil d'administration de la Caisse nationale des sciences :

MM. les professeurs André Mayer et Alexandre Moret, du Collège de France.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Delezenne (Camille), membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Institut Pasteur de Paris, a été nommé membre de la Commission des sérums et vaccins, en remplacement de M. le professeur Gley, décédé.

ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA RÉGION DE PARIS. — Programme des exercices pratiques communs aux quatre écoles qui auront lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après :

Dimanche 18 janvier 1931, à 9 h. 30 : M. le médecin lieutenant colonel Schickelé. « Equipement du Service de santé d'une armée en vue d'une bataille offensive. »

Dimanche 15 février 1931, à 9 h. 30 : M. le médecin lieutenant-colonel Schneider. « La division de cavalerie dans la guerre de mouvement, avant la bataille. »

Dimanche 15 mars 1931, à 9 h. 30 : M. le médecin lieutenant-colonel Schickelé. « Fonctionnement du Service de santé d'une région en temps de guerre. »

Dimanche 19 avril 1931, à 9 h. 30 : M. le médecin lieutenant-colonel Schneider. « La division de cavalerie pendant et après la bataille. »

Conformément aux instructions ministérielles en vigueur, ces exercices pratiques sont réservés aux officiers de réserve du Service de santé de la région de Paris.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR LANGLOIS. — On vient d'inaugurer, dans les nouveaux locaux de l'Institut d'éducation physique de l'Université de Paris une plaque à la mémoire du docteur J.-P. Langlois, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui fut chargé du cours de physiologie de l'éducation physique lors de la création de cet enseignement.

Des discours ont été prononcés par MM. Chailley-Bert, directeur de l'Institut, par M. Cazalet, par M. le professeur Charles Richet, enfin par M. Morinaud, sous-secrétaire d'Etat à l'éducation physique.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mercredi 10 décembre 1930, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, M. le ministre de l'Agriculture, M. le ministre de la Santé publique et M. le professeur Ch. Achard.

Ordre du jour. — « La question des œdèmes. »

Rapports. — M. le professeur Govaerts (de Bruxelles) : Les œdèmes en pathologie humaine.

M. le professeur Marcel Labbé : Les œdèmes en pathologie humaine.

M. le professeur Robin : Les œdèmes en pathologie vétérinaire.

M. le professeur agrégé Vignes : Les œdèmes obstétricaux.

M. J. Dufrénoy : La rétention de l'eau chez les végétaux (avec projections).

Communications. — M. Mathieu-Pierre Weil : Valeur séméiologique des modifications de la calcémie.

M. G. Rosenthal : L'œdème du poumon (reproduction expérimentale).

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vitry-sur-Seine.

S'adresser au ministère de la Santé publique (directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

— Un poste d'interne est actuellement vacant au préventorium le « Nid marin » à Hendaye, le ou la titulaire serait logé et nourri et recevrait une indemnité mensuelle de 1.000 fr.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au Directeur de l'établissement.

L'ARGUS DE LA PRESSE vient d'éditer la sixième édition de « Nomenclature des journaux et revues en langue française paraissant dans le monde entier ».

C'est un volume très documenté de plus de 1.100 pages, renfermant plus de 15.000 noms de publications différentes qui rendra des services à tous ceux qui s'intéressent à la presse et à la publicité.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 10 décembre. — Jury : MM. Gosset, président ; Fiessinger, Huguenin et Leroux. — M. DUBROCA. Résultats sur le traitement du cancer.

Jeudi 11 décembre. — Jury : MM. Achard, président ; Claude, Nobécourt et Laignel-Lavastine. — M. TARDIF. Diagnostic différentiel du chancre syphilitique. — M. OISFAT. Etude sur les polynévrites grippales. — M. LIVRET. Méningites morbilleuses.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président ; Henry et Panisset. — M. HAVET. La piroplasmose canine.

LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE

DES ENFANTS ET DES JEUNES GENS DE HAUTE STATURE

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Les enfants et les jeunes gens de *haute stature*, qui présentent de l'*hypertrophie staturale*, ont des tailles supérieures de 6 centimètres et au delà aux tailles moyennes de leurs âges. En plus de leurs tailles élevées, ils offrent des caractères morphologiques divers, qu'il importe de préciser pour apprécier leur état de santé (1). Au nombre de ces caractères le *périmètre thoracique* est particulièrement intéressant à étudier.

Le *périmètre thoracique* (*Pt*) est mesuré à la hauteur de l'appendice xiphoïde (*périmètre xiphoïdien*), en inspiration et en expiration forcées. Le *périmètre moyen* est égal à la moitié de la somme des deux nombres ainsi obtenus :

$$Pt = \frac{\text{Périm. inspiratoire} + \text{Périm. expiratoire}}{2}.$$

Durant l'enfance et la jeunesse, le périmètre thoracique varie d'un âge à l'autre; à partir de 3 ans, il est, suivant les âges, tantôt différent, tantôt semblable pour les garçons et les filles. Les moyennes données par les auteurs sont assez diverses. Celles que j'ai reproduites dans mon livre *Les Enfants trop petits* (2) doivent être modifiées pour les filles à partir de 15 ans; pour celles-ci on peut admettre, conformément à la loi de Dally, que le périmètre thoracique est supérieur de 2 centimètres à la demi-taille.

Pour les garçons, la loi de Dally intervient à partir de 21 ans.

Le périmètre thoracique moyen mesure donc :

NAISSANCE A 2 ANS (garçons et filles).

Nouveau-né	31cm
A 1 mois	34cm
— 2 —	36cm
— 3 —	37cm
— 4 —	38cm
— 5 —	39cm
— 6 —	40cm
— 7 —	41cm
— 8 —	42cm
— 9 —	43cm
— 10 —	43cm5
— 11 —	44cm
— 12 —	44cm5
— 24 —	47cm

(1) NOBÉCOURT. Remarques sur les hautes tailles dans l'enfance et la jeunesse, *Progrès méd.*, 26 oct. 1929; — Modalités de la croissance staturale des garçons de haute stature, *Gaz. des hôpit.*, 27 nov. 1929; — Proportions des membres inférieurs et du buste (rapport de Manouvrier) suivant les tailles pendant l'enfance et la jeunesse, *Progrès méd.*, 7 déc. 1929; — Sur les enfants de haute stature, *Concours méd.*, 5 janv. 1930; — La croissance staturale des filles pendant la période pubertaire, *Journ. des prat.*, 30 août 1930.

(2) L'Expansion scientifique française, 1929.

DE 3 A 20 ANS.

	Garçons.	Filles.
A 3 ans	49cm	50cm
— 4 —	51cm	52cm
— 5 —	53cm	53cm
— 6 —	54cm	54cm
— 7 —	55cm	55cm
— 8 —	57cm	57cm
— 9 —	59cm	58cm
— 10 —	61cm	60cm
— 11 —	63cm	64cm
— 12 —	65cm	65cm
— 13 —	66cm	67cm
— 14 —	70cm	72cm
— 15 —	73cm	78cm
— 16 —	77cm	78cm5
— 17 —	80cm	79cm
— 18 —	82cm	79cm5
— 19 —	83cm	79cm5
— 20 —	84cm	80cm

J'ai réuni *215 mensurations de périmètres thoraciques faites chez des sujets de haute stature*, âgés de 1 an à 20 ans: 103 chez des garçons, 112 chez des filles.

Un certain nombre de ces mensurations a été fait chez les mêmes sujets à diverses étapes de la croissance.

Les périmètres thoraciques ont été comparés :

1° Aux périmètres moyens des sujets de mêmes âges;

2° Aux périmètres moyens des sujets plus âgés présentant les tailles correspondantes; c'est souvent avec des adultes et même des adultes de haute stature que la comparaison doit être établie.

Est *conforme à la moyenne* le périmètre thoracique qui n'en diffère que de ± 4 centimètres au maximum; est *supérieur à la moyenne* celui qui en diffère de + 5 centimètres et au delà; est *inférieur à la moyenne* celui qui en diffère de — 5 centimètres et au delà.

Je rappelle la *classification des hypertrophies staturales* :

Hypertrophie staturale.	Excès statural.
1er degré ou légère	6 à 11cm
2e degré ou moyenne	12 à 16cm
3e degré ou forte	17 à 21cm
4e degré ou très forte	22cm et plus

I. Comparaison avec les périmètres thoraciques moyens des sujets de même âge.

Comparé avec le périmètre thoracique moyen des sujets de même âge, le périmètre thoracique d'un sujet de haute stature peut être *conforme*, *supérieur* ou *inférieur*.

Dans les tableaux suivants sont relevés le numéro de l'observation, l'âge, la taille, l'excès statural, le périmètre thoracique, l'écart avec le périmètre thoracique moyen des sujets de même âge, quand le périmètre est conforme, l'excès ou la réduction sur le périmètre moyen, quand le périmètre est supérieur ou inférieur à la moyenne.

Les garçons et les filles sont groupés séparément.

GARÇONS

Pour 103 mensurations faites chez des garçons, on trouve :

71 périmètres thoraciques *conformes* à la moyenne de l'âge : 68,9 p. 100;

32 périmètres thoraciques *supérieurs* à la moyenne de l'âge : 31 p. 100.

Aucun périmètre thoracique n'est *inférieur* à la moyenne de l'âge.

1° Périmètres thoraciques conformes a la moyenne de l'age.

N° d'observation	Age	Taille	Excès statural	Périmètre thoracique	Écart sur le périmètre thoracique de l'âge
28.2879............	1 an 10 mois	86^{cm}	8^{cm}	47^{cm}	0
28.2884............	1 an 11 mois	86^{cm}5	7^{cm}5	49^{cm}	+ 2^{cm}5
28.2887............	1 an 11 mois	97^{cm}	18^{cm}	47^{cm}	0
27.2512............	3 ans	101^{cm}	12^{cm}	53^{cm}	+ 4^{cm}
25.1897............	3 ans 1 mois	96^{cm}5	7^{cm}	50^{cm}5	+ 1^{cm}5
	4 — 5 —	107^{cm}5	8^{cm}	53^{cm}5	+ 1^{cm}5
	5 — 1 —	113^{cm}	10^{cm}	54^{cm}	+ 1^{cm}
20.305*............	6 ans 3 mois	122^{cm}5	13^{cm}	55^{cm}	+ 1^{cm}
	6 — 7 —	125^{cm}	14^{cm}5	55^{cm}5	+ 1^{cm}
	8 — 1 —	134^{cm}5	11^{cm}	59^{cm}	+ 2^{cm}
	10 ans	144^{cm}5	13^{cm}5	61^{cm}	0
	10 — 3 —	145^{cm}	13^{cm}	61^{cm}5	0
	10 — 8 —	147^{cm}	13^{cm}5	63^{cm}	0
	11 — 3 —	149^{cm}5	13^{cm}5	64^{cm}5	+ 1^{cm}
	12 — 7 —	157^{cm}	15^{cm}5	66^{cm}5	+ 1^{cm}
	12 — 8 —	158^{cm}	15^{cm}	67^{cm}	+ 1^{cm}5
	13 — 5 —	166^{cm}	19^{cm}5	71^{cm}	+ 3^{cm}
	14 — 2 —	171^{cm}	19^{cm}	74^{cm}5	+ 4^{cm}
27.2340............	6 ans 9 mois	123^{cm}5	11^{am}5	58^{cm}	+ 3^{cm}5
27.2533*............	8 ans 2 mois	138^{cm}5	18^{cm}5	59^{cm}5	+ 2^{cm}5
21.559............	8 ans 2 mois	132^{cm}	12^{cm}	58^{cm}5	+ 1^{cm}5
	8 — 6 —	135^{cm}	13^{cm}	60^{cm}	+ 2^{cm}
	10 —	142^{cm}5	11^{cm}5	62^{cm}	+ 1^{cm}
	10 — 7 mois	146^{cm}	13^{cm}	61^{cm}5	0
	11 — 7 —	150^{cm}5	13^{cm}5	63^{cm}5	0
	12 —	153^{cm}5	14^{cm}5	63^{cm}	— 2^{cm}
	12 — 1 mois	155^{cm}	15^{cm}5	65^{cm}	0
	13 — 2 —	166^{cm}	20^{cm}	70^{cm}5	+ 4^{cm}
	13 — 6 —	168^{cm}	20^{cm}	71^{cm}	+ 3^{cm}
	13 — 11 —	170^{cm}	19^{cm}5	71^{cm}	+ 1^{cm}5
	14 — 3 —	174^{cm}	21^{cm}	74^{cm}5	+ 4^{cm}
	14 — 10 —	175^{cm}	19^{cm}	75^{cm}5	+ 2^{cm}
	15 —	176^{cm}5	19^{cm}5	75^{cm}	+ 2^{cm}
	15 — 4 mois	177^{cm}	18^{cm}5	75^{cm}5	+ 1^{cm}5
	15 — 6 —	179^{cm}	19^{cm}5	76^{cm}	+ 1^{cm}
	15 — 9 —	179^{cm}	18^{cm}5	77^{cm}	+ 1^{cm}
	16 — 4 —	180^{cm}	17^{cm}5	77^{cm}	— 1^{cm}
23.1078............	8 ans 4 mois	133^{cm}	12^{cm}	60^{cm}	+ 2^{cm}5
	10 — 6 —	145^{cm}	12^{cm}	61^{cm}	— 1^{cm}
29.3172............	8 ans 10 mois	130^{cm}	6^{cm}	62^{cm}5	+ 4^{cm}
D.5299............	9 ans 6 mois	140^{cm}	12^{cm}	64^{cm}	+ 4^{cm}
21.589............	10 ans 6 mois	142^{cm}	9^{cm}	66^{cm}5	+ 4^{cm}5
	12 —	150^{cm}5	11^{cm}5	67^{cm}	+ 2^{cm}
28.2937............	11 ans 4 mois	148^{cm}	12^{cm}	64^{cm}	0
	12 — 4 —	152^{cm}5	11^{cm}5	68^{cm}	+ 3^{cm}
19.133............	11 ans 8 mois	148^{cm}	10^{cm}5	65^{am}5	+ 1^{cm}
	13 — 6 —	161^{cm}	13^{cm}	72^{cm}5	+ 4^{cm}5
29.3021............	12 ans 1 mois	152^{am}	12^{cm}5	61^{cm}5	— 3^{cm}5
29.3112............	12 ans 9 mois	152^{cm}5	9^{cm}	65^{cm}5	0
22.777*............	14 ans 6 mois	168^{cm}	14^{cm}	74^{cm}	+ 2^{cm}5
	14 — 10 —	170^{cm}	14^{cm}	75^{cm}5	+ 3^{cm}
	15 — 9 —	175^{cm}	14^{cm}5	76^{cm}5	0
	16 — 6 —	178^{cm}	15^{cm}5	80^{cm}	+ 1^{cm}5
	17 — 1 —	179^{cm}	16^{cm}	82^{cm}	+ 2^{cm}
D.6946............	14 ans 11 mois	169^{cm}	13^{cm}5	73^{cm}	0
19.213*............	15 ans 1 mois	173^{cm}	16^{cm}	77^{cm}	+ 4^{cm}5
24.1307............	15 ans 2 mois	174^{cm}5	17^{cm}	69^{cm}	— 4^{cm}5
28.2774............	15 ans 3 mois	175^{cm}	17^{cm}	75^{cm}	+ 1^{cm}
22.932............	15 ans 6 mois	171^{cm}5	12^{cm}	74^{cm}	— 1^{cm}
	16 — 2 mois	175^{cm}	13^{cm}	77^{cm}5	0
22.974............	16 ans 8 mois	183^{cm}	20^{cm}5	80^{cm}5	+ 1^{cm}5
	17 — 1 —	184^{cm}	21^{cm}	82^{cm}	+ 2^{cm}
25.1715............	16 ans 9 mois	172^{cm}5	10^{cm}	78^{cm}	— 1^{cm}
19.216............	17 ans 4 mois	171^{cm}	7^{am}5	83^{cm}	+ 2^{cm}

* Ce signe indique que le sujet est cité dans une autre catégorie.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	EXCÈS statural	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART sur le périmètre thoracique de l'âge
	18 — 11 —	174cm	9cm	82cm	— 1cm
27.2541............	17 ans 6 mois	181cm5	18cm	80cm	0
	17 — 9 —	182cm	18cm	81cm	0
	18 — 2 —	182cm	18cm	80cm5	— 1cm5
	18 — 6 —	182cm5	18cm	83cm	0
	20 —	183cm	18cm5	85cm	— 1cm
20.308*............	18 ans 1 mois	174cm	10cm	85cm5	+ 3cm5

2° Périmètres thoraciques supérieurs a la moyenne de l'age

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	EXCÈS statural	PÉRIMÈTRE thoracique	EXCÈS sur le périmètre thoracique de l'âge
26.2223............	5 ans 6 mois	120cm	14cm5	64cm	10cm
27.2533*............	6 ans 2 mois	125cm5	16cm5	59cm5	5cm5
30.3288............	6 ans 10 mois	134cm	21cm	62cm	7cm
28.2810............	9 ans 4 mois	141cm	14cm	66cm5	6cm
D.6802............	11 ans	151cm5	21cm5	73cm	10cm
25.1965............	11 ans 7 mois	158cm	21cm	69cm	5cm
	12 — 1 —	162cm	23cm5	74cm5	9cm5
27.2519............	11 ans 8 mois	147cm	9cm5	69cm5	5cm5
14.57............	11 ans 10 mois	157cm	19cm	70cm	5cm5
	12 — 6 —	161cm	19cm	72cm	6cm5
	13 — 6 —	168cm5	20cm5	76cm	8cm
	13 — 9 —	170cm5	21cm	76cm	7cm
23.1277............	12 ans	145cm	6cm	72cm5	7cm5
29.3022............	12 ans 7 mois	150cm	7cm5	79cm5	14cm
25.1680............	12 ans 7 mois	159cm5	17cm	80cm	14cm5
25.1661............	12 ans 8 mois	161cm	18cm	72cm	6cm5
22.777*............	12 ans 9 mois	153cm	9cm5	70cm5	5cm
22.936............	12 ans 11 mois	172cm	27cm5	73cm	7cm
	13 — 2 —	174cm	28cm	74cm5	8cm
28.2770............	13 ans 3 mois	161cm5	15cm	74cm	7cm
20.305*............	13 ans 7 mois	168cm	19cm5	73cm	5cm
29.3233............	13 ans 9 mois	160cm5	11cm	76cm	7cm
27.2577............	14 ans	162cm	11cm	77cm5	7cm5
26.2023............	14 ans 2 mois	171cm	19cm	75cm5	5cm
D.4749............	14 ans 6 mois	168cm	14cm	86cm5	15cm
23.1147............	14 ans 10 mois	178cm5	22cm5	90cm	17cm5
28.2946............	15 ans	165cm	8cm	80cm5	7cm5
19.213*............	15 ans 5 mois	175cm	16cm	80cm	5cm5
	15 — 10 —	177cm	16cm	81cm5	5cm5
	16 — 10 —	179cm	16cm	84cm	5cm
20.308*............	15 ans 5 mois	174cm	15cm	82cm5	8cm
27.2404............	15 ans 8 mois	170cm	10cm	87cm5	12cm

FILLES

Pour 112 mensurations faites chez des filles, on trouve :

73 périmètres thoraciques *conformes* à la moyenne de l'âge : 65,1 p. 100;

7 périmètres thoraciques *supérieurs* à la moyenne de l'âge : 6,2 p. 100;

32 périmètres thoraciques *inférieurs* à la moyenne de l'âge : 28,5 p. 100.

1° Périmètres thoraciques conformes a la moyenne de l'age

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	EXCÈS statural	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART avec le périmètre thoracique de l'âge
27.2350............	2 ans 10 mois	94cm	10cm5	48cm	— 1cm5
29.3148............	3 ans 9 mois	106cm5	16cm5	53cm	+ 1cm5
27.2349............	4 ans 10 mois	118cm5	21cm5	54cm	+ 1cm
	5 — 6 —	124cm5	23cm5	54cm5	+ 1cm
	6 — 7 —	132cm	24cm5	55cm5	+ 1cm
29.3144............	5 — 3 —	110cm5	11cm	53cm5	0
27.2593............	6 — 11 mois	123cm5	14cm	53cm	— 2cm
	7 — 8 mois	128cm5	14cm5	53cm	— 3cm5
29.2971............	7 ans 6 mois	127cm	14cm	60cm5	+ 4cm5
	8 — 11 mois	136cm	16cm	61cm	+ 3cm
23.1188............	7 ans 10 mois	130cm5	15cm5	59cm5	+ 3cm5
20.282............	7 ans 10 mois	122cm	7cm	57cm5	+ 1cm5
	9 — 10 —	133cm5	8cm5	59cm	0
26.2121............	7 ans 10 mois	135cm	20cm	56cm	0
	8 — 1 —	137cm	21cm	59cm	+ 2cm
	8 — 7 —	140cm	22cm	61cm	+ 3cm5
	9 — 2 —	144cm	23cm	60cm	+ 1cm5
	9 — 8 —	147cm	23cm	61cm5	+ 2cm

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	EXCÈS statural	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART avec le périmètre thoracique de l'âge
21.680	8 ans 3 mois	137^{cm}	20^{cm}	$60^{cm}5$	+ $3^{cm}5$
	9 — 9 —	145^{cm}	$20^{cm}5$	$63^{cm}5$	+ 4^{cm}
29.3152	8 ans 7 mois	129^{cm}	11^{cm}	$54^{cm}5$	— 3^{cm}
21.679*	8 ans 7 mois	129^{cm}	11^{cm}	56^{cm}	— $1^{cm}5$
	12 — 7 —	$151^{cm}5$	$7^{cm}5$	$62^{cm}5$	— $3^{cm}5$
20.266	9 ans 4 mois	$129^{cm}5$	$7^{cm}5$	56^{cm}	— $2^{cm}5$
	10 —	133^{cm}	7^{cm}	$59^{cm}5$	0
	10 — 2 mois	135^{cm}	$7^{cm}5$	59^{cm}	— 2^{cm}
	10 — 6 —	137^{cm}	$6^{cm}5$	59^{cm}	— 3^{cm}
	11 — 2 —	$140^{cm}5$ (1)	$4^{cm}5$	60^{cm}	— 4^{cm}
	11 — 9 —	$145^{cm}5$ (1)	$5^{cm}5$	$64^{cm}5$	0
27.2594*	9 ans 5 mois	$134^{cm}5$	12^{cm}	$56^{cm}5$	— 2^{cm}
	9 — 7 —	137^{cm}	$13^{cm}5$	56^{cm}	— 3^{cm}
	10 — 1 —	139^{cm}	$12^{cm}5$	56^{cm}	— 4^{cm}
	10 — 2 —	140^{cm}	$12^{cm}5$	$56^{cm}5$	— 4^{cm}
	10 — 4 —	$140^{cm}5$	$11^{cm}5$	57^{cm}	— 4^{cm}
	10 — 7 —	142^{cm}	11^{cm}	60^{cm}	— 2^{cm}
	11 — 3 —	$147^{cm}5$	11^{cm}	$61^{cm}5$	— $2^{cm}5$
	11 — 8 —	$150^{cm}5$	11^{cm}	$61^{cm}5$	— 3^{cm}
29.3120	9 ans 6 mois	133^{cm}	10^{cm}	$56^{cm}5$	— $2^{cm}5$
28.2617	9 ans 7 mois	143^{cm}	$9^{cm}5$	61^{cm}	+ 2^{cm}
24.1475	9 ans 8 mois	138^{cm}	14^{cm}	$61^{cm}5$	— 2^{cm}
	14 — 9 —	166^{cm}	$14^{cm}5$	$74^{cm}5$	— 2^{cm}
28.2622	10 ans 2 mois	$139^{cm}5$	12^{cm}	62^{cm}	+ $1^{cm}5$
23.1012*	11 ans	143^{cm}	8^{cm}	63^{cm}	— 1^{cm}
21.558	11 ans 2 mois	155^{cm}	19^{cm}	$65^{cm}5$	+ $1^{cm}5$
28.2710	11 ans 9 mois	147^{cm}	7^{cm}	$64^{cm}5$	0
28.2621	11 ans 10 mois	$150^{cm}5$	10^{cm}	67^{cm}	+ 2^{cm}
25.1720	12 ans	153^{cm}	11^{cm}	63^{cm}	— 2^{cm}
24.1416	12 ans	$150^{cm}5$	$8^{cm}5$	$62^{cm}5$	— $2^{cm}5$
	12 — 2 —	152^{cm}	$9^{cm}5$	62^{cm}	— $3^{cm}5$
	12 — 5 —	154^{cm}	$10^{cm}5$	$64^{cm}5$	— $1^{cm}5$
	13 —	157^{cm}	11^{cm}	$66^{cm}5$	0
24.1311	12 ans 6 mois	$158^{cm}5$	$14^{cm}5$	67^{cm}	+ 1^{cm}
	12 — 11 —	$160^{cm}5$	14^{cm}	$70^{cm}5$	+ $3^{cm}5$
	13 — 6 —	163^{cm}	15^{cm}	$72^{cm}5$	+ 3^{cm}
29.3218	12 ans 7 —	$152^{cm}5$	$8^{cm}5$	$67^{cm}5$	+ $1^{cm}5$
28.2880	12 ans 8 mois	167^{cm}	$22^{cm}5$	$70^{cm}5$	+ 4^{cm}
	13 — 6 —	$169^{cm}5$	$21^{cm}5$	$71^{cm}5$	+ 2^{cm}
29.3030	12 ans 9 mois	161^{cm}	16^{cm}	$67^{cm}5$	+ 1^{cm}
25.1936	12 ans 10 mois	154^{cm}	$8^{cm}5$	$70^{cm}5$	+ 4^{cm}
	13 — 4 —	$155^{cm}5$	8^{cm}	$70^{cm}5$	+ 2^{cm}
29.3108	13 ans	155^{cm}	9^{cm}	$69^{cm}5$	+ $2^{cm}5$
	13 — 9 mois	160^{cm}	11^{cm}	73^{cm}	+ $2^{cm}5$
24.1480*	13 ans 1 mois	$153^{cm}5$	7^{cm}	$69^{cm}5$	+ 2^{cm}
B.2464	13 ans 4 mois	151^{cm}	$8^{cm}5$	$72^{cm}5$	+ 4^{cm}
20.345*	13 ans 6 mois	157^{cm}	9^{cm}	$73^{cm}5$	+ 4^{cm}
	14 — 4 —	$158^{cm}5$	8^{cm}	$75^{cm}5$	+ 2^{cm}
	15 — 3 —	159^{cm}	7^{cm}	$75^{cm}5$	+ $3^{cm}5$
	15 — 10 —	159^{cm}	$6^{cm}5$	$78^{cm}5$	0
22.762	13 ans 9 mois	$162^{cm}5$	$13^{cm}5$	72^{cm}	+ $1^{cm}5$
B.3021	13 ans 10 mois	161^{cm}	12^{cm}	$73^{cm}5$	+ $2^{cm}5$
28.2809	14 ans 3 mois	163^{cm}	$12^{cm}5$	$74^{cm}5$	— 1^{cm}
B.2966	14 ans 4 mois	157^{cm}	$6^{cm}5$	71^{cm}	— $2^{cm}5$
	14 — 7 —	158^{cm}	$6^{cm}5$	$71^{cm}5$	— $4^{cm}5$
21.694	15 ans 3 mois	167^{cm}	15^{cm}	73^{cm}	— $4^{cm}5$
29.3114	16 ans 8 mois	163^{cm}	$9^{cm}5$	76^{cm}	— $2^{cm}5$

2° Périmètres thoraciques supérieurs a la moyenne de l'age

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	EXCÈS statural	PÉRIMÈTRE thoracique	EXCÈS sur le périmètre thoracique de l'âge
29.2991	9 ans 11 mois	147^{cm}	$21^{cm}5$	$66^{cm}5$	$6^{cm}5$
23.1242*	10 ans 1 mois	136^{cm}	$9^{cm}5$	65^{cm}	5^{cm}
28.2870	12 ans 2 mois	158^{cm}	22^{cm}	74^{cm}	$8^{cm}5$
20.345*	12 ans 10 mois	$156^{cm}5$	11^{cm}	$73^{cm}5$	7^{cm}
	13 — 3 —	157^{cm}	10^{cm}	74^{cm}	6^{cm}
B.2189	13 ans 2 mois	162^{cm}	$15^{cm}5$	$81^{cm}5$	13^{cm}
	15 — 2 —	$162^{cm}5$	$10^{cm}5$	87^{cm}	9^{cm}

(1) Taille moyenne.

3° Périmètres thoraciques inférieurs a la moyenne de l'age

N° d'observation	Age	Taille	Excès statural	Périmètre thoracique	Réduction sur le périmètre thoracique de l'âge
27.2594*...........	9 ans 1 mois	134^{cm}	$13^{cm}5$	53^{cm}	5^{cm}
25.1836...........	9 ans 8 mois	$134^{cm}5$	$10^{cm}5$	53^{cm}	6^{cm}
29.3161...........	11 ans 6 mois	$144^{cm}5$	6^{cm}	$59^{cm}5$	5^{cm}
20.137.............	12 ans	$145^{cm}5$ (1)	$3^{cm}5$	$57^{cm}5$	$7^{cm}5$
	12 ans 10 mois	$152^{cm}5$	7^{cm}	$57^{cm}5$	9^{cm}
	13 —	$152^{cm}5$	$6^{cm}5$	60^{cm}	7^{cm}
	14 —	156^{cm}	6^{cm}	63^{cm}	9^{cm}
	14 — 10 mois	160^{cm}	$8^{cm}5$	$62^{cm}5$	14^{cm}
	15 — 7 —	161^{cm}	$8^{cm}5$	$63^{cm}5$	15^{cm}
	15 — 11 —	161^{cm}	8^{cm}	63^{cm}	15^{cm}
	16 — 7 —	$161^{cm}5$	8^{cm}	68^{cm}	11^{cm}
30.3285...........	14 ans 4 mois	$162^{cm}5$	12^{cm}	68^{cm}	6^{cm}
B.2910............	14 ans 10 mois	159^{cm}	$7^{cm}5$	72^{cm}	$6^{cm}5$
23.1012*...........	14 ans 10 mois	167^{cm}	$15^{cm}5$	68^{cm}	$8^{cm}5$
	15 ans	167^{cm}	15^{cm}	70^{cm}	8^{cm}
20.301.............	14 ans 11 mois	168^{cm}	16^{cm}	67^{cm}	11^{cm}
	15 — 7 —	$168^{cm}5$	16^{cm}	$70^{cm}5$	8^{cm}
21.679*...........	15 ans 1 mois	$166^{cm}5$	$14^{cm}5$	$72^{cm}5$	6^{cm}
23.1242*...........	15 ans 2 mois	$159^{cm}5$	$7^{cm}5$	72^{cm}	6^{cm}
30.3267............	15 ans 6 mois	162^{cm}	10^{cm}	68^{cm}	$10^{cm}5$
	15 — 7 —	$162^{cm}5$	10^{cm}	70^{cm}	$8^{cm}5$
20.346.............	15 ans 7 mois	161^{cm}	$8^{cm}5$	71^{cm}	$7^{cm}5$
28.2781...........	15 ans 7 mois	162^{cm}	$9^{cm}5$	$64^{cm}5$	14^{cm}
28.2738...........	15 ans 9 mois	166^{cm}	$13^{cm}5$	$69^{cm}5$	$8^{cm}5$
	16 — 2 —	166^{cm}	13^{cm}	72^{cm}	$6^{cm}5$
	16 — 5 —	$166^{cm}5$	13^{cm}	72^{cm}	$6^{cm}5$
	16 — 9 —	$166^{cm}5$	13^{cm}	72^{cm}	7^{cm}
	17 — 4 —	167^{cm}	$12^{cm}5$	72^{cm}	7^{cm}
24.1480*...........	15 ans 10 mois	$161^{cm}5$	9^{cm}	$70^{cm}5$	8^{cm}
	16 — 1 —	$161^{cm}5$	$8^{cm}5$	$72^{cm}5$	6^{cm}
25.1924...........	16 ans 10 mois	$168^{cm}5$	$14^{cm}5$	71^{cm}	8^{cm}
25.1943...........	17 ans	162^{cm}	8^{cm}	69^{cm}	10^{cm}
24.1603...........	17 ans 6 mois	178^{cm}	$23^{cm}5$	74^{cm}	5^{cm}

Les périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature sont très différents les uns des autres.

Un garçon de 6 ans 3 mois (20.305) a un périmètre conforme à la moyenne de son âge (+ 1^{cm}); un autre de 6 ans 2 mois (27.2533) présente un excès de $5^{cm}5$.

Un garçon de 11 ans 3 mois (20.305) a un périmètre conforme (+ 1^{cm}); un autre de 11 ans (D.6802) présente un excès de 10^{cm}.

Un garçon de 12 ans (21.559) a un périmètre conforme (+ 2^{cm}); un autre, au même âge (23.1277), présente un excès de $7^{cm}5$.

Un garçon de 12 ans 9 mois (29.3112) a un périmètre conforme; deux autres à 12 ans 7 mois (25.1680 et 25.1661) présentent des excès de 14^{cm} et de $14^{cm}5$.

Un garçon de 14 ans 6 mois (22.777) a un périmètre conforme (+ $2^{cm}5$); un autre, au même âge (D.4749), présente un excès de 15^{cm}.

Un garçon de 14 ans 11 mois (D.6946) a un périmètre conforme; un autre, de 14 ans 10 mois (23.1147), présente un excès de $17^{cm}5$.

Un garçon de 15 ans 9 mois (21.559) a un périmètre conforme (+ 1^{cm}); un autre de 15 ans 8 mois (27.2404), présente un excès de 12^{cm}.

Une fille de 9 ans 2 mois (26.2121) a un périmètre conforme (+ $1^{cm}5$); une autre, de 9 ans 1 mois (27.2594), présente une réduction de 5^{cm}.

Une fille de 9 ans 10 mois (20.282) a un périmètre conforme; une autre, de 9 ans 11 mois (29.2991), présente un excès de $6^{cm}5$.

Une fille de 13 ans (24.1416) a un périmètre conforme; une autre, de 13 ans 2 mois (B.2189), présente un excès de 13^{cm}; une troisième (20.137) une réduction de 7^{cm}.

Une fille de 14 ans 9 mois (24.1475) a un périmètre conforme (— 2^{cm}); une autre, de 14 ans 10 mois (20.137), présente une réduction de 14^{cm}.

Une fille de 15 ans 3 mois (20.345) a un périmètre conforme (— $3^{cm}5$); une autre, de 15 ans 2 mois (B.2189), présente un excès de 9^{cm}; une troisième, de 15 ans 7 mois (20.137), une réduction de 15^{cm}.

Une fille de 16 ans 8 mois (29.3114) a un périmètre moyen (— $2^{cm}5$); une autre, de 16 ans 7 mois (20.137), a une réduction de 11^{cm}.

Les périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature sont *le plus souvent conformes aux moyennes de l'âge chez les garçons* comme *chez les filles*. On rencontre ces périmètres moyens 68,9 fois sur 100 chez les garçons, 65,1 fois sur 100 chez les filles.

Les périmètres thoraciques *supérieurs aux moyennes de l'âge* sont *assez communs chez les garçons* (31 p. 100), *très rares chez les filles* (6,2 p. 100).

Les excès sur la moyenne sont très différents

(1) Taille moyenne.

d'un sujet à l'autre. Ils peuvent n'être que de 5cm; ils peuvent, d'autre part, atteindre 14, 15, 17cm.

Nous trouvons deux garçons de 12 ans 7 mois présentant des hypertrophies staturales de 7cm5 (29.3022) et de 17cm (25.1680) dont les périmètres thoraciques sont supérieurs de 14cm et de 14cm5 à la moyenne; un garçon de 14 ans 6 mois (D.4749) présentant une hypertrophie staturale de 14cm, un garçon de 14 ans 10 mois présentant une hypertrophie de 22cm5, dont les périmètres thoraciques ont des excès de 15cm pour l'un, de 17cm5 pour l'autre.

Par contre, chez les filles observées, l'excès est, dans 6 cas, compris entre 5cm et 9cm. Une seule fille (B.2189) de 13 ans 2 mois, présentant une hypertrophie staturale de 15cm5, a un périmètre thoracique supérieur de 13cm à la moyenne.

Les périmètres thoraciques *inférieurs aux moyennes de l'âge n'ont été rencontrés que chez des filles*; ils sont assez fréquents, puisque la proportion est de 28 p. 100.

La réduction sur la moyenne est en général de 5 à 9cm (25 fois sur 33), rarement de 10 à 14cm (6 fois sur 33), plus rarement de 15cm (2 fois sur 33).

Les deux réductions de 14cm ont été observées chez une fille de 14 ans 10 mois (20.137) et chez une fille de 15 ans 7 mois (28 2871) présentant des hypertrophies staturales de 8cm5 et de 9cm5.

Les deux réductions de 15cm ont été observées chez la première de ces deux filles (20.137) à 15 ans 7 mois et à 15 ans 11 mois, l'hypertrophie staturale étant de 8cm5 et 8cm.

Aux diverses périodes de l'enfance et de la jeunesse les périmètres thoraciques conformes, supérieurs ou inférieurs aux moyennes des sujets de même âge, se rencontrent dans les proportions suivantes pour 100 périmètres d'un même âge :

GARÇONS

Ages.	Périmètres thoraciques moyens.	supérieurs.	inférieurs.
De 1 à 4 ans.	100	0	0
— 5 à 9 —	73,3	26,6	0
— 10 à 14 —	57,6	42,3	0
— 15 à 17 —	80	20	0

FILLES

Ages.	Périmètres thoraciques moyens.	supérieurs.	inférieurs.
De 1 à 4 ans.	100	0	0
— 5 à 9 —	92,5	3,7	3,7
— 10 à 14 —	73,2	8,9	17,8
— 15 à 17 —	15,3	3,8	80,7

Chez les *garçons*, tous les périmètres sont moyens pour l'âge jusqu'à 4 ans. De 5 à 14 ans, surtout de 10 à 14 ans, la proportion des périmètres moyens diminue et inversement celle des périmètres supérieurs à la moyenne augmente. De 15 à 17 ans les périmètres moyens sont beaucoup plus nombreux que les périmètres supérieurs à la moyenne.

Chez les *filles*, les périmètres sont tous moyens pour l'âge jusqu'à 4 ans, comme chez les garçons. De 5 à 14 ans la proportion des périmètres moyens diminue, mais reste beaucoup plus forte que chez les garçons; d'autre part, au contraire de ce qu'on constate chez ces derniers, les périmètres supérieurs à la moyenne sont assez rares, tandis que les périmètres inférieurs à la moyenne sont relativement nombreux. De 15 à 17 ans, contrairement à ce qui se passe chez les garçons, les périmètres moyens sont assez rares, les périmètres supérieurs à la moyenne très rares, les périmètres inférieurs à la moyenne très communs.

Des divers points de vue envisagés, les périmètres thoraciques des filles et des garçons de haute stature, comparés aux périmètres moyens de leurs âges, présentent donc des différences importantes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1930)

Présentation. — M. J.-L. FAURE dépose sur le bureau de l'Académie le volume sur Péan de notre collaborateur et ami le docteur Albert Brochin.

Rapports. — M. SIREDEY donne lecture du rapport sur les travaux concernant le *service des eaux minérales.*

M. Lucien CAMUS lit le rapport général *sur les vaccinations et revaccinations* pratiquées en France et dans les colonies en 1929-1930.

M. CARNOT fait un rapport sur une question soulevée par M. Armaingaud au sujet de l'*utilisation de la main gauche.*

Hygiène de l'enfance. — Enfin, M. LESAGE présente son rapport sur les centres d'adaptation et d'élevage spéciaux aux enfants assistés.

Il apporte les conclusions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité :

1° Que dans chaque département (en dehors de la Seine) la crèche dépositaire soit transformée en un centre d'adaptation où l'enfant assisté sera gardé jusqu'au jour où il sera apte à supporter l'alimentation en usage au centre d'élevage. Le départ sera décidé par le médecin.

2° Que dans tout centre d'adaptation l'allaitement au lait de femme ou mixte puisse être donné à tout enfant dont l'état de santé l'exige.

3° Que soient créés des centres d'élevage spéciaux où l'enfant sortant du centre d'adaptation sera mis en placement familial sous la surveillance affective et constante du médecin et de l'infirmière visiteuse.

Ces centres pourront être interdépartementaux.

L'épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin. — MM. LEVADITI, SCHUTZ et WILLEMIN communiquent les résultats de leurs recherches épidémiologiques et expérimentales entreprises à l'occasion de l'épidémie de poliomyélite ayant sévi dans le département du Bas-Rhin de juillet à octobre 1930. Cette épidémie a été d'une gravité exceptionnelle puisque, pour une population globale de 670.900 habitants, il a été enregistré 405 cas typiques (60,3 pour 100.000 habitants). Elle a montré un décalage saisonnier des plus nets ayant apparu plus tôt que d'habitude (maximum en juillet au lieu de septembre). Du point de vue épidémiologique, les auteurs établissent que l'épidémie se propage en conférant un état réfractaire aux territoires anciennement contaminés et que cette propagation s'effectue en général le long des cours d'eau. La poliomyélite montre

une prédilection manifeste pour les localités de la plaine situées dans des régions humides, à nappes d'eau superficielles. Elle s'arrête aux premiers contreforts des régions montagneuses. L'épidémie a été influencée par certaines conditions climatiques, hausse de la température ambiante, sécheresse de l'air, abaissement du niveau de la nappe d'eau souterraine. Chaque fois que l'enquête a été possible, elle a permis d'établir la transmission du virus par contact interhumain. Mais ce contact ne semble pas suffire à lui seul; d'autres facteurs interviennent, parmi lesquels il y a lieu de citer ceux qui se rattachent à la vie sociale des individus et ceux qui sont liés aux conditions géographiques, géologiques et météorologiques où ces individus vivent. Certaines conditions locales, liées au terrain, facilitent la propagation de la paralysie infantile (facteurs telluriques). En aucune occasion, l'hypothèse de la propagation de la maladie par l'intermédiaire de l'eau de boisson ou des aliments ne s'est imposée d'une manière exclusive.

Du point de vue expérimental, les auteurs ont isolé le virus de l'épidémie d'Alsace et ont constaté que sa virulence était relativement atténuée. C'est là une explication de ce fait que le maximum de la morbidité a été constaté chez des enfants âgés de zéro à six ans. Le germe a pu être retrouvé dans les sécrétions naso-pharyngées et dans l'amygdale des sujets malades. Il a été impossible de le déceler hors de l'organisme humain (eau, aliments, etc.). Les moustiques ne jouent aucun rôle dans la propagation de la poliomyélite.

De l'emploi en boulangerie des produits dits « améliorants » des farines. — M. Kling apporte une communication relative à la question du traitement chimique des farines. Il estime que l'usage des poudres dites « améliorantes » est utile pour la panification, mais non indispensable; — qu'il n'est pas souhaitable pour le consommateur qui n'en tire aucun avantage; — que si, néanmoins, cet emploi était toléré, il ne pourrait l'être que dans les moulins munis de doseurs et de mélangeurs rationnels, mais non dans la boulangerie sous peine de danger pour les consommateurs.

Autres communications :

Les caractères évolutifs de l'ophtalmie sympathique se terminant par la guérison. — M. Villard.

Note sur un essai de traitement des néoplasmes. Quelques faits expérimentaux. — M. Aimes.

Recherches sur les mécanismes généraux de la croissance et sur ceux des croissances néoplasiques. — M. Hirsch.

Remarques sur le risque professionnel et les accidents du travail. — M. Poenaru-Caplesco.

Une cause d'erreur possible au cours de la numération du coli-bacille dans des eaux anciennement polluées. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt (de Lyon) signalent un fait intéressant dont la méconnaissance peut être l'objet d'erreurs d'interprétation préjudiciables à l'hygiène et à la santé publiques.

Ils montrent qu'alors que certaines eaux polluées à deux ou trois millions de colibacilles au litre peuvent, après un certain temps, variable suivant les échantillons, apparaître comme complètement stériles par auto-épuration, il suffit d'ajouter à cette eau une trace de matière nutritive stérile (eau peptonée, eau d'égout filtrée, liquide de fosse d'aisance stérilisé) pour voir réapparaître et proliférer en récupérant leurs caractères fermentatifs habituels des germes qui persistaient à l'état latent dans l'échantillon examiné et qui paraissaient indécelables.

Les auteurs fournissent des exemples de ce fait et montrent par extension que dans la nature il est possible que, sans pollutions nouvelles, des eaux recevant des éléments nutritifs même aseptiques apparaissent brusquement et fortement contaminées. Ce phénomène de régénération sur place d'un colibacille persistant à l'état indécelable doit être valable pour d'autres germes pathogènes du groupe intestinal et se rapproche dans son essence et dans sa production des observations de M. Trillat sur le rôle alimentaire pour les microbes de traces infinitésimales de matières organiques ou de certains gaz ajoutés à l'eau. (Séance du 25 novembre.)

Séance annuelle. — La séance annuelle aura lieu mardi prochain à 3 h. Après la proclamation des prix, l'éloge de Jaccoud sera prononcé par M. Ménétrier, président.

M. le secrétaire général parlera de « Jaccoud à l'Académie ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1930)

Fracture du scaphoïde et luxation trapézo-métacarpienne associées. — M. Mouchet rapporte cette observation de M. Tillier (d'Alger). La lésion passée inaperçue par suite d'une lésion grave de la hanche, donna sans traitement un résultat fonctionnel satisfaisant.

Deux cas de luxation rétro-lunaire dont une accompagnée de fracture du scaphoïde. — A propos de ce travail de M. Masini, M. Mouchet conclut que dans le premier mois il faut tenter la réduction manuelle, sinon la reposition opératoire et seulement en cas d'échec l'ablation du semi-lunaire.

Chevillage dans les fractures diaphysaires des os longs. — Ce travail de M. Cornioley (de Genève) est rapporté par M. Proust. M. Cornioley préfère l'enchevillement par fragment osseux aux synthèses métalliques dont le matériel ne serait pas toujours parfaitement toléré à l'avant-bras.

M. Dujarier trouve la prothèse métallique plus simple.

M. Bréchot trouve que la synthèse chez l'enfant donne des résultats excellents et constitue un procédé de choix.

M. Duval estime que l'ostéosynthèse n'est souvent pas nécessaire.

M. Mathieu considère que l'ostéosynthèse trouve des indications exceptionnelles chez l'enfant et que les réadaptations se font remarquablement. Elle provoque d'ailleurs des cals volumineux.

M. Martin a obtenu de bons résultats de la simple reposition sanglante.

M. Bréchot estime que l'ablation rapide du matériel de fracture évite le gros cal.

M. Lenormant estime dangereux de placer du matériel en plein centre osseux, en détruisant la moelle osseuse.

M. Bazy rappelle que M. Wiart a montré scientifiquement l'existence d'un couple électrolytique dans certaines pièces métalliques.

M. Alglave n'est pas partisan de l'enchevillement central.

M. Mauclaire considère que ce procédé peut donner de bons résultats.

M. Proust, partisan de la synthèse métallique, rappelle cependant que M. Cornioley obtient de bons résultats par son procédé.

Cachexie ovarienne, occlusion intestinale, et sérum intraveineux. — M. Proust rapporte ce travail de M. Lecercle de Damas : dans un premier cas il obtint dans une cachexie ovarienne un bon résultat de l'emploi du sérum à 20 p. 100; dans le second cas une erreur de technique a provoqué une réaction locale grave, mais bon résultat général.

Chirurgie parathyroïdienne. — M. Leriche rappelle que si le chirurgien intervient volontiers pour tumeur per-

ceptible, mais il est plus difficile de se décider à enlever une parathyroïde minuscule chez des polyankylosés. Cependant Opel rapporte une série de résultats intéressants. Sur dix cas de polyankylose M. Leriche et son assistant n'ont vu que trois fois de l'hypercalcémie. Peut-être d'ailleurs l'hypercalcémie est-elle parfois passagère. M. Leriche a obtenu un résultat immédiat remarquable dans un cas, mais huit semaines après les douleurs reparaissent, les téguments redeviennent rouges et chauds. L'essai d'un traitement parathyroïdien donne une amélioration des douleurs. M. Leriche insiste sur la difficulté de reconnaître les parathyroïdes, mais par contre on peut intéresser la vascularisation parathyroïdienne en sectionnant l'artère thyroïdienne inférieure. Bon résultat maintenu au bout de quatre mois (1).

M. Brocq demande quel est le niveau auquel il conviendrait de relier la thyroïdienne inférieure.

M. Leriche estime qu'il faut lier près de l'arborisation vasculaire.

Prévention des complications pulmonaires post-opératoires par administration systématique de lavement de lait créosoté. — M. Basset envisage les opérations abdominales, qui donnent d'après les statistiques 6 à 14 p. 100 de complications pulmonaires. M. Basset n'a pas eu de décès pulmonaires, et seulement 1,72 p. 100 de complications pulmonaires après emploi des lavements créosotés.

M. Lance emploie comme Chastenet de Géry l'huile goménolée sous la peau pour prévenir les complications pulmonaires.

M. Bréchot emploie de l'eucalyptine.

Crises solaires. — M. Leriche ayant drainé un cholédoque a injecté du lipiodol : les canaux pancréatiques ont été injectés, et le malade a guéri.

Présentation de malades. — **Fracture du calcanéum.** — M. Desplas présente trois excellents résultats après intervention et greffe osseuse suivant le procédé de Wilmoth.

Volet postérieur pour tumeurs cérébrales. — M. de Martel présente cinq malades opérés par son procédé avec volet postérieur qui permet une seconde réintervention très facile.

Présentation de pièces. — M. Proust présente un appendice lésé au niveau d'un calcul.

(1) Voir Leriche et Yung. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n 97, p. 1733.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (1)

Doctorat d'Etat. — 12. Aubert. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier n° 71, p. 1267; Lille, n° 73, p. 1299; Strasbourg, n° 74, p. 1316; Bordeaux, n° 80, p. 1413; Lyon, n° 97, p. 1738.

16. Barthélemy. — Contribution à l'étude du traitement des pneumopathies aiguës par le gluconate de calcium.
22. Beaudouin. — Médicaments irradiés et rachitisme.
6. Bernier. — Etude clinique et pathogénique des rapports de la scoliose et de la syringomyélie.
5. Carolus. — Hernies inguinales droites consécutives à l'appendicectomie.
28. Collesson. — La méningite goutteuse. Manifestations aiguës de la goutte abarticulaire.
31. Crestin. — Contribution à l'étude du corps jaune.
38. Croci. — Le traitement des gangrènes pulmonaires.
35. Cunin. — Etiologie et traitement de certaines hémorragies récidivantes du vitré.
25. Degand. — L'ictère hémolytique congénital et son traitement par la splénectomie. A propos de quelques cas nouveaux.
27. Demay. — Essai sur l'appareillage des mutilés de travail.
20. Dengreville. — Le syndrome abdominal aigu des traumatisés de la moelle.
14. Duchene. — Les réactions étranges des déments précoces. Etude psychopathologique et conclusions médico-légales.
36. Gaudez-Rave. — Traitement de la coxa-vara rachitique infantile.
13. Giry. — Dysostoses cléïdo-scapulaires et syndromes associés.
18. Guédeney. — Deux types cliniques d'endocardite maligne aiguë.
2. Guérin. — Le médecin et la justice du XIIIe au XVIIIe siècle en France et en Lorraine,
19. Cuyot. — Remarques sur l'étiologie et sur quelques formes cliniques du rhumatisme articulaire aigu.
11. Haushalter. — Insuline et croissance dans la première enfance.
3. Hoche. — Sur le séminome de l'ovaire.
10. Jaisson. — Etude sur les ostéoses éburnantes. Six cas de tibias éburnés.
4. Labarge. — Les sous-produits des eaux minérales. Leur utilisation au domicile du malade.
40. Laurent. — Le cancer du méat urinaire chez la femme. Son traitement par la curiethérapie.
33. Lorcin. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la monocytose.
37. Louyon. — Premières recherches cliniques sur l'action hypoglycémiante de la vagotonine.
32. Manteaux. — Contribution à l'étude de la chorée gravidique.
1. Montignot. — Traitement du rachitisme en collectivité par la plage artificielle.
29. Mouillard. — Kystes et pseudo-kystes de l'arrière-cavité des épiploons.
. Nicolas. — Contribution à l'étude de l'acrocéphalosyndactylie.
34. Nivlet. — Tuberculose de l'ischion.
43. Pierrot (André-Emile-Henri). — Les eaux médicinales de Saint-Dié (Vosges). Etude historique et scientifique.
30. Pierrot (Henri-Robert). — La pression veineuse. Son intérêt comme méthode de contrôle du pneumothorax artificiel.
26. Rousseaux. — Le syndrome Kummel-Verneuil. Etude symptomatique et pathogénique.
23. Schœnnagel. — Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques. Etats d'excitation et syphilis.
41. Vaisbuch. — Les grossesses tardives après 50 ans.
17. Vatin. — Etude générale sur la consanguinité. De l'influence possible de la syphilis sur les méfaits des unions consanguines.
21. Verdier. — Insuline et excitabilité réflexe des centres pneumogastriques.
15. Voinot. — Le spondylolisthésis du nourrisson et de l'enfant.
8. Vuillaume. — Les paralysies bilatérales de la sixième paire des nerfs craniens.

Doctorat de l'Université. — 42. Altinoff. — Quelques cas de tuberculose osseuse juxta-articulaire.
39. Gertner. — De la résection du nerf présacré dans les états douloureux pelviens de la femme.
24. Said-El-Kateb. — Contribution à l'étude de l'invagination intestinale d'origine appendiculaire.
9. El-Menchaoui. — Le centre expérimental de prophylaxie antipaludéenne de Medemblik (Hollande septentrionale).

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

LIVRES NOUVEAUX

La Mort de Stamboul (1), par le docteur Henri Aurenche. Préface de Paul Chack.

Notre excellent confrère et ami Henri Aurenche est un voyageur qui sait voir et mieux encore sait faire profiter ses lecteurs de ce qu'il a vu. Récemment il nous promenait « sur les chemins de la Corse », aujourd'hui il veut bien m'adresser son dernier né, un livre très beau dont la lecture est bien attachante et parfois singulièrement émouvante.

Après plusieurs voyages à Constantinople à une époque où les voyageurs, la mémoire pleine encore des souvenirs de Théophile Gautier et de ceux de Loti, se laissaient si facilement prendre par le charme de Stamboul, le docteur Aurenche a voulu revoir le Bosphore.

Le déclin de Stamboul a profondément ému notre confrère, il en a recherché les causes et, suivant la jolie expression de Paul Chack, il s'est penché, en médecin, sur Stamboul à l'agonie.

En bon thérapeute le docteur Aurenche ne désespère pas du sort de Stamboul.

Tous ceux qui s'intéressent à la Turquie, où la France joua un si grand rôle, voudront lire le beau livre plein de tristesse, mais aussi plein de grands souvenirs qui permettent peut-être l'espoir d'une renaissance. F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(1) In-8. — J. Peyronnet et Cie, 7, rue de Valois.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

SPORTS D'HIVER. — RELATION RAPIDE PARIS-BRIANÇON. — Pendant l'hiver, un rapide de nuit de toutes les classes comportant des places de couchettes circule tous les jours entre Paris et Briançon, via Valence-Veynes.

Départ de Paris 21 h. 10, de Lyon-Perrache 4 h. 32.

Arrivée à Valence 5 h. 58, à Veynes 9 h. 10, à Gap 9 h. 46, à Embrun 10 h. 49, à Montdauphin-Guillestre 11 h. 13, à Briançon 12 h.

Au retour : départ de Briançon 17 h. 03, Montdauphin-Guillestre 17 h. 39, Embrun 18 h. 02, Gap 19 h. 06, Veynes 20 h. 12, Valence 23 h. 30.

Arrivée à Lyon-Perrache 1 h. 02, à Paris 9 h.

— RELATION RAPIDE PARIS-CHAMONIX-ARGENTIÈRE. — Pendant l'hiver, un rapide de nuit circule entre Paris et Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet (Chamonix-Mont-Blanc) trois fois par semaine jusqu'au 14 décembre 1930 et du 1er mars au 14 mai 1931. Il a lieu tous les jours du 16 décembre 1930 au 28 février 1931 et comporte des places de lits-salons et de couchettes ainsi que des 1re et 2e classes. En outre, du 16 décembre 1930 au 28 février 1931, ce train comprend sur tout son parcours, un wagon-lits de 1re et 2e classes.

Départ de Paris (les mardis, jeudis et samedis jusqu'au 14 décembre et du 1er mars au 14 mai 1931) 21 h. 50.

Arrivée à Sallanches-Combloux-Mégève 9 h. 53, Saint-Gervais-les-Bains 10 h. 06, Chamonix-Mont-Blanc 11 h. 28, Argentière 12 h. 04, Montroc-le-Planet 12 h. 16.

Au retour (les mercredis, vendredis et dimanches jusqu'au 16 décembre et à partir du 1er mars) : départ de Montroc-le-Planet 16 h. 49, Argentière 17 h. 01, Chamonix-Mont-Blanc 17 h. 33, Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet 19 h. 10, Sallanches-Combloux-Mégève, 19 h. 22.

Arrivée à Paris 7 h. 02.

Guide médical des spécialités pharmaceutiques et des établissements médicaux, par le docteur JAILLARD. — A. Weissenthanner, 78, avenue de la République, Paris (XIe).

N° 99 — MERCREDI 10 DÉCEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 10 DÉCEMBRE 1930. — N° 99.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : **50** c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — (*Mémoire.*) Ont obtenu : MM. Albot, 18; Caroli, Cattan, Desbuquois, Launay, Rouquès, 17; Rudolf, 18; Thiroloix, 20; Thoyer, 18; Worms, 19.

Epreuve écrite anonyme. — Séance du 3 décembre. — Questions données : « Hémorragie méningée. — Physiologie de la coagulation du sang. »

MM. Thiroloix et Worms, 28.

Epreuve clinique anonyme. — Séance du 5 décembre. — MM. Thiroloix et Worms, 18.

Classement : Médaille d'or, M. Thiroloix.

Médaille d'argent : M. Worms.

Chirurgie. — (*Mémoire.*) Ont obtenu : MM. Audouin, 17; Kaufmann, 16; Patel, 20.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. de Pariente, Bousset, Brunel, Alpern, Terrasse, Delamare, Auzépy, Viala, de Font-Réaulx, Pham,

11. Demaldent, Mlle Pichon, MM. Schwartz, Albeaux, Relier, Jomain, Lachter-Pachter, Barthélémy, Courvoisier, Frumusan,

21. Reboul, Courtial, Robert (Paul), Vaidié, Chigot, Meillaud, Leuret, Braillon, Bloch (Léon), Capandji,

31. Netter, Nicolas, Ollivier (Jean), Prost, Lemelletier, Macé de Lepinay, Eck, Aubrun, Guy, Christian (Paul),

41. Carteret, Grasset, Benzaquen, Piel, Leblanc, Loutsch, Simon (Noël), Leborgne, Kreis, Dugas,

51. Laplane, Halbron, Bicy, Fort, Lehmann (Robert), Dubois (Jean), Loisel, Simon (Roger), Richard (Robert), Barhaya,

61. Benoit (Hubert), Mlle Delon, MM. Lieffring, Cacuira, Carlotti, Mlle Baguette, M. Moline, Mlle Fagnière, MM. Royer de Véricourt, Laquerrière,

71. Janvier, Loiseau, Meyer-Heine, Malgras, Martin (Jean), Brachmann, Brizart, Lemant, Gorce, Lazard,

81. Stéphanie (Lucien), Valensi, Hamburger, Delinotte, Bélètre, Bardin, Hutin, Gigon, Elbian, Bissery,

91. Sergent.

Externes en premier. — 1. MM. Willot, Baumgartner, Ferroir, Judet, Stree, Percarolo, Arnal, Sidi, Fresnais, Soubrane,

11. Soyer, Kaplan, Lichtenberg, Lachmann, Camelot, Landrieu, Hubert, Legris, Marre, Cotin,

21. Chaillol, Varangot, Macrez, Catonné, Vautrin, Vaudour, Pyt, Damon, Zha, Gibert,

31. Dreyfus, Groulier, Fontaine, Sauvain, Dumont, Boulle, Seringe, Lortat-Jacob, Brouet, Mlle Hahn,

41. MM. Bourdial, Picard, Lafont (Victor), Cachin, Turiaf, Bastien, Livieratos, Mlle Jammet, MM. Scheid, Limoge,

51. Durieux, Sabourin, Mlle Gagneur, MM. Lucas, Dezoteux, Mlle Armelin, MM. Wettervald, Genty, Bensaude, Arvay,

61. Roy (André), Delorme, Roux, Guny, Augereau, Aliker, Perreau (Pierre), Levannier, Fourestier, Iliovici,

71 Bonnet (Pierre), Mlle Lepine, MM. Pourquié, Jouffroy, Debray, Mlle Poindessault, MM. Bloch (Henri), Broutmann, Ollivier (Claude), Sterin,

81. Thomann, Boyer, Leroy (Louis), Suchmann, Piraud, Moreau, Brinon, Dormay, Tran Quang (de), Lauret,

91. Blau, Camus (Jean), d'Escrivan, Gautier (Jacques), Maury, Ghozland.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — L'administration de l'Assistance puublique publie la liste alphabétique des candidats admis. Nous la donnons en attendant le classement par ordre de mérite que nous publierons dans un de nos prochains numéros :

MM. Aaron, Abiteboul, Adle, Ameur, Amigues, Anglade Antomarchi, Arguelles, Auffret, Aussannaire, Austervell, Avenier,

Bagot, Bain, Mlle Balossini, MM. Bardon, Barouch, Barry

Basset, Mlle Bataille, MM. Bauer, Baulande, Bayle, Bellotte, Bembarou, Berenger, Bessil, Besson, Bibas, Blanchard, Blot, Bombimer, Bondoux, Mlle Bonnenfant, MM. Boquet, Bouillé, Bour, Bourel, Boursaus, Bregeat, Breitel, Bretton, Broche, Brun, Bruno, Buffard, Buisson, du Buit, Bussière, Buttin,

Campesco, Camus, Cante, Mme Capitain, MM. Carniol, Casalis, Cau, Caudron, Cauvy, Cernéa, Chalochet, Chapoy, Chaudié, Mlle Cheikh, MM. Chenebault, Ciaudo, Claude, Claudeville, Clénet, Clerc (Pierre), Clerc (René). Cochème, Combe, Mlles Cottineau, Cotton, MM. Coulombeix, Courtin, Crepon, Creusot, Curéveau, Mlle Cuvier,

MM. Dandier, Darmon, Dartiguepeyrou, Dastugue, Dauphin, Daverne, David (Elie), David (Isaac), Debouvry, Delage, Delaroche, Mlle Delaroche, M. Delattre, Mlle Demschenko, MM. Depaillat, Derobert, Desmonts, Mlle Despax, MM. Desrosiers, Devoucoux, Dhéry, Dillange, Doger de Speville, Dubos, Ducros, Dufour, Mlles Duméry, Duran, M. Dutheil, Mlle Dutilleul, MM. Duval,

Ebstein, Ecklé, Enquin,

Falin, Faulong, Fekète, Fischmann, Florès, Forestier, Fornari, Fortin, Fourault, Franchel, Fréret,

Gallois, Garcin, Genestoux, Gerbet, Mlle Ghinsberg, MM. Ghozland, Giaume, Gillet, Giraud (Jean), Gireaux Mlle Giret, MM. Glaserman, Glénard, Goeré, Goez, Gourand, MM. Gout, Goutner, Gras, Greene, Grenet, Gresse, Gros (Bernard), Gross (Félix), Grossiord, Grupper, Guénin, Guéret, Guès, Mlle Guignard, MM. Guili, Guillemin, Guillon, Guittard,

Mlle Haguenauer, MM. Halpern, Hascoët, Hébert, Hector, Herluison, Hofmann, Huchet,

Ingrand, Izraël,

Jamain, Jan, Jannette-Walen, Jassin, Joly (Max), Joseph, Jouou,

Mlle Kapp, MM. Karabourbouins, Kasatzker, Katz, Kérambrun, Kern, Kolpenitzki, Krug,

Laigle, Lajouanine, Lambert, Landes, Landolt, Lapierre, Lardenois, Laumonnier, Laurence, Mlle Laurens, M. Laurent, Mlle Lauriat, MM. Lazarovici, Lebreton, Le Brun, Leclercq, Lecointre, Lefebvre, Lefer, Lefkovitsch, Léger, Mme Legoux, MM. Legrand, Legroux, Leibovici, Lemaire, Le Pavec, Lepetz, Lepintre, Lepeytre, Lepoivre, Le Roy, Leschi, Lespinat, Mlle Lévy, MM. Lévy, L'Hirondel, Lignières (de), Lobel, Mlle Lods, MM. Logeais, Mlle Lorain, MM. Luteran, Lutrot

Magder, Maillard (Jean), Maillard (Pierre), Maleyrie, Mande, Mandel, Marcus, Mlle Margueron, MM. Martin (Max), Martin (Pierre), Maruelle, Mathey, Mathieu, Matras, Maugenest, Maurice, Maury, Maynadier, Meillon, Mekdjian, Menanteau, Meyer, Meynard, Michard, Michaud, Michel (Jean), Michel (Roger), Mignot, Millian, Mitrani, Moïsesco, Monin, Monier, Monsaingeon, Montagne, Monti, Montis (de), Mlle Montrozier, MM. Morichau-Beauchant, Morin,

Nakache, Negreanu, Neumann, Ngo Quoc, Normand (Maurice), Normand (Pierre), Nouaille,

Orinstein, Orsoni,

Pellerat, Perevon, Périgaud, Perrot, Petit (Maurice), Petresco Mlle Pevet, M. Philippe, Mlle Picard, MM. Piétroni, Piton, Placa, Plas, Plique, Porret, Pupko, Puyo,

Rabinovici, Mlle Renié, MM. Reynaud, Richard Rizoff, Robert, Robin, Rocca Serra (de), Rohozinski, Rosenberg (Moses), Rosenberg (Tiburce), Rosenfeld, Rossier, Mlles Rotté, MM. Rouvet, Rouzaud, Rovianu, Rüdich,

Mlle Sachnine, MM. Sachnine, Sachs, Saillant, Salaun, Salvanet, Samain, Sarrazin, Sautter, Schneider (Jean), Segall, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal (Paul), Serane, Sicard, Mlle Simon, MM. Simon (Paul), Simonin, Siraga, Sobieski, Soullard, Statlender, Streusana, Suire, Szejdel, Sztejn,

Tardiveau, Taveau, Thomas (Ferdinand), Thomas (Henri), Thomeret, Tiffeneau, Torrel, Tran Tan, Mlle Trocmé, MM. Truelle, Tu-Chan-Canh, Turchini, Turlotte, Tzannetis, Mlle Valette, MM. Vancostenoble, Vassor, Veltier, Vialard, Mlle Vialet, MM. Vialle, Viault, Viennot, Vincent, Vivien,

Weil (Jacques), Mlle Wetzel, M. Wolfromm, Mlle Wuest, MM. Zarachovitch, Zivy, Zwillinger.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lange, Saric, Dupin, Sourreil, Penaud, Dupuy, Ferradou, Lapouge, Grèze, Bergougnan, Cras.

Internes provisoires : MM. Strohl, Duffard, Dutrénit, Guérin, Lelain, Lumau, Loumaigne, Nancel-Pénard, Chantegreil, Pery, Clavel, Verger.

— TOURS. — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Tours se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Boivin, Joly, Février, Prat.

Externes : M. Babeau, Mlle Bellamy, MM. Raust, Révérand, Schwartz, Vasiliu, Marteville, Belloy, May, Mlle Couléon, MM. Massot, Bibault, Appert, Mordelet, Fleury, Guérin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Sont nommés professeurs honoraires MM. Hugounenq, Rochet et Barral.

— TOULOUSE. — Un décret approuve la délibération du Conseil de l'Université de Toulouse portant création d'un Institut de sérologie et de prophylaxie vénérienne près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette Université.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Thouvenin, professeur suppléant des chaires de chirurgie est nommé professeur de pathologie externe à l'Ecole en remplacement de M. Tesson nommé précédemment professeur de chirurgie.

— NANTES. — M. le docteur Yves Bureau a été nommé, après concours, médecin spécialiste suppléant des hospices pour la dermatologie et la syphiligraphie.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. Gaston Réaubourg, docteur en pharmacie, conseiller du commerce extérieur, président général de l'Union des syndicats des grandes pharmacies de France et des colonies, est nommé membre de la commission instituée par les arrêtés susvisés en remplacement de M. Amour Bailly, décédé.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, chargé des dispensaires antituberculeux dans le département des Landes.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type.

Les demandes de candidature doivent être adressées avant la fin de l'année à la préfecture de Mont-de-Marsan.

(Voir la suite des « Informations », p. 1777.)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU DE TOULOUSE

DE L'ESPRIT MÉDICAL[1]

Par M. le Professeur CESTAN.

Depuis de nombreuses années, j'ai dû bien souvent prendre la parole devant un auditoire médical, parfois même dans des circonstances graves où se jouait le destin de ma vie. Cependant, j'ai pleine conscience que mon cœur n'a jamais été étreint plus qu'aujourd'hui par une aussi poignante anxiété, causée qu'elle est par la notion de la lourde responsabilité professorale que j'endosse, et par l'émotion légitime d'une leçon inaugurale devant une assemblée composée et d'anciens au scepticisme souriant, et de jeunes à la curiosité parfois teintée de bienveillante ironie.

Je vous remercie donc, mes chers collègues et amis, d'avoir bien voulu perdre quelques instants précieux pour m'apporter ici le concret témoignage réconfortant de votre sympathie.

C'est le pied sur le seuil de la carrière, le cerveau tout énivré par la sève ardente de la jeunesse, qu'on fait, éveillé, les rêves professionnels les plus beaux. Or voici que ce rêve devient pour moi la réalité d'aujourd'hui. Dans cette joie de l'effort couronné de succès, au sommet de la côte, je me retourne vers le chemin parcouru pour remercier et les maîtres, et les amis qui, me tendant la main dans la montée parfois un peu rude de la vie, ont été ainsi les artisans de mon succès.

Si j'évoque mon enfance, je fais sortir de la pénombre une image embuée, comme les admirables portraits de Carrière, d'une teinte affective bien douce, celle de mon premier maître, mon père. C'est qu'en effet il fut pendant cinquante ans médecin praticien dans la petite ville de Gaillac; il ne pouvait guère faire profiter le garçonnet que j'étais de sa culture médicale. Mais je l'ai vu vivre cette vie de dévouement qui est la gloire de nos praticiens français, et par lui j'ai connu ces relations de sûre confiance qui s'établissaient entre le malade et son docteur et dont la source était la reconnaissance de l'un, le désintéressement de l'autre.

Ici, à l'hôpital, dans nos salles vous goûterez à ces joies dégagées de toute pensée de lucre, soit que vous poursuiviez la recherche désintéressée de la vérité scientifique, soit que, compatissant à la douleur qui vous entoure, vous apportiez à vos malades les paroles qui font renaître l'espoir dans leurs cœurs angoissés. Voilà les raisons qui expliquent l'attachement si profond que nous avons tous ici pour nos services hospitaliers.

J'exprime toute ma vive gratitude à mes maîtres parisiens, Babinski, Brocq, Raymond, Souques, Teissier, Thibierge, à mes amis les professeurs Euzière, Guillain, Sicard, Verger, à mes camarades de travail Babonneix, Descomps, Dupuy-Dutemps, Lhermitte, Oberthur, Philippe, à mes collaborateurs toulousains de sûr dévouement, Gay, Laborde, Pujol, Riser, Sauvage, Sendrail, Sorel, Tapie dont certains ont déjà le pied sur une carrière professorale qui s'annonce si brillante. Par leur exemple et par leurs conseils, par des actes et par des paroles, par leur collaboration, ils mont aidé de leur mieux, de telle sorte que ma vie scientifique est plus ou moins entrelacée avec la leur. Aux uns, déjà disparus, vont mes souvenirs émus, aux autres des paroles de respectueuse reconnaissance ou d'indéfectible affection. Comment, en ce jour, ne pas évoquer les figures de mon frère, le professeur Cestan, et de mon beau-frère, le professeur Bauby; mais votre délicatesse de sentiments comprend les raisons qui me dispensent d'insister. Qu'il me suffise de dire que le souvenir de la valeur scientifique et morale de ces deux grands chirurgiens n'est pas près de s'éteindre dans cette Faculté.

M. le Doyen et mes collègues de la Faculté ont bien voulu me permettre de réaliser mon désir le plus vif. Comme la façon de donner vaut souvent autant que ce qu'on donne, je les remercie doublement de leur geste amical.

J'ai assumé la responsabilité de cette Chaire de Clinique médicale, lourd héritage puisque dans ces salles ont enseigné des maîtres tels que Caubet, Mossé, Morel dont j'ai pu bien souvent apprécier aussi bien le talent professoral fait d'érudition, d'esprit de finesse, de sens clinique avisé, que les qualités morales de bonté, de haute justice, de dévouement, heureux ensemble qui crée des liens puissants tant entre le professeur et l'élève qu'entre le médecin et ses malades. Mais la Faculté a-t-elle été vraiment de son temps, en acceptant qu'un professeur de Neuro-psychiatrie abandonne une chaire dite de spécialité, pour celle de la Clinique médicale générale, alors qu'on voit peu à peu se détacher du tronc commun de la médecine, une série de cliniques telles que : Maladies infectieuses, Tuberculose, etc...

On ne saurait nier, en effet, que la spécialisation ne soit la conséquence inévitable du progrès. Il devient de plus en plus difficile de se tenir au courant de la totalité du mouvement des idées médicales, et surtout de la pratique des techniques nouvelles. Qui pourrait se permettre aujourd'hui d'affirmer sa connaissance conforme aux idées du jour de toutes nos méthodes d'investigation médicale, exploration physico-chimique des humeurs, radioscopie, bactériologie, électro-cardiographie, chronaxie, etc...

Au point de vue de la technicité, la spécialisation donne un tour de main, une virtuosité d'exécution incomparable. Par l'habitude, nos sens s'affinent dans telle ou telle direction, notre motilité s'hypertrophie et se précise par une sorte d'automatisme en vue d'un travail déterminé; nous y gagnons précision et rapidité.

Au point de vue clinique, grâce à la spécialisation, la possibilité d'examiner en série la même catégorie de cas morbides enrichit notre mémoire de détails cliniques, ce qui rend rapides et précis l'étude comparative et le diagnostic des cas nouveaux.

Mais en pratique, la spécialisation de l'enseignement clinique n'est possible que si la situation de lieu de la Faculté permet une hospitalisation d'un

(1) Leçon inaugurale faite le 18 novembre 1930.

matériel clinique suffisant. N'oublions pas qu'à Toulouse, nos ressources hospitalières sont parfois un peu pauvres, et qu'au surplus nous avons surtout l'ambition de parfaire l'instruction médicale de praticiens qui doivent savoir assez de tout. A ce point de vue j'ai cru possible de réaliser cette spécialisation dans mon service de Clinique médicale où, grâce à des collaborateurs compétents et spécialisés, nous pourrons appliquer la technique qui s'impose pour l'étude des diverses branches, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, etc... Je sais bien que la grande difficulté de notre tâche sera de réunir ici de nombreux cas cliniques. Sur ce point j'adresse un pressant appel à nos proches confrères, praticiens de ville et de campagne. J'exprime ici mon vif désir de tenir avec eux et avec vous tous plus tard aussi serrés que possible les liens de collaboration scientifique. Lequel d'entre nous, en présence d'un cas clinique rare et difficile, n'a-t-il pas dit, en pensant à ses années d'étude : « si j'avais pu! si j'avais su! »; nous devons tous avoir à cœur, professeurs et praticiens, de collaborer pour faciliter la tâche de la jeunesse. Or les praticiens le peuvent singulièrement en nous adressant les cas scientifiques intéressants; nous serons toujours à leur disposition pour leur communiquer le résultat de nos recherches cliniques et de nos examens de laboratoire. Tout le monde ne pourra que gagner à cette collaboration pratique, nous qui verrons croître nos ressources cliniques, les praticiens qui resteront en contact plus intime avec la pratique du laboratoire et échapperont ainsi à la sournoise routine, lierre qui étouffe peu à peu l'esprit de curiosité scientifique, le malade enfin qui pourra profiter plus aisément des progrès de la technique médicale, et se trouvera enchanté qu'on s'occupe plus particulièrement de son cas.

Je suis donc un partisan de la spécialisation, mais dans une sage mesure. Le spécialiste ne doit pas perdre contact avec la médecine générale; l'automatisme a chez lui la fâcheuse tendance de se substituer peu à peu à l'analyse, au raisonnement comparatif réfléchi, et il est à craindre que ne s'endorme ainsi l'esprit de curiosité scientifique. Pour connaître beaucoup d'une chose, il faut savoir assez de tout. Tous les chapitres de la Pathologie s'entrelacent pour faire un bloc homogène, au point que je ne trouve pas mon horizon médical bien changé en passant de la Clinique de neurologie à celle de la Clinique médicale. Je tiens à vous en donner aussitôt une démonstration qui me paraît éclatante, car, pour ce faire, je n'ai qu'à vous exposer dans ses grandes lignes la physiologie pathologique d'une algie viscérale, par exemple celle d'une algie gastrique.

Voici donc devant nous, clinicien, un malade qui se plaint d'éprouver des algies gastriques. Nous avons procédé à un interrogatoire méthodique qui nous a permis de fixer le siège exact, ou limité, ou diffus de la douleur, ses irradiations locales, sa répercussion hyperesthésique sur telle partie du tégument abdominal, ses relations avec la qualité des aliments, avec l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac; par l'étude du chimisme gastrique et par la radioscopie nous avons établi la valeur des fonctions sécrétoire et motrice de cet organe. Cet examen local a été complété par l'examen des autres organes abdominaux, du système nerveux et du psychisme. Recueillir tous ces renseignements cliniques, voilà le point de départ; le but à atteindre sera d'en dégager d'abord un diagnostic, ensuite une thérapeutique logique anti-algique. Or je vais vous montrer que pour mener au mieux cette double tâche, la collaboration médico-chirurgicale doit faire appel à des notions précises d'anatomie, de physiologie, de neurologie, de psychiatrie même, car à plusieurs reprises j'ai vu prendre des douleurs tabétiques pour des ulcères gastriques, ou inversement des cancers stomacaux pour des algies neurasthéniques. Et ces erreurs de diagnostic, vous allez en comprendre la cause quand je vous aurai tracé, en traits rapides certes, mais suffisants cependant, la physiologie pourtant très complexe de l'algie gastrique.

C'est une notion banale que le fonctionnement normal de nos viscères s'accomplit avec une conscience très obscure; nous éprouvons même une certaine euphorie à point de départ végétatif, comme par exemple cette heureuse satisfaction si bien exposée par Brillat-Savarin, lorsqu'un agréable repas nous a permis de satisfaire un de nos instincts primordiaux, la faim. Les sensations viscérales obscures constituent le sens coenesthésique, sens qui conditionne en partie notre ton affectif.

D'autre part, les chirurgiens, en particulier le chirurgien suédois Lennander, nous ont appris que si la paroi abdominale et la sous-séreuse péritonéale sont le siège de douleurs très vives, que s'il en est de même lorsqu'on tire sur le mésentère, au contraire, l'estomac et l'intestin peuvent être piqués, sectionnés, brûlés même par la pointe du thermocautère sans douleur. Comment donc un estomac aussi insensible dans les conditions précitées, peut-il, dans certains cas pathologiques, devenir le siège de douleurs fort vives, comparées par le sujet à une brûlure, à une torsion, à une déchirure?

Nous possédons des données assez précises sur la sensibilité douloureuse cutanée bien souvent mise en œuvre puisque, en somme, c'est le rôle de la peau de nous défendre contre toutes les agressions des agents physiques extérieure, choc, piqûre, chaleur, etc... Ce n'est pas le lieu d'examiner ici la nature de la douleur, je veux simplement vous montrer les voies de conduction de la douleur, de la peau à la conscience.

Le ganglion rachidien a deux bras, l'un centrifuge, le nerf périphérique cérébro-spinal, qui recueille les sensations au niveau de la peau; l'autre centripète, qui apporte ces sensations au deuxième neurone, daus la corne postérieure. Le cylindre-axe de ce deuxième neurone va se placer dans le faisceau latéral, en avant du faisceau pyramidal, de l'autre côté de la moelle, remonte ainsi en constituant le faisceau sensitif latéral du mésocéphale, et vient se terminer dans la couche optique. Pour certains auteurs, ce serait là la terminaison de la voie de la sensibilité douloureuse; pour d'autres neurologues, un troisième neurone conduirait la sensation douloureuse à l'écorce cérébrale, où la sensation

serait en quelque sorte intellectualisée, transformée, interprétée comme perception consciente.

Cette transformation a deux facteurs, d'une part un facteur objectif, la qualité et l'intensité de la sensation, d'autre part un facteur subjectif, le psychisme du sujet qui, suivant son ton affectif personnel, vibrera plus ou moins sous l'archet de la douleur. Il faut bien savoir également que ce moi conscient, quel que soit le siège tronculaire, radiculo-ganglionnaire, médullaire, thalamique de l'excitation douloureuse, projette et localise la sensation à l'extrémité du neurone ganglio-rachidien, pied, genou, main, épaule, etc... Les données que nous avons sur la douleur à point de départ cutané, s'appliquent-elles à la viscéralgie, en particulier à l'algie gastrique ?

Je vous rappelle que cette innervation est formée, d'une part, par le pneumogastrique ou parasympathique surtout moteur; d'autre part, par le grand sympathique, en particulier par les nerfs grand et petit splanchnique venus par plusieurs racines de la chaîne ganglionnaire thoracique dorsale. Le pneumogastrique droit et les nerfs splanchniques se rendent au ganglion semi-lunaire droit, constituant ainsi l'anse mémorable de Wrisberg et entrant en relation avec le plexus solaire. Les nerfs destinés à l'estomac s'y rendent soit isolés, soit constituant le plexus péri-artériel des artères coronaires stomachiques.

Or, l'anatomie nous apprend que les conducteurs de la douleur cutanée appartiennent au système cérébro-spinal, tandis que l'estomac est innervé par le vago-sympathique, innervation admirablement précisée par les travaux de Langley, d'Hovelacque, de Latarjet, de Leriche, etc...

On a fort longtemps admis que le système sympathique viscéral ne pouvait conduire que les sensations cœnesthésiques diffuses, et non les sensations douloureuses. Dans cette hypothèse, les douleurs à point de départ gastro-intestinal ne peuvent donc que suivre le système cérébro-spinal; or, le territoire de ce dernier est limité à la paroi abdominale et à la séreuse péritonéale. Ainsi s'explique la théorie de Lennander qui croit que les douleurs viscérales abdominales sont causées soit par des adhérences de péritonite chronique adhésive, soit par pression, traction, etc... agissant sur la séreuse pariétale provoquées par la ptose des organes, les contractions ou dilatations brusques de l'intestin, etc... La douleur parviendrait donc à la conscience comme la douleur cutanée exclusivement par le neurone cérébrospinal du ganglion rachidien.

Mais les travaux modernes, tant des physiologistes que des chirurgiens, ont montré que le grand sympathique devait être un conducteur de la douleur. Dans cette hypothèse, sans nier que certaines douleurs abdominales soient bien expliquées par la théorie pariétale de Lennander, les auteurs admettent que la douleur gastrique vient bien de la paroi même de l'estomac, pour certains d'origine exclusivement musculaire par spasme ou dilatation brusque et localisée de la paroi, pour d'autres, d'origine souvent musculaire et parfois muqueuse, sous l'influence d'un suc gastrique trop acide. Quoi qu'il en soit, la sensation douloureuse, de qualité spéciale pour l'estomac, gagne le plexus solaire, les nerfs splanchniques, par un ou plusieurs relais ganglionnaires, et au niveau des ganglions thoraciques inférieurs sympathiques, de DVI à DX par le grand sympathique, de DXI à DXII par le petit splanchnique, abandonnant le grand sympathique en suivant les rami communicantes pour venir aborder au niveau du ganglion rachidien correspondant le système cérébro-spinal. Où se fait donc cette synapse du système sympathique et du système cérébro-spinal ? Pour Mackenzie, c'est au niveau du ganglion postérieur; c'est donc par la racine postérieure que la douleur gastrique entre dans la moelle et va prendre le circuit déjà indiqué de la douleur cutanée. Pour d'autres auteurs, la synapse a lieu dans la corne postérieure de la moelle, et pour y parvenir la douleur suivrait les rami communicantes qui suivent tant la racine postérieure que la racine antérieure, car la radicotomie postérieure n'abolit pas entièrement la douleur.

Vous voyez donc que l'innervation gastrique entre en relation avec l'innervation cérébro-spinale cutanée, au niveau des derniers ganglions thoraciques. Cette union va nous expliquer que toute affection gastrique douloureuse pourra retentir sur ces dits ganglions rachidiens, y créer un état douloureux. Or, je vous ai indiqué qu'une sensation perçue par le neurone du ganglion rachidien est toujours projetée à la périphérie par la conscience. Comme par les nerfs splanchniques, l'estomac est en rapport avec les ganglions rachidiens dorsaux inférieurs, toute douleur vive gastrique pourra donc se [réfléchir et rendre hyperesthésique la peau thoraco-abdominale innervée par ces ganglions rachidiens dorsaux. Ce sont là les zones cutanées gastriques de Head, pouvant révéler l'existence de lésions viscérales profondes. D'une manière générale, nous pouvons considérer le corps humain comme constitué par une série de segments, de métamères superposés du sacrum à la tête. Chaque segment comprend, d'une part, un élément cérébro-spinal composé d'un segment de peau ou dermatomère, d'un segment de muscle ou myomère, d'un ganglion rachidien ou rhizomère; d'autre part, d'un élément de viscère ou splanchnomère, d'un ganglion sympathique ou rhizomère sympathique, ces deux groupes d'éléments voient leur innervation se conjuguer dans un segment médullaire ou myélomère.

Chaque métamère constitué par les éléments précédents ne forme pas, bien entendu, une unité somatique isolée; il se trouve relié aux segments métamériques sus et sous-jacents par des connexions nerveuses d'étage soit cérébro-spinales intramédullaires pour les dermatomères et les myomères, soit sympathiques par les liaisons si nombreuses des ganglions sympathiques entre eux pour les splanchnomères. Ainsi, s'établit la fusion interne de tous les métamères en une unité somatique, l'être.

Nous avons donc en nous deux territoires, l'un splanchnique relevant du système vago-sympathique l'autre musculo-cutané relevant du système cérébro-spinal. Chaque territoire, en particulier le sympathique, est le siège de réflexes sensitivo-vaso-moteurs,

sensitivo-moteurs, sensitivo-sécrétoires, soit locaux soit à distance; ainsi vous sont expliquées les répercussions réciproques des affections gastriques et des affections des autres organes abdominaux ou thoraciques. En outre, comme ces deux systèmes, splanchnique et cérébro-spinal, ont des points de contact au niveau du ganglion rachidien et de la moelle épinière, on comprend aisément les répercussions possibles des affections de l'estomac tant sur le myomère abdominal correspondant sous la forme, par exemple, d'une contracture de défense que sur le dermatomère sous la forme d'une plaque d'hyperesthésie cutanée abdominale.

Cette analyse physiologique de la douleur gastrique nous indique donc que la cause de l'algie gastrique peut être de mécanisme et de siège variés; le plus souvent certes, elle dépend d'une lésion de l'estomac; parfois elle est réflexe consécutive à une lésion d'organe voisin, dans d'autres circonstances, due à une lésion irritative des voies de conduction de la douleur viscérale, lésion du plexus solaire, des nerfs splanchniques, des racines ou des ganglions postérieurs, de l'encéphale même; enfin, il ne faut pas oublier que la douleur étant, en somme, une interprétation faite par le psychisme d'une impression périphérique, elle est fonction de la réceptivité psychique variable avec chacun de nous, à petite cause gastrique, gros effet douloureux chez un cœnestopathe, un hystérique, un neurasthénique, un hypochondriaque et parfois même point de départ de délire de persécution chez un paranoïaque hypochondriaque, de délire de négation d'organes chez un mélancolique, etc...

Il est évident que ces notions anatomiques et physiologiques sont indispensables pour porter, en toute circonstance, un diagnostic précis.

Elles doivent également guider tant le chirurgien que le médecin dans le choix de la thérapeutique antialgique. Le chirurgien pourra, en effet, supprimer la sensibilité douloureuse d'origine gastrique, soit temporairement par la stovaïne, par exemple, soit définitivement par la section, la destruction des fibres de la sensibilité algique. Pour ce faire, il pourra porter son action suivant telle ou telle indication, soit au niveau de leur trajet abdominal par dénudation péri-artérielle des coronaires ou destruction des splanchniques, soit sur les rami communicantes inférieures thoraciques par des injections périvertébrales pouvant même atteindre les ganglions sympathiques, soit même dans des cas exceptionnels, chez des cancéreux douloureux, par la cordotomie de la voie latérale algique dans la moelle épinière.

Le médecin agira sur l'excitation adéquate de l'estomac en freinant par des médicaments divers la réflectivité gastrique; il pourra même appliquer la technique de Lemaire consistant dans l'injection de diverses substances anesthésiantes ou inhibitrices dans le territoire cutané gastrique de la zone de Head, thérapeutique bien curieuse. Comment donc, en effet, un blocage cutané sensitif peut-il agir sur un viscère profond correspondant? Le temps me fait défaut aujourd'hui pour vous exposer les théories de Lemaire, de Verger, de Sicard; rappelez-vous pour le moment cette union intime du système sympathique et du système cérébro-spinal au niveau de la moelle et du ganglion rachidien; puisque la douleur viscérale peut créer une douleur localisée à la peau dans la zone de Head, l'inverse paraît physiquement admissible, c'est-à-dire qu'une anesthésie de la zone de Head puisse agir sur le viscère profond, puisque nous ne connaissons pas encore d'une manière parfaite ce qu'est la douleur dans son essence même. Enfin, le médecin aura parfois devant lui des cœnestopathes ou même des mentaux anxieux, toujours inquiets, toujours à la recherche d'une médication nouvelle, toujours préoccupés de leur état gastrique alors que c'est leur psychisme qui doit être soigné par une psychothérapie adéquate.

Dans des leçons ultérieures, je vous exposerai en détail toute la thérapeutique moderne des viscéralgies, qu'il s'agisse d'une angor pectoris ou d'une algie des organes génito-urinaires. Aujourd'hui, par un exemple démonstratif, je n'ai voulu que vous montrer l'interdépendance de divers chapitres de pathologie, gastro-entérologie, neuro-psychiatrie, chirurgie digestive. Ne limitons donc pas trop notre champ de recherches en élevant autour de lui une véritable muraille de Chine; notre esprit d'analyse et notre sens clinique ne peuvent que gagner si nous cultivons non un petit coin du domaine médical, mais tout notre jardin.

De cet exposé de la viscéralgie gastrique, vous devez également dégager les idées générales qui inspirent la méthode scientifique appliquée par la médecine. Résumons, en effet, en quelques phrases, l'exposé de cette viscéralgie. Le clinicien part du fait subjectif, la douleur abdominale, trouble subjectif exposé par le malade. Son esprit d'observation lui permet d'en fixer les caractères objectifs, de mettre de l'ordre dans le chaos symptomatique. Puis la méthode anatomo-clinique lui indique la nature et le siège de lésions gastriques, sympathiques, cérébro-spinales, qui répondent à telle variété de douleur; la médecine expérimentale appliquée à l'homme, lui éclaire certains coins obscurs de la physio-pathologie de ces viscéralgies. Ayant ainsi pour guides l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la physiologie, avec ce double penser anatomique et physiologique, le clinicien peut aborder avec sûreté et précision l'étude des indications et des méthodes thérapeutiques. Puis, il couronnera cet édifice pratique par des considérations théoriques, jeu de l'esprit qui, à ce moment-là ne présentera nul danger pour le malade. Cette étude de la douleur nous a donc, d'une part fait toucher du doigt les qualités intellectuelles que réclame l'esprit clinique, d'autre part elle nous a montré que dans l'Art de guérir les qualités de la Sensibilité sont inséparables de celles de l'Intelligence. Comme vous, les jeunes, vous abordez ici à l'Hôpital sous notre direction, l'étude de la Clinique, je crois de mon devoir de revenir sur ces qualités, et dans cette leçon inaugurale de vous indiquer une fois pour toutes comment vous devez orienter votre Culture médicale.

A ce point de vue, il est évident qu'on ne saurait formuler des règles rigides. Il est banal de dire que

nous possédons, chacun d'entre nous, un capital individuel de qualités intellectuelles et affectives, ce qui heureusement constitue notre personnalité. C'est l'éternelle division des esprits en intuitifs et déductifs, en littéraires et scientifiques, en pondérés et émotifs. Or qui donc pourrait établir le barème des qualités intellectuelles et sensibles indispensables au futur médecin, qui donc aurait l'autorité voulue pour, par son application, barrer la route aux jeunes bacheliers désireux d'entrer dans la carrière médicale!

Cette réserve faite, nous qui avons pétri la pâte, nous avons le devoir de vous indiquer au début de vos études, les directives qui nous paraissent être les meilleures pour arriver à apprendre et à exercer avec succès l'art médical.

Au point de vue intellectuel, il est certain que la mémoire joue en médecine un rôle fort important, qu'il s'agisse des mémoires des diverses perceptions, tactile, visuelle, auditive, ou de la mémoire des faits et des idées. Bien vaste est l'étendue des sciences que vous devez apprendre à partir de l'Anatomie et de la Physiologie, base indispensable de toutes nos connaissances médicales, car le médecin doit avant tout penser anatomiquement et physiologiquement. Vouloir tout lire et tout retenir, c'est là un effort considérable de mémoire, vrai travail de Sisyphe, car bien souvent on oublie le lendemain la leçon de la veille. Il faut mettre en œuvre une méthode de travail mnésique à base d'analyse comparative. Vous éviterez ainsi de gorger vos cellules cérébrales d'un fatras de connaissances indigestes; vous trouverez les points de contact et les idées générales qui unissent les diverses branches de la Médecine et c'est ainsi seulement que l'étude de chacune d'elles avivera la mémoire de conservation de ce que vous avez appris des autres.

Par votre labeur obstiné, vous avez donc retenu les notions indispensables, vous avez appris la raison d'être et la technique des méthodes d'histologie, de bactériologie, de physico-chimie, etc... indispensables à connaître, étant donné l'orientation actuelle de la Pathologie. Vous avez donc lu et retenu la description théorique des maladies. Mais combien froide et de marbre est encore cette statue de la Nature que votre intelligence vient de modeler. Il faut lui donner le souffle, la vie. En ce sens il n'y a pas de maladies il n'y a que des malades. Ce n'est donc qu'à l'hôpital, tous les matins, en pétrissant la pâte, en forgeant votre armure intellectuelle, que vous, futur praticien, vous rendrez vivantes et captivantes vos études médicales. La salle de l'hôpital, voilà votre domaine. Peu à peu, lentement, son atmosphère scientifique pénétrera votre esprit, le modèlera et développera la faculté maîtresse du médecin, je veux dire le sens clinique, l'esprit d'observation.

La méthode d'observation comprend en médecine, deux temps, d'abord recueillir les sensations, ensuite interpréter les perceptions. Or comment affiner vos sens visuel, auditif, tactile, si vous ne passez pas vos matinées à regarder, à ausculter, à palper. Par cette gymnastique journalière, vos organes des sens, dans tous leurs éléments constitutifs, sensibles et moteurs, vont s'aiguiser et s'hypertrophier. Cette éducation des sens ne s'apprend pas dans les livres; elle ne s'acquiert qu'à l'hôpital sous le contrôle de vos aînés.

Dans un deuxième temps vous aurez à interpréter ces perceptions. Mais voici que déjà Montaigne vous met en garde en vous disant : « Cette même piperie que les sens apportent à notre entendement, ils la reçoivent à leur tour; notre âme parfois s'en revanche de même; ils mentent, et se trompent à l'envy ». C'est bien là un double écueil; pour l'éviter il faudra mettre en œuvre tout votre sens critique par une sévère méthode d'observation. Par elle, au lit du malade, vous dégagerez, parmi tant d'autres qui le masquent ou le modifient, le signe majeur du trouble morbide physiologique, lui accordant sa juste valeur, ni trop ni pas assez ; vous saurez également profiter d'une heureuse circonstance, voire même du hasard, car Laennec a justement dit : « Les secrets de la Nature sont plus souvent trahis par des circonstances fortuites qu'ils ne lui sont arrachés par nos efforts scientifiques ». Savoir recueillir les faits, voilà le point de départ. Mais que va faire la raison de ces données précieuses qui lui sont apportées par cette judicieuse observation?

Or cette raison qui, par sa naturelle inclinaison veut connaître la nature des choses, possède aussi la fâcheuse tendance de vouloir tout encadrer dans des théories. Voilà le danger, car cette raison, nous enseigne Vauvenargues, nous trompe plus souvent que la Nature, cette raison que qualifie ainsi Montaigne, « instrument de plomb et de cire, allongeable, ployable et accommodable à toutes mesures, qui va toujours et torte et boiteuse, et deshanchée et avec que le mensonge comme avecques la vérité. » Sous un faux masque de précision scientifique, elle nous incite, nous médecins, à des précisions de diagnostic et de pronostic démenties bientôt par l'évolution de la maladie, comme par exemple fixer un diagnostic ou un pronostic par la seule mesure de la pression artérielle ou le dosage d'un élément du sang, comme si le sang, en somme tissu liquide, n'avait pas sa vie propre au lieu d'être considéré comme le simple reflet de la vie des autres tissus. Elle nous fait adopter des thérapeutiques non consacrées par l'expérience, où peut se jouer à notre insu l'avenir biologique du malade; elle est parfois un prisme qui déforme nos perceptions, une visière qui cache la réalité. Si ces murs de brique rose de notre vieil hôpital, qui se mirent depuis tant d'années dans notre fleuve majestueux, pouvaient parler, ils vous raconteraient d'un ton moqueur, combien variées et même contradictoires ont été les théories médicales, et par suite les médications qu'ils ont entendu ou vu imposer. Aussi, en présence de la faillite successive de ces nombreuses théories médicales, dogmatisme, solidisme, pneumatisme, empirisme, naturisme, intromécanisme, intro-chimisme, controstimulisme, etc., naît le scepticisme, non seulement le Scepticisme philosophique d'un Montaigne, mais aussi le scepticisme du vulgaire qui affecte parfois de voir dans la médecine, non l'art de guérir, mais celui de ga-

gner sa vie en exploitant, sinon le malade, du moins la maladie, et qui affirme que la vertu la plus sûre du remède est de nous distraire du mal.

Le plus grave, c'est que nous pouvons trouver, semble-t-il, ce scepticisme exprimé par plusieurs d'entre nous et non des moindres. C'est un Magendie qui dit à ses internes : « On voit bien que vous n'avez jamais fait usage de rien faire », et un Valleix qui écrit « que d'erreurs pour quelques vérités »; un Broussais : « l'art de bercer les malades d'un espoir chimérique », un Barthez : « nous sommes des aveugles qui frappons avec un bâton sur le mal ou sur les malades. Tant mieux pour le patient si c'est le mal que nous attrapons ». Mais ces Maîtres penseraient-ils de même s'ils voyaient nos cures parfois merveilleuses, dues aux vaccins, aux sérums, à l'émétine, aux arsénicaux, etc. Voilà bien pour nous des raisons d'espérer. Nous devons éviter ce scepticisme stérilisant et comment y parvenir?

Je n'ai pas le temps de vous exposer les grandes théories médicales. En somme, elles s'inspirent des deux tendances naturelles de l'esprit humain, soit matérialisme, soit spiritualisme; ces deux courants nous les trouvons depuis la plus haute antiquité, qu'il s'agisse d'une part des Atomistes, des Solidistes, des Empiriques, des Iatro-mécaniciens, des Iatro-chimistes, etc., d'autre part du Spiritualisme d'Aristote, du Vitalisme, de l'Animisme, etc.

Leur étude montre que dans toute théorie, il y a une part de vérité, celle arrachée à la Nature par une bonne méthode d'observation, par un bon sens clinique, une part d'erreur, la théorie échafaudée par la raison en partant de connaissances scientifiques incomplètes ou inexactes. Aussitôt que le raisonnement a dépassé la limite des faits exactement connus, la médecine se crée des systèmes faussant la nature et s'écroulant d'âge en âge, à mesure que se précisaient nos connaissances d'anatomo-histologie, de physiologie, de chimie cellulaire.

Nous voyons par exemple Hippocrate par son admirable esprit d'observation mériter le titre de « Père de la médecine », car il préconise exclusivement la recherche du fait, το εον, et nous laisse ainsi de remarquables descriptions cliniques et des préceptes d'hygiène toujours vrais; mais Hippocrate tombe lui-même dans l'erreur, à cause de sa méconnaissance inévitable de physiologie et de chimie, lorsqu'il bâtit des théories sur l'Humorisme et nous parle par exemple de mélange de sang, de pituite, de bile jaune et noire. Et le sceptique Montaigne peut alors écrire : « On dict qu'un nouveau venu qu'on nomme Paracelse change et renverse tout l'ordre des reigles anciennes et maintient que jusques à cette heure, elle n'a servy qu'à faire mourir les hommes. Je croy qu'il vérifiera aysément cela; mais, de mettre ma vie à la preuve de sa nouvelle expérience, je trouve que ce ne seroit pas grande sagesse. »

Aussi, avant d'entrer dans nos laboratoires, je veux dire nos salles d'hôpital, déposons nos théories au vestiaire suivant la pittoresque expression de Claude Bernard.

Mettons d'abord en œuvre l'esprit d'observation, voilà ce que nous recommandent des Maîtres comme Hippocrate, Galien, Sydenham, Claude Bernard et tant d'autres. « Totus sum in observando », disait Baglivi. Pour ce faire, il faut avoir le penser histophysiologique et biologique. Certes l'hypothèse est nécessaire; elle est la grande animatrice des recherches et des diagnostics, mais il ne faut jamais perdre de vue qu'elle n'est qu'une hypothèse de travail; il convient donc d'avoir toujours présent à l'esprit ce conseil de notre immortel Claude Bernard : « Quand le fait que l'on rencontre est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie lors même que celle-ci, soutenue par de grands noms, est généralement adoptée. »

Pour nous médecins, nous ne pouvons qu'exceptionnellement faire de la médecine expérimentale sur nos semblables avec toute la rigueur que comporte cette médecine, et d'autre part nous serons prudents pour conclure de l'animal d'expérience à l'homme. Nous devons surtout mettre en œuvre la méthode anatomo-clinique, en prenant de nos jours le terme anatomique dans un sens très large, anatomique, histologique, physico-chimique même. Cette méthode reste toujours ce qu'en disait Laennec, le Flambeau le plus sûr qui puisse guider le médecin.

Je vous en rappelle donc le principe : du vivant du malade, noter avec précision tous les symptômes observés et, soit sur la table d'autopsie, soit sous le microscope, soit en présence de renseignements physico-chimiques indiscutables, essayer d'y superposer la lésion. Cette méthode qui fut celle des grands savants modernes, Louis, Laennec, Pasteur, Charcot, Vulpian, etc., est vraiment la seule qui nous permet d'infirmer ou de confirmer tous les renseignements fournis par nos sens, que le diagnostic déduit par notre raisonnement. Nous dévoilant et nos erreurs et parfois aussi notre ignorance, elle coupera les ailes à notre imagination et nous incitera à devenir prudent et modeste, plutôt que assuré et brillant au lit du malade.

Ainsi naîtra en nous, non le scepticisme stérilisant, mais le bon esprit critique, affaire de bon sens, qui sépare le bon grain de l'ivraie. Nous éviterons les diagnostics trop hâtifs de ceux qui, s'éloignant de la nature, trop imprégnés des théories médicales régnantes, s'efforcent de se mettre, coûte que coûte, à la mode du jour. Nous acquerrons une audace prudente qui nous permettra certes de marcher avec notre époque, mais d'éviter aussi des enthousiasmes irréfléchis avant qu'elles aient fait leur preuve, pour les théories et les thérapeutiques médicales que chaque jour voit naître.

Voilà, me semble-t-il, la méthode de travail qui doit vous permettre d'acquérir de solides connaissances médicales dans les salles de malades. Mais, puisque le médecin a choisi la glorieuse mission de défendre la Vie contre la Mort, et voit ainsi surgir devant lui — et parfois dans des circonstances dramatiques — l'angoissant problème de

> Ce pays inconnu, ce monde qu'on ignore
> D'où n'a pu revenir nul voyageur encore.

Qu'il soit un biologiste admirant l'accord harmonieux de tous ces organes à fonction spécialisée

dont la synthèse merveilleuse constitue l'être humain bien portant, qu'il soit un savant penché par le problème de la vie cellulaire ou par celui de l'hérédité sur le mystère de l'Infiniment Petit, qu'il soit un praticien de campagne ému dans une promenade nocturne par l'Infiniment Grand de la Voûte céleste qui l'écrase, le médecin a le droit alors d'aborder, selon ses tendances d'esprit, le problème métaphysique de la Vie. Chaque chose à sa place et à son temps, grâce à cette heureuse discrimination, nous pourrons satisfaire nos tendances sans fausser cependant notre sens clinique, séparant le domaine de l'Art médical de celui de la Métaphysique.

La médecine est peut-être la moins exacte des sciences, la Cendrillon de ses sœurs fortunées; mais si le médecin est parfois une intelligence exposée à l'erreur, tâtonnant dans les pénombres de la science en évolution, à l'occasion envahi même du doute qui peut gêner l'action devant la route incertaine qui conduit le malade à la vie ou à la mort, du moins ce médecin doit être toujours un cœur pénétré de bonté et de conscience, mots merveilleux sortis de la source la plus pure et la plus sacrée, notre sens moral.

Voilà ce que l'étude de la Douleur nous révèle en nous montrant chez le malade la fusion intime du subjectif et de l'objectif, du physique et du psychique, et par suite le rôle psychothérapique qui nous incombe. C'est bien alors que nous pouvons dire que la médecine est un art, et j'ajouterai quel art magnifique, puisque : Divum opus est sedare dolorem! Evidemment, les qualités intellectuelles médicales sont parfois plus utiles que les qualités morales. Si votre habileté opératoire ou votre talent de thérapeute a guéri le malade, ce dernier n'hésitera pas à proclamer : « qu'importe l'Homme, si le Savant m'a sauvé ». Mais, même dans ce cas, n'est-il pas préférable de voir, non un divorce mais une union intime des connaissances scientifiques et de ces qualités professionnelles du « vir probus » que le serment d'Hippocrate nous recommande de pratiquer. D'ailleurs, il faut bien reconnaître notre impuissance devant des maladies chroniques, sans compter que souvent, sur le terrain de la douleur, l'élément psychique domine l'élément physique, que l'élan vital est diminué par le doute et l'angoisse du lendemain. C'est en présence de tels cas qu'on peut être un grand savant mais un mauvais médecin, si l'on ne parvient pas à dissiper l'anxiété du malade.

Il faut reconnaître qu'ici, dans nos salles de malades, le lieu et les circonstances ne permettent guère de cultiver la psychothérapie. Bien que quelques esprits aient pu avancer que la médecine suppose une brutalité et une sécheresse de cœur, j'affirme qu'ils confondent ces termes avec le sang-froid et l'esprit de décision, et que la Bonté est indispensable à l'Hôpital, car ici c'est pour les uns la Misère qui fait halte, et c'est pour d'autres, avec la mélancolie du crépuscule qui tombe, l'Isolement angoissant de la salle commune, loin des caresses apaisantes du milieu familial.

Mais combien difficile, riche en procédés, se présente cette psychothérapie en clientèle, pour mettre habilement à nu, sans flatterie, sans adulation, sans abdication de notre personnalité scientifique et morale, la psychologie, non seulement du malade, mais également de l'entourage; un détail matériel noté au passage, une mimique ou une expression du langage rapidement saisies, une question habilement posée permettront de pénétrer l'âme du milieu. On y trouve plaisir et profit, plaisir délicat du psychologue, profit du médecin qui saura dire le mot exact pour calmer l'anxiété.

Le malade n'aime qu'à parler de lui-même; il faut savoir l'écouter et ne l'entretenir que de sa propre personne; il faut savoir trouver le mot qui lui donne la délicieuse conviction que vous avez su pénétrer dans son jardin intime. Bien peu d'entre eux ont le courage de regarder sans effroi les pires conjectures; « Souffrir la mort est peu, l'appréhender est tout », a écrit La Bruyère. Rares sont les malades qui imiteteraient Fontenelle, lorsque mourant il répondait à un de ses amis lui posant l'habituelle question : « Comment cela va-t-il? — Cela ne va pas, cela s'en va ». Soyons fier de voir le médecin donner parfois l'exemple d'un courage socratique; j'ai connu d'admirables confrères qui, plus forts que la mort, avaient porté sur eux-mêmes un diagnostic implacable et, cependant, ont su cacher la triste vérité aux leurs et, continuant à remplir sans faiblir leur devoir professionnel, ont attendu, impassibles, que l'heure du destin ait sonné pour eux.

Auprès du malade, sur votre physionomie ne doit pas se lire le doute, tant sur la cause du mal que sur la valeur de votre thérapeutique. Il faut avoir la face joyeuse, sereine qui esjouit le malade, disait Rabelais, car les patients sont, heureusement pour nous, plutôt des êtres sensibles, impressionnables que des êtres intelligents. Soyons pour eux ce qu'Emile Augier disait de son ami Labiche « c'est un curateur de la rate ». Bien souvent on fait faire au malade un grand pas dans la guérison, quand on a su ramener le calme dans son esprit par une parole affectueuse, un geste affable, surtout une impression de confiance dans l'avenir.

C'est par l'heureuse association des qualités du cœur et de l'intelligence que l'on gagne la confiance du malade, qu'on peut lui imposer une direction thérapeutique grâce à une main de fer sous un gant de velours, soit main de fer perceptible, soit gant de velours pelucheux suivant les indications qu'une fine psychologie aura su préciser.

Messieurs, le temps des discours doit céder la place à l'heure de l'action, de l'action toujours opiniâtre, toujours obstinée, car Hippocrate, grand parmi les cliniciens, a écrit : « La vie est courte, l'art est long, l'occasion prompte à s'échapper, l'expérience trompeuse, le raisonnement difficile ».

Mais pour que cette action, ici à l'hôpital, soit féconde, nous devons la pratiquer avec « l'esprit de la Ruche », selon l'heureuse expression du professeur Gosset, esprit que je puis ainsi caractériser : hiérarchie et discipline librement acceptées, activité opiniâtre dans la fonction assignée, entr'aide mutuelle gaiement pratiquée.

Ce faisant, nous tous, moi comme vous, en serons amplement récompensés.

Si Faust désabusé sombre dans le scepticisme désespérant, c'est qu'il a vieilli seul, isolé. Mais nous, grâce à cette atmosphère de printemps perpétuel que nous fait votre jeunesse, nous en arrivons à oublier la marche implacable du Temps, pour suivre le conseil de Sénèque : « Usque ad ultimum vitæ finem in actu erimus, non desinemus communi bono operam dare ». Jusqu'au terme de la vie, nous serons dans l'action, nous ne cesserons de travailler pour le bien de l'Humanité, en conservant ardentes et vivaces notre foi dans la science, et notre confiance dans l'art de guérir.

Pour vous, plus tard, quand grâce à ces moments passés à l'hôpital, vous serez devenus des praticiens entourés de prestige, que vous vous trouviez entre confrères, dans une de ces agréables réunions de détente, soit seul, dans votre cabinet, après une dure journée professionnelle, croyez-en ma vieille expérience, quel plaisir délicat que celui de revivre ne serait-ce qu'un instant, les souvenirs parfois lointains mais toujours vivaces, de notre ancienne collaboration hospitalière.

HYGIÈNE PUBLIQUE

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique a tenu du 13 au 22 octobre, à Paris, sa session ordinaire de 1930, sous la présidence de M. Velghe (Belgique).

Les points suivants ont retenu plus spécialement son attention :

Choléra. — Des porteurs de vibrions, *dont certains reconnus agglutinables*, ont été découverts au Campement quarantenaire de Tor parmi les pèlerins revenant du Hedjaz vers le Nord. Aucun de ces pèlerins n'a présenté les signes cliniques du choléra (mais ils avaient subi pour la plupart la vaccination anticholérique); d'autre part — aucune affection de nature cholérique ne s'est manifestée au Hedjaz, et les conditions hygiéniques de ce pays ont été de beaucoup meilleures en 1930 que les années précédentes.

Le Comité a examiné ensuite les dispositions relatives au *contrôle sanitaire* de la navigation aérienne.

Après avoir étudié différentes questions de *police sanitaire maritime*, le Comité a examiné une proposition du Gouvernement Japonais à l'effet de prévoir, pour les pays placés dans certaines conditions au point de vue du danger d'importation du choléra, d'interdire aux navires se dirigeant vers leurs ports d'*immerger des cadavres de cholériques ou des matières pouvant être infectées,* même en dehors de la limite admise pour les eaux territoriales.

Les recherches récentes de laboratoire, consacrées au virus de la *fièvre jaune*, et les faits épidémiologiques observés dans ces dernières années ont apporté ou confirmé diverses notions, qui s'imposent à l'attention du Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique. Voici les principales.

La seule idée positive que nous ayons actuellement sur le virus de la fièvre jaune est qu'il traverse les bougies filtrantes. — Les expériences faites sur les singes ont montré que le sang des sujets inoculés est infectant pendant la période d'incubation, au moins deux jours avant l'apparition de la fièvre. Il en est vraisemblablement de même chez l'homme. Le sang humain cesse rapidement d'être infectant, non pas à cause de la disparition du virus, mais à cause de la production d'anticorps qui neutralisent le virus. Les anticorps se forment moins rapidement chez le singe; au moment où il meurt de la maladie, vers le troisième ou quatrième jour, le contact direct de ses organes peut encore être dangereux. — L'homme peut, en effet, être infecté par contact direct, à travers la peau intacte. — Le corps entier du moustique qui a piqué un malade est infectant, et notamment ses déjections. — Le virus peut être transmis de moustique à moustique, sans passage par l'homme. — Outre l'*Aedes aegypti*, il existe d'assez nombreux insectes (13 espèces différentes) qui sont capables de véhiculer le virus. — Les essais d'obtention d'un vaccin efficace contre la fièvre jaune sont moins encourageants aujourd'hui qu'à l'époque où ils ont été commencés; il y a de grandes différences d'activité entre les échantillons, et les vaccins perdent rapidement leur activité.

Toutefois, certaines de ces constatations nouvelles ne paraissent pas encore présenter d'importance considérable pour la pratique : la contamination de l'homme par contact direct n'est établie que dans des cas d'accidents de laboratoire; la transmission du virus de moustique à moustique, réalisée dans les conditions artificielles d'un élevage, n'est peut-être pas fréquente dans la nature; le seul vecteur qui semble, jusqu'ici, avoir joué un rôle dans une épidémie est l'*Aedes aegypti*.

Il serait de la plus grande utilité, pour la prophylaxie de la fièvre jaune, de pouvoir diagnostiquer les cas frustes, ou atypiques, qui se produisent, soit dans les foyers d'endémicité, soit même au début des poussées épidémiques de cas aigus. On peut actuellement utiliser pour ces diagnostics trois éléments : 1° l'élimination du paludisme chez les fébricitants (pour lesquels la fièvre n'est pas expliquée par un autre diagnostic); 2° la recherche de l'albumine; 3° la recherche de la diminution de l'alexine dans le sang des suspects. Ce phénomène, bien étudié par Costa Cruz à Rio de Janeiro, se manifeste dès les premiers symptômes de la fièvre jaune, même dans les cas bénins, et paraît être rigoureusement spécifique.

L'efficacité de la destruction des Stégomyies et de leurs larves pour arrêter ou prévenir une épidémie de fièvre jaune est bien prouvée par les faits récents. Mais les épidémies ont leur origine dans des zones d'endémicité, où le virus est entretenu par des cas non diagnostiqués. La défense sanitaire contre la fièvre jaune devrait, pour l'avenir, être basée sur l'extinction définitive de ces foyers. Les mesures de prophylaxie, qui jusqu'à présent sont déclenchées par la déclaration de cas avérés, devraient être complétées par d'autres très rigoureuses, mais vivant seulement les zones d'endémicité. Parmi les nombreuses localités où la fièvre jaune a été signalée au cours des vingt dernières années, il y en a beaucoup dans lesquelles aucun cas n'a été déclaré depuis 1927 en Afrique, depuis 1921 en Amérique. Le virus en a-t-il réellement disparu? Certaines de ces localités — une centaine — sont situées sur le trajet de lignes aériennes projetées. Il semble nécessaire, pour écarter les craintes de diffusion de la fièvre jaune par la navigation aérienne, que l'on sache si ces localités sont restées dangereuses, et que l'on prenne à leur égard, le cas échéant, des mesures adéquates de protection. Aussi, le Comité a-t-il repris l'examen d'une proposition qui lui avait déjà été présentée lors d'une session antérieure, celle d'encourager des enquêtes systématiques, au moyen de l'index sérique ou de toute autre méthode appropriée, en vue d'établir une carte de l'endémicité amarillique.

Quelques cas de *peste* bubonique se sont produits pendant l'été et l'automne 1930 dans le bassin occidental de la Méditerranée : de juillet à fin octobre, 40 à Alger, 33 à Oran; depuis le début de septembre, 6 à Philippeville, 12 à Marseille. Les cas d'Alger et d'Oran concernent des personnes qui fréquentaient les quais et les magasins attenants; quel-

ques-unes avaient quitté Alger dans la période d'incubation et sont tombées malades à distance, mais sans créer de foyers autour d'elles. La chasse aux rats a été intensifiée dans les ports, et des rats pesteux ont été découverts jusqu'à fin août à Alger, jusqu'à fin septembre à Oran; aucun à Philippeville. Le Comité a vu, dans ces circonstances, l'occasion de provoquer une enquête sur la situation actuelle de la peste murine dans les ports de la Méditerranée.

Une courte épidémie de peste pulmonaire avait sévi à Tunis en décembre 1929. Elle n'avait atteint qu'une tribu arabe, originaire du Sud-Tunisien, où se produisent assez régulièrement des cas sporadiques de peste bubonique. Les membres de cette tribu qui séjournent à Tunis y exercent le métier de portefaix. Dès la découverte de l'épidémie, ils furent, eux et leurs familles, tous recherchés et mis en quarantaine, au nombre d'environ 800, dans un établissement unique; 2 ou 3 cas se produisirent encore parmi eux, aucun dans la ville. Deux malades guérirent; ils avaient été vaccinés par pulvérisation de vaccin dans la bouche et les voies respiratoires. (Cf. Nicolle, Durand et Conseil. *Gaz. des hôpit.*, 1930, p. 202.)

Au sujet de la *variole*, il serait intéressant de savoir quels sont les pays qui ont adopté la distinction entre *Variola major* et *Variola minor* ou alastrim; et quels sont les rapports constatés entre les deux types de variole. Des informations seront demandées sur ces points.

L'*encéphalite postvaccinale* a diminué de fréquence en Allemagne : 11 cas en 1930 contre 27 en 1929; pas de décès. En Suède, il y eut, en 1929, 3 cas pour 45.000 primo-vaccinations; en 1930, 3 également, dont 1 encore à l'étude. Dans un quatrième cas déclaré, l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un gliome cérébral. On voit combien les diagnostics doivent être soigneusement examinés. En Hollande, 5 cas ont été signalés en 1930, dont 2 sont à l'étude; le nombre des vaccinations a été faible, et la proportion d'accidents encéphalitiques ne semble pas avoir varié notablement. Il n'a pas été constaté d'encéphalite chez les vaccinés âgés de moins d'un an; une circulaire ministérielle a recommandé aux médecins de vacciner autant que possible les enfants au premier âge. En Italie, après examen critique d'une douzaine de cas invoqués dans les trois dernières années, un seul paraît être réellement suspect.

En Pologne, depuis les lois de 1919 prescrivant, l'une la déclaration obligatoire, l'isolement à l'hôpital et l'institution d'une enquête pour chaque cas, l'autre la vaccination obligatoire, la variole a progressivement diminué et presque disparu. De 1907 à 1911, il y avait 355 décès par an dans la seule ville de Varsovie; en 1929, 12 cas seulement se sont produits dans toute la Pologne. La léthalité est très faible (1 décès sur 46 cas). La vaccination est obligatoire dans la première année, et la revaccination à l'âge de sept ans. Il n'y a pas d'encéphalite postvaccinale; 3 cas, dont la symptomatologie n'était pas nette, ont été signalés en cinq ans pour plus de 9 millions de vaccinations et revaccinations.

Le Comité étudie ensuite la vaccination par le B. C. G. dont l'innocuité apparaît comme absolue. Il constate ensuite l'augmentation du trachome en Pologne, en Egypte et en Palestine.

La *poliomyélite* a continué à sévir dans les Pays-Bas en 1930 : 446 cas dans les huit premiers mois, chiffre bien plus élevé que celui de l'année précédente pour la même période. Les régions atteintes sont plutôt les provinces centrales, tandis qu'en 1929 celles du Sud étaient les plus affectées, peut-être en relation avec l'épidémie du Nord de la Belgique. Les cas sont très disséminés; la plus forte agglomération a été celle de Gouda, ville de 24.000 habitants, qui a eu 48 cas. La léthalité a diminué de 21 p. 100 en 1928 à 16 en 1929 et 7 en 1930; le fait s'observe dans beaucoup d'épidémies et est, en partie, lié à l'éducation progressive des médecins qui arrivent à diagnostiquer des cas légers ou atypiques; 71,3 p. 100 des malades ont été des enfants au-dessous de quatre ans; on s'est appuyé sur cette circonstance pour ne pas décider la fermeture des écoles. L'administration sanitaire a désigné, dans toutes les régions, des neurologues qui peuvent être appelés en consultation aux frais de l'Etat, et ont le droit d'hospitaliser les malades, également aux frais de l'Etat. L'efficacité du sérum d'ancien malade semble s'être manifestée surtout à la période du début des paralysies, que la sérothérapie peut empêcher d'évoluer; dans les cas suraigus, rapidement mortels, les résultats ont été peu probants. En Allemagne, la fréquence de la maladie a été à peu près la même qu'en 1929 (900 cas dans les neuf premiers mois); elle s'est surtout manifestée dans les régions de l'Ouest : Bade, Palatinat, circonscriptions de Dusseldorf et de Cologne. La léthalité a été, respectivement, dans les quatre années 1927-1930 : 15, 12, 11 et 9,5 p. 100. En Suisse, le nombre des cas est aussi à peu près stationnaire, 200 par an; ils sont plus rares dans les villes que dans les campagnes. Une épidémie a eu lieu en Finlande. Enfin, en France, 500 cas se sont produits de juin à octobre en Alsace et en Lorraine, dont 405 dans le département du Bas-Rhin, avec des foyers relativement importants : 110 cas à Strasbourg, 61 dans le canton de Schiltigheim, 53 dans celui de Bischwiller. Les 4/5 des malades étaient des enfants de moins de cinq ans. (Cf. Levaditi, Schutz et Villemin. *Gaz. des hôpit.*, 1930, p. 1754.)

A l'occasion du traitement sérothérapique de la poliomyélite, deux questions se posent : celle du contrôle de l'activité des sérums obtenus par immunisation du cheval et celle de l'organisation de la récolte du sérum d'anciens malades.

Le traitement sérothérapique de la *méningite cérébro-spinale* a donné au Danemark des résultats si médiocres, dans les dernières années, qu'il a été abandonné. En Suède, l'opinion lui est peu favorable. Au contraire, en Roumanie, tandis que la léthalité des cas traités par d'autres méthodes atteint 65 p. 100, avec le traitement sérothérapique la léthalité d'une série récente de 101 cas, les uns à l'hôpital militaire de Bucarest, les autres à la clinique infantile de la même ville, est de 18,3 p. 100, et après élimination des malades arrivés dans le coma ou morts un ou deux jours après leur entrée à l'hôpital de 10,9 p. 100. Chez les nourrissons, elle atteint 28,1 p. 100 et, après correction, 15,6; chez les militaires, sur 21 cas, 1 seul décès (4,8 p. 100). Les facteurs favorables à la guérison ont été la précocité du traitement, la longueur du séjour à l'hôpital, l'emploi du sérum correspondant au type de méningocoque, l'injection intraventriculaire chez les nourrissons, l'arrêt de la sérothérapie au moment opportun. En France, la léthalité avant le traitement sérothérapique était de 65 à 75 p. 100. Les statistiques réunies par l'Office international d'hygiène publique présentent toutes un abaissement important de ces taux, bien que s'écartant beaucoup les unes des autres. Dans le service d'isolement des hôpitaux de Lyon la léthalité est d'environ 50 p. 100 (54 chez les nourrissons, 46,7 chez les adolescents et les adultes); à l'hôpital Pasteur, à Paris, sur 135 cas, de 1910 à 1929, 28 p. 100, avec des taux extrêmes de 13 p. 100 (30 cas, 1915) et 54 p. 100 (11 cas, 1918); dans l'armée française, de 1910 à 1919, 25 p. 100 et, de 1920 à 1929, 33 p. 100; à l'hôpital maritime de Brest (246 cas), de 1907 à 1920, environ 30 p. 100 et, de 1920 à 1929, 21 p. 100. — Ces derniers chiffres, après élimination des cas admis à l'hôpital *in extremis*, insuffisamment traités ou compliqués, s'abaissent en moyenne à 9,5 p. 100.

En Egypte, la méningite cérébro-spinale, diagnostiquée couramment depuis une vingtaine d'années, a d'abord paru frapper, à diverses reprises, un nombre assez élevé de membres de la même famille; puis, elle a donné quelques petites épidémies locales, et surtout des cas sporadiques sans lien

entre eux. Elle est plus fréquente dans la saison d'hiver. La léthalité a été de 61 à 84 p. 100 au Caire.

Trois cas de méningite aiguë à réaction exclusivement lymphocytaire, sans bacilles de Koch ni autres micro-organismes décelables, et à issue favorable, ont été observés en Yougoslavie.

L'origine de la *psittacose*, qui s'est répandue dans les premiers mois de 1930, à travers le monde entier, a été attribuée à des perroquets provenant de l'Amazone. Or, aucun cas humain n'a été constaté au Brésil, et il n'existe aucune indication qu'une épizootie ait atteint les perroquets dans les forêts du Brésil. L'infection ne semble s'être déclarée que dans la vie en captivité, après le départ du Brésil, et sans doute à cause de conditions défavorables d'alimentation, de température, d'entassement des perroquets importés.

On constate actuellement de 1 à 3 cas par semaine de *fièvre ondulante* à bacille de Bang en Suède. En France, un foyer de 16 cas a été observé en Franche-Comté, dans une population occupée à l'élevage des vaches. En Roumanie, on a constaté le pouvoir agglutinant pour le bacille de Bang de sérums humains, dans des fermes et chez des soldats; les recherches continuent. Un cas a été reconnu en Yougoslavie.

La nature des *fièvres exanthématiques* observées en Italie reste obscure. Tandis qu'aucun cas n'est connu en Lombardie, ils sont assez fréquents à Rome; mais l'interprétation des cliniciens qui les ont étudiés n'est pas uniforme. Les uns croient à une affection du type de la maladie de Brill, les autres à une fièvre du type escharo-nodulaire. La réaction de Weil-Felix est fréquemment positive, au moins tardivement (chez les malades étudiés par le professeur Pecori, dans 69 p. 100 des cas, vers le treizième au seizième jour); l'infection paraît être transmise par des tiques que l'on trouve chez 95 p. 100 des chiens. A propos de la dénomination escharronodulaire, il faut noter que si l'escarre, ou du moins la tache noire, n'est pas toujours apparente, on peut parfois la découvrir en la cherchant avec soin.

Des succès thérapeutiques remarquables ont été obtenus en Yougoslavie dans le traitement du *psoriasis* par l'injection sous-cutanée de produits de digestion de squames par la pepsine et la trypsine. L'action de ces extraits paraît rigoureusement spécifique; c'est un exemple d'un phénomène qui a peut-être un caractère plus général, l'influence sur le métabolisme de substances tirées de produits morbides.

Le nombre des cas de *béribéri* hospitalisés en Indochine dans les formations de l'assistance est allé en augmentant dans les dernières années (3.669 en 1928). Une enquête approfondie a montré que la plus grande partie s'étaient produits dans l'ouest de la Cochinchine, contrée riche dans laquelle l'usage du riz décortiqué mécaniquement s'est substitué à celui du riz grossièrement décortiqué au pilon. L'usage d'un riz incomplètement décortiqué a été prescrit — en même temps que la recommandation était faite d'introduire dans l'alimentation des fruits, des légumes verts, de la viande, du poisson frais. On a remarqué que l'affection était rare chez les enfants, et fréquentes chez les femmes enceintes surtout à la fin de la grossesse.

Parmi les additions au régime alimentaire qui aident à prévenir le béribéri, on a employé avec succès les fèves aux Indes Néerlandaises, les arachides en Afrique.

Le *cancer* est relativement rare chez les populations noires plus fréquent dans la race jaune, sans y être aussi répandu que dans les pays européens et américains. Une revue de la

littérature concernant le cancer dans les colonies françaises a été communiquée au Comité. Dans l'Afrique occidentale, les tumeurs malignes les plus fréquentes sont des ostéo-sarcomes et des cancers de la muqueuse buccale (peut-être en relation avec l'habitude de mâcher des substances végétales irritantes); les tumeurs de l'estomac, du foie sont rares, ainsi que celles de l'utérus, malgré la fréquence des métrites ulcéreuses mal soignées ou non soignées. En Indochine, on trouve une forte proportion de tumeurs de la bouche (20 p. 100 au total), de tumeurs cervicales (16 p. 100), de tumeurs du sein, de l'utérus et, chez l'homme, de la verge (répandues chez les peuples bouddhistes en général); les cancers de l'ovaire sont deux ou trois fois plus rares qu'en Europe. A noter, chez un Sénégalais, un sarcome mélanique siégeant au talon, c'est-à-dire dans une région du tégument faiblement pigmentée; ce fait confirme l'hypothèse que ces tumeurs se développent sous l'influence de troubles du métabolisme général, mais dans une région où se produisent des changements locaux de composition des humeurs et des cellules, et qui se trouve dans une zone où les éléments pigmentés sont voisins d'éléments exempts de pigment,

Le Comité a ensuite étudié différentes questions relatives à la mortalité rurale, à l'acclimatation de la main-d'œuvre asiatique ou à des réglementations particulières.

INFORMATIONS

(SUITE)

ACADÉMIE VÉTÉRINAIRE DE FRANCE. — *Liste des lauréats des concours de 1930.* — PRIX BARTHÉLÉMY. — Le titre de lauréat et un prix de 1.000 fr. à M. A. Boquet : Le bacille et l'entérite paratuberculeuse des bovidés.

Le titre de lauréat et un prix de 600 fr. à MM. Curasson et Delpy : Le vaccin formolé contre la peste bovine.

Un prix de 300 fr. et rappel du titre de lauréat à M. Velu : Comment résoudre le problème de l'alimentation du bétail et intensifier la production dans l'Afrique du Nord.

Une mention de 300 fr. à MM. Donatien et Lestoquard : Recherches sur la peste porcine.

Une mention de 300 fr. à M. le vétérinaire capitaine Fleuret : La cytogénèse physiologique chez les herbivores.

Une mention de 300 fr. à M. Rossi : L'ultravirus tuberculeux chez nos animaux domestiques.

PRIX PAUGOUÉ. — Le titre de lauréat et un prix de 600 fr. à M. le vétérinaire-capitaine Faure : Travaux sur la pathologie animale en Tunisie.

Une mention de 300 fr. à M. le vétérinaire-capitaine Barlette : L'emploi du biiodure de mercure en thérapeutique chirurgicale.

PRIX PAUNIN. — Le titre de lauréat et un prix de 400 fr. à M. le vétérinaire-capitaine Marcenac : Étude sur la faune venimeuse du centre sud-marocain.

Le titre de lauréat et un prix de 400 fr. à M. Taskin : Contribution à l'étude des images radiologiques anormales chez le chien.

Le titre de lauréat et un prix de 200 fr à M. le vétérinaire-capitaine Barrier ; Le traitement de la lymphangite épizootique.

PRIX URBAIN-LEBLANC. — Le titre de lauréat et le prix de 900 fr. à M. Toumanoff : Action des champignons entomophytes sur les abeilles.

PRIX EMILE THIERRY. — Le titre de lauréat et le prix de 800 fr. à M. Amiot : Essai de prophylaxie de la brucellose bovine.

PRIX TRASBOT. — Le titre de lauréat et le prix de 1.400 fr. à M. Rabatel : La lutte contre la peste bovine au Dahomey.

PRIX FOULON-BODEAU. — Non distribué (rappel du titre de lauréat à M. Plantureux sur ses travaux sur la rage du chien).

PRIX LIAUTARD (année 1929). — Le titre de lauréat et le prix de 250 fr. à M. Brion : Un cas d'hémorragies rétiniennes chez un chien.

CONCOURS GÉNÉRAL. — Une médaille d'argent à M. G. Davesne, vétérinaire à Méru (Oise) : Quelques cas particuliers de parturition. Effet des gaz asphyxiants : sur le cheval; sur la non-délivrance chez la vache.

Une médaille d'argent à M. Fleuret : La graine germée.

COMMISSION DES RÉCOMPENSES. — La médaille E. Mathieu à MM. Ch. Brioux et Albert Richart : L'acide cyanhydrique des tourteaux de lin.

Une médaille d'argent à M. le docteur Béraut : Contribution à l'étude des sérums lactescents et opalescents.

Une médaille d'argent à M. Ed. Dechambre : Anesthésie du chat par le chlorure d'éthyle. Spéculum buccal pour chevaux.

Une médaille d'argent à M. Faillie : Recherches chimiques, physiologiques, toxicologiques sur la brucine.

Une médaille d'argent à M. Grobon : Auto-souffleur Grobon.

Une médaille d'argent à M. Jacotot : Pasteurellose des bœufs et des buffles en Indochine.

Une médaille d'argent à M. Le Monnier : Considérations sur le traitement du vertige essentiel chez le cheval.

Une médaille d'argent à M. Pairemaure : Etude expérimentale de la morve. Nouvelles relations entre la morve et la mélioïdose.

Une médaille d'argent à MM. Penau, Blanchard et Simonnet : Le problème des glandes à sécrétions internes; les propriétés physico-chimiques et pharmacodynamiques des hormones.

Une médaille d'argent à MM. Weinberg et Barotte : Préparation des sérums antigangréneux monovalents avec des toxines formolées.

Une médaille de bronze à chacun des auteurs suivants :

M. le professeur Aggarwala : L'art de la traite.

M. le vétérinaire-capitaine Barlette : Sérothérapie du tétanos.

M. le docteur Dumas : Contribution à l'étude des dermatoses canines et félines.

M. le docteur Laurent : Contribution à l'étude des rapports existant entre la fièvre ondulante de l'homme et l'avortement épizootique des animaux.

CONFÉRENCES DE L'HOTEL CHAMBON. — Dans la grande salle de conférences de l'hôtel Chambon (hôtel des Syndicats médicaux français), 95, rue du Cherche-Midi, a eu lieu le samedi 22 octobre 1930, à 18 h., la première conférence donnée en cet hôtel.

Devant une très nombreuse assistance, la grande salle était comble. M. Jayle a défini le but poursuivi par le Comité de direction des conférences de l'hôtel Chambon et a présenté ensuite le conférencier, M. Maurice de Fleury, de l'Académie de médecine.

M. Maurice de Fleury a traité avec son habituel talent le sujet si passionnant des « demi-fous »; la salle par son attention et par ses applaudissements répétés a montré combien le sujet traité par l'éminent maître l'intéressait.

De nombreuses conférences seront données dans cette salle pendant l'année 1930-1931; la prochaine conférence sera faite par M. Jayle sur « Le problème du chauffage », le mercredi 17 décembre, à 9 h. du soir.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Rousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Péan; nous adressons à Mme Rousseau et à ses enfants l'expression de notre douloureuse sympathie. — A. B.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. Ecalle, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le lundi 1er décembre 1930, à 18 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Objet des conférences : « Gestation, accouchement et postpartum normaux. Pathologie de la grossesse. »

HOPITAL SAINT-LOUIS (service du professeur Gougerot). — M. G. Leven, leçon sur la syphilis gastrique et son traitement spécial, le jeudi 18 décembre, à 10 h.

NOTES DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

Gono-réaction (Rubinstein) : si elle n'est pas toujours positive, elle a une valeur presque absolue lorsqu'elle l'est, sauf si le malade a un Wassermann positif ou s'il a reçu un traitement vaccinothérapique ou acridénique.

On ne saurait compter sur la *radiographie* pour le diagnostic. A la phase aiguë, elle montre l'aspect flou et pommelé des épiphyses, par suite de sa décalcification. Plus tard, quand s'effectue la reminéralisation, elle montre leurs contours « endeuillés ». C'est surtout pour suivre l'évolution du processus, en tant qu'élément de pronostic, surtout à la phase chronique, que la radiographie est intéressante. Elle révèle alors les processus associés de destruction ostéo-articulaire et de construction, sans qu'il y ait de signe pathognomonique de l'arthrite blennorragigue.

Différentiel. — Il ne se pose pas, sauf exceptions, si l'on a trouvé des gonocoques chez le malade.

A. **Forme polyarticulaire.** — Le diagnostic couramment soulevé est le RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. Sans doute, il est aisé dans les cas typiques avec angine prémonitoire, mobilité extrême des arthralgies, sueurs profuses, endocardite, action très rapide de salicylate de soude.

Mais ce n'est pas toujours aussi schématique. Les arthralgies peuvent être peu mobiles, rester tenaces sur une ou deux articulations, céder incomplètement au traitement salicylé et tout rhumatisme articulaire aigu ne lèse pas l'endocarde. Enfin, l'existence d'une gonococcie n'exclut pas la maladie de Bouillaud,

Il n'en reste pas moins que la constatation de gonocoques dans les sécrétions génitales est un facteur diagnostique de valeur presque absolue.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 95, p. 1694, et n° 97, p. 1742.

Si le malade a été traité par sérothérapie antigonococcique, la reprise des arthralgies, peut se poser la question d'un *rhumatisme sérique*.

B. **Forme hydarthrosique.** — Les hydarthroses *syphilitiques* et *tuberculeuses* posent souvent des questions de diagnostic fort difficiles.

C. **Formes arthralgiques.** — Elles peuvent être simulées par toutes les variétés de rhumatismes infectieux, et même par les douleurs ostéocopes de la syphilis.

D. **Forme pseudo-phlegmoneuse.** — Elle doit être distinguée de la *forme suppurée*, et toutes deux, des arthrites suppurées d'étiologie variée, de l'ostéomyélite.

E. **Formes septicémiques.** — Sont le mieux simulées par la *méningococcémie* et c'est l'isolement du germe au laboratoire et encore ici l'existence d'une blennorragie génitale qui trancheront le diagnostic.

F. **Formes chroniques.** — Leur diagnostic ne pourra être fait que par l'anamnèse, car cliniquement et anatomiquement, ils sont exactement simulés par les rhumatismes chroniques banaux.

TRAITEMENT

1° **De la blennorragie.** — Il est indispensable de traiter le foyer d'où sont partis les gonocoques. En dehors de la nécessité de soigner les lésions locales, il y a celle d'éviter un nouvel essaimage à partir de ce foyer.

2° **Du rhumatisme.** — *A.* **Médical.** — Aucun traitement, parmi ceux très nombreux qui ont été proposés, ne guérit de façon certaine du rhumatisme blennorragique.

VACCINOTHÉRAPIE (sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse). Cette méthode, qui donne des chocs violents, est souvent assez efficace, et le nombre des vaccins proposés est considérable.

On peut également faire un autovaccin. Peut-être n'agissent-ils tous que par *protéinothérapie*, procédé également utilisé sous forme d'injections de lait dont l'action antialgique est très nette.

SÉROTHÉRAPIE. — Le sérum de Nicolle (Institut Pasteur) est le plus employé : *a.* par voie *intra-articulaire*, après évacuation de l'exsudat, et lavage de l'article au sérum ; *b.* intramusculaire et sous-cutanée au voisinage de l'articulation ; *c.* intraveineuse le sérum étant dilué dans dix parties de solution physiologique.

On a également proposé le sérum *antiméningococcique*.

L'*auto-hémothérapie*, l'*auto-sérothérapie*, et l'*auto exsudothérapie* comptent également des succès.

La *chimiothérapie*, surtout par la *trypaflavine*, peut être un utile adjuvant dans les formes aiguës.

B. **Chirurgical.** — 1. Dans les formes aiguës, l'*arthrotomie avec toilette articulaire, lavage au sérum, suture primitive et mobilisation précoce*, est une opération indispensable dans les formes suppurées, mais encore proposée par beaucoup d'auteurs dans les formes aiguës un peu traînantes.

2. Dans les formes chroniques, on n'opérera qu'après extinction de tous les phénomènes inflammatoires. Il s'agit surtout d'opérations orthopédiques, en particulier *arthroplastie* avec modelage articulaire et interposition aponévrotique.

Le *massage* prudent et méthodique, et la mobilisation sont extrêmement importants, dès que le malade peut les supporter. Une cure thermale à Aix-les-Bains, Bourbonne-les-Bains, complète utilement la thérapeutique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Médaille d'or de l'internat. — *Chirurgie. — Epreuve écrite anonyme.* — Séance du 4 décembre. — Questions données : « Complications du goitre. — Rapports du corps thyroïde. »

Epreuve écrite anonyme. — Séance du 9 décembre. — MM. Audouin et Kaufmann, 27; Patel, 28.

Epreuve clinique anonyme. — MM. Patel, 20; Kaufmann, 19; Audouin, 18.

Classement : médaille d'or, M. Patel, 68.

Médaille d'argent : MM. Audouin et Kaufmann, 62.

Une épreuve supplémentaire aura lieu pour l'attribution de la médaille d'argent.

— Concours de l'externat. — Liste par ordre de mérite : 1. M. Aussannaire et Mlle Rotté, *ex æquo* (une épreuve supplémentaire aura lieu entre ces deux candidats), M. L'Hirondel, Mlle Picard, MM. Le Roy (And.), Gros, Cernéa, Nouaille, Bussière, Laurence,

11. Rossier, Adle, Faulong, Léger, Falin, Maruelle, Claude, Mlle Vialet, MM. Franchel, Bregeat,

21. Giaume, Lignières (de), Mlle Ghinsberg, MM. Sachs, Morichau-Beauchant, Katz, Desmonts, Desrosiers, Bayle, Mlle Renié,

31. MM. Clerc, Abiteboul, Rovianu, Guéret, Casalis, Rouvet, Ameur, Vialard, Dauphin, Wolfromm,

41. Leibovici, Mlle Simon, MM. Bourel, Camus (P.), Maury, Monsaingeon, Amigues, Dubos, Fornari, Laigle,

51. Blot, Serane, Michel (R.), Hector, Robin, Chenebault, Genestoux, Veltier, Vassor, Simonin (P.),

61. Grossiord, Guillemin, Samain, Lefebvre, Philippe, Goutner, Lajouanine, Salvanet, Mlle Seiffert, MM. Huchet,

71. Bessil, Richard, Vivien, Szejdel, Montis (de), Thomeret, Cante, Jamain, Sautter, Mlle Bonnenfant,

81. MM. Rocca Serra (de), Lefer, Viennot, Lecointre, Coulombeix, Nakache, Darmon, Gross, Tiffeneau, Ghozland,

91. Curéveau, Crepon, Michel, Duval, Mlle Lauriat, MM. Giraud (Jean), Megreau, Daudier, Morin, Mlle Lévy (H.),

101. MM. Dutheil, Normand (P.), Mlle Cotton, MM. Rosenfeld, Gireaux, Jouon, Delattre, Le Brun, Krug, Barry,

111. Siraga, Mlle Wetzel, MM. Bondoux, Grenet, Puyo, Sicard, Plas, Mlle Kapp, MM. Turlotte, Martin,

121. Lepoivre, Meyer, Lemaire, Daverne, Ducros, Dillange, Boquet, Buffard, Lebreton, Mlle Pevet,

131. MM. Monnier, Lobel, Mathey, Piton, Kolpénitzki, Tran tan Phat, Clénet, Vincent, Tardiveau, Delage,

141. Petit, Thomas, Statlender, Mlles Lorain, Haguenauer, MM. Schneider, Béranger, Sarrazin, Claudeville, Lutrat,

151. Enquin, Gillet, Le Pavec, Fortin, Maugenest, Cauvy, Bauer, Mgo-Quoc, Laurent (J.), Lespinat,

161. Ecklé, Rosenberg, Magder, Jannette-Walen, Lapierre, Maude, Basset, Taveau, Orinstein, Montagne,

171. Petresco, Vialle, Viault, Austerveil, Halpern, Campesco, Creusot, Gresse, Maynadier, Lambert (A.),

181. Caudron, Mlle Laurens, MM. Besson, Grupper, Fousault, Logeais, Mlles Sachnine, Despan, MM. Hofmann, Suire,

191. Bain, Martin (M.), David (I.), Mandel, Rouzaud, du Buit, Ingrand, Lefkovitsch, Depaillat, Avenier,

201. Chaudié, Sénéchal, Rohozinski, Clerc, Lévy (J.), Forestier, Sobieski, Mlle Giret, MM. Debouvry, Glaserman,

211. Deheytre, Solaun, Rudien, Joseph, Broche, Maurice, Michaut, Antomarchi, Lazarovici, Rabinovici,

221. Greene, Orsoni, Zivy, Mlle Trocmé, MM. Gout, Strensaud, Mlle Cottineau, MM. Chalochet, Aaron, Gouraud,

231. Mlle Delaroche, MM. Bembarou, Landès, Boursaus, Mlle Duran, MM. Sachnine, Goez, Mignon, Legal, Bretton,

241. Guès, Herluison, Mignot, Mitrani, Zarachovitch, Fréret, Pietroni, Perevon, Normand (M.), Jan,

251. Perrot, Mlle Margueron, MM. Buisson, Meillon, Truelle, Izraël, Soullard, Leclercq, Auclade, Blanchard,

261. Mlle Montrosier, MM. Torrel, Legrand, (M.), Mlle Dutilleul, MM. Weil, Michard, Pellerat, Mathieu, Laumonnier, Butin,

271. Tu-chan-Cant, Chapoy, Brun, Mlle Demschenko, MM. Simon (P.), Bouillé, Fischmann, Gerbet, Mlless Balossini, Valette,

281. Dastugue, Maleyrie, Hébert, Bagot, Lardenois, Sztejn, Lepointre, Marcus, Carniol, Leschi,

291. Pupko, Placa, Baulande, Dhéry, Turchini, Dufour (J.), Landolt, Glénard, Guittart, Gallois,

301. Joby, Arguellès, Neumann, Kern, Rosenberg, Mme Legoux, Mlle Cuvier, M. Vaucostenoble, Mlle Bataille, M, Cochème,

311. Monti, Combes, Monin, Porret, Doger de Speville, Zwillinger, Legroux, Maillard, Ebstern, Derobert,

Mlle Guignard, MM. Bardon, Meynard, Gaeré, Ciaudo, Kérambrun, Fekête, Reynaud, Bizoff, Karabourbouins,

321. Tzannettis, Bruno, Barouch, Garcin, Courtin, David (Elie), Mlles Wuest, Lods, MM, Périgaud, Auffret,

341. Bour, Lutereau, Saillanli, Guénin, Gras, Miltan, Matras, Maillard, Guilé, Mlle Duméry,

351. MM. Harscoët, Florès, Mlle Capitain, MM. Lepetz, Breitel, Bombéger, Guillou, Kazatzker, Moïsesco, Mlle Cheikh,

361. MM. Thomas (H.), Delaroche (J.), Bellotte, Dartiguepeyrou, Cau, Mekdjian, Jassin, Robert (J.), Bibas, Devoucoux,

371. Plique, Menanteau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté (bibliothèque, cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du mercredi 24 décembre 1930 au dimanche 4 janvier 1931 inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés les mercredi 24, jeudi 25, mardi 30 et mercredi 31 décembre 1930; jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 janvier 1931.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours s'ouvrira le lundi 4 mai 1931 devant la Faculté de pharmacie de Paris pour la nomination d'un suppléant d'histoire naturelle (cryptogamie) à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Jeudi de Grissac (d'Argenteuil).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Seyer, médecin chef de service aux hôpitaux de Rouen pour maladie très grave contractée en service.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le docteur Aly Ibrahim, l'éminent chirurgien du Caire, vient de recevoir de S. M. le roi Fouad le titre de Pacha.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — Une séance spéciale aura lieu le jeudi 18 décembre, à 10 h., 12, rue de Seine, et sera consacrée à l'exposé par M. Tournay de ses travaux pour le Fonds Déjerine : « Nouvelles recherches expérimentales sur les effets sensitifs des perturbations sympathiques. »

T. S. F. — Le docteur Claoué (de Bordeaux) donnera une conférence à la station radio-téléphonique des P. T. T. de Paris (longueur d'onde 447 mètres), le 13 décembre, à 19 h. 55, sur : « Propos sur la chirurgie esthétique ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

L'ordre du jour suivant a été voté par le Comité de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* dans sa séance du 1er décembre 1930 :

« *Ordre du jour* : concernant la proposition de Loi Milan-Rio au sujet de la réforme des études dentaires :

Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, après avoir pris connaissance de la proposition de loi Milan-Rio décide :

1° D'accepter les quatre premiers articles de ce projet;

2° De s'opposer à l'article 5 tel qu'il est rédigé et demande :

a. Que les modalités de transformation du diplôme de chirurgien-dentiste en doctorat en médecine soient précisées dans le texte de la loi après avis des Conseils des Facultés de médecine et du Conseil supérieur de l'Instruction publique;

b. Que le baccalauréat de l'Enseignement secondaire soit exigé des candidats;

c. Que l'autorisation de commencer les études en vue de cette transformation ne soit accordée aux chirurgiens dentistes postulants que dans un délai strictement limité à deux ans après la mise en exécution de la loi.

N. B. — Bien entendu le doctorat ainsi obtenu sera le doctorat d'Etat, car le Comité repousse toute suggestion qui consisterait à demander l'obtention d'un doctorat d'Université (mention Médecine) par des Français. »

TEXTE DE LA PROPOSITION DE LOI MILAN-RIO MODIFIANT LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Article 1er. — L'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié ainsi qu'il suit :

« Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine. »

Art. 2. — Il est ajouté à l'article 29 de la loi du 30 novembre 1892 l'alinéa suivant :

« Les chirurgiens-dentistes reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après auront le droit d'exercer l'art dentaire sur tout le territoire de la République dans les conditions fixées par la loi du 30 novembre 1892. »

Art. 3. — Il est ajouté à l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 l'alinéa suivant :

« Il en sera de même pour les étudiants qui au moment de l'application de la présente loi auront pris la première inscription pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. »

Art. 4. — La présente loi ne sera exécutoire que quatre ans après sa promulgation. Elle est applicable à l'Algérie et aux Colonies.

Art. 5. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un chirurgien-dentiste reçu antérieurement à l'application de la présente loi pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

RENSEIGNEMENTS

JOLIE VILLA idéale pour repos ou convalescence, à Beaulieu-sur-Mer. — Ecrire Monier, 6, jardin d'Alsace-Lorraine, à Nice.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 2 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta - Edit.

FRANÇOIS-SIGISMOND JACCOUD

(1830-1913)

ÉLOGE

PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE ANNUELLE DU 9 DÉCEMBRE 1930

Par M. P. MENETRIER,

Président de l'Académie de médecine.

Quand nous avons commencé nos études de médecine, il y a de cela quelque peu plus de cinquante ans, Jaccoud était alors le plus éminent et le plus représentatif des pathologistes de l'Ecole de Paris.

J'entends par là, que sans s'être spécialisé en aucune des diverses branches de la Pathologie médicale, il les avait toutes explorées, approfondies, et systématisées, et les enseignait toutes avec une maîtrise qui tenait à la fois de l'universalité de sa connaissance et de la précision logique de sa méthode, exprimées dans une langue d'une correction impeccable et avec une éloquence admirable.

Son *Traité de pathologie interne*, paru depuis quelques années, représentait une forme sinon entièrement nouvelle, à tout le moins renouvelée de l'enseignement de la médecine et avait relégué au second plan tous les traités antérieurs, dont le mérite se trouvait aux yeux des étudiants effacé par les qualités de cet ouvrage.

Et ces qualités étaient : en premier la mise au point de toutes les questions, en utilisant tous les travaux parus, même les plus récents, dans l'ensemble du monde scientifique et quel que fût le pays de leur production et la langue dans laquelle ils avaient été écrits. Et cela était nouveau, entièrement nouveau, expression de la méthode qu'il considérait à juste titre comme la sienne, de la *généralisation internationale des études scientifiques*.

On y trouvait, d'autre part, une clarté d'exposition, une rigueur dans l'analyse physiologique des processus et des symptômes, un enchaînement logique des déductions d'autant plus nécessaires, à tout le moins pour l'exposé des travaux étrangers, que ces qualités essentiellement françaises y font le plus souvent défaut.

Ce sont là les traits dominants de son œuvre, tels qu'il les a revendiqués, et tels qu'il est facile de les apercevoir en la contemplant.

Et ces qualités primordiales, facilité d'assimilation de la science cosmopolite, et clarté toute française dans l'exposition des connaissances ainsi acquises, la vie et les origines de Jaccoud nous les expliquent parfaitement.

Jaccoud (François-Sigismond) est né à Genève le 20 novembre 1830 sur les confins de la frontière actuelle de la France, mais dans un de ces pays que nous pouvons considérer comme les *marches de la Gaule* où les éléments de notre race, ou plus exactement de notre civilisation, tantôt s'affrontent aux civilisations voisines et tantôt se combinent harmonieusement avec elles. Ce qui fut précisément le cas de Jaccoud.

De la Suisse aux trois langues, il a retenu la facilité de compréhension des parlers multiples et des manières de penser qu'ils représentent ; mais à la France il doit surtout et la logique des idées, et la correction impeccable du langage qui en est le plus sûr véhicule, et qui chez lui par la richesse des images en arrive à la parfaite éloquence.

Voilà pour son pays d'origine ; quant à sa famille, quelques renseignements fournis par son neveu à Mlle de Martignoni, sa belle-sœur, nous apprennent qu'elle était d'origine fribourgeoise. A Châtel-Saint-Denis son existence est prouvée par un acte datant de 1400. Une branche, les Jaccoud de Rue, se fixa dans le pays de Vaud, à Chesebres Puidoux, et ses membres y reçurent le droit de bourgeoisie en 1648. Plus tard, le père de Sigismond Jaccoud vint à Genève où il acquit la bourgeoisie. Il était commerçant et sa situation lui avait permis de faire donner à ses deux fils une éducation libérale, poussée jusqu'à l'obtention du baccalauréat ès lettres, quand survint la ruine en 1848.

C'est alors que, livré à ses seules ressources, Sigismond Jaccoud quitta Genève pour venir à Paris faire ses études médicales (juin 1849). Ses débuts furent pénibles. Il arrivait à Paris avec sa mère, muni seulement d'une minime somme d'argent pour les faire vivre l'un et l'autre ; et de quelques lettres de recommandation. Aussi dut-il, pendant plusieurs années, recourir aux moyens de travail les plus disparates.

C'est lui-même qui nous le dit, car par une touchante préoccupation de rappeler à ses fidèles la dureté du début de sa carrière il avait, sur le tard de sa vie (la note est datée du 20 novembre 1912, le dernier anniversaire de sa naissance avant sa mort), rédigé une courte notice biographique relatant ses épreuves après son arrivée à Paris. Il m'en avait remis un exemplaire, un autre à notre collègue Lejars, qui l'avait soigné avec tant de dévouement, lui et les siens.

Ces moyens disparates de gagner sa vie et celle de sa mère, c'étaient : des leçons données sur les matières du baccalauréat, des leçons de musique ; son talent de violoniste lui avait permis d'être engagé comme premier violon au théâtre de l'Odéon (1849-1850), second violon au théâtre du Gymnase. On sait qu'à cette époque la plupart des théâtres avaient un orchestre, recruté bien souvent parmi des amateurs. Il fut aussi attaché à l'orchestre des bals de l'Opéra. Mais il prend soin de préciser qu'il ne fut jamais engagé à l'orchestre de l'Opéra-Comique, comme l'ont dit quelques journaux.

Autres avatars : en 1851, il se fait courtier de librairie pour le placement de publications illustrées. Mais cette même année il passe le baccalauréat ès sciences et prend sa première inscription à l'Ecole de médecine.

Le docteur Félix Regnault a récemment publié une lettre trouvée dans les papiers de Victor Hugo, et écrite par un jeune étudiant qui dans l'ingénuité de son cœur s'adresse au grand poète « dont les œuvres admirables, lui dit-il, m'ont procuré les quelques instants de vrai bonheur que j'ai goûté jusqu'ici... » et qui pensant que : « l'indulgence et

la bonté sont toujours les compagnes du vrai génie... » lui demande aide et protection pour trouver par son travail le moyen de sortir de sa position difficile : en lui procurant des leçons; « les branches que je puis enseigner, dit-il, les voici : le français, le latin, le grec, l'allemand (je me chargerais de faire des traductions en cette langue), l'histoire, la littérature, les mathématiques, le violon et le piano... » Et il ajoute : « Gardez-vous de voir en tout cela la moindre présomption de ma part, n'y voyez, je vous en prie, que l'envie de parvenir et de pouvoir embrasser la carrière que j'ai choisie. »

Cette lettre est signée Sigismond Jaccoud, élève en médecine.

Combien touchante elle est, pleine de fierté et de confiance naïve dans la bonté inépuisable du génie, et combien je voudrais croire qu'il y fut favorablement répondu. Mais cela nous l'ignorons.

. . . .

En décembre 1854 il arrive premier au concours de l'externat.

L'année suivante, il est nommé interne à son premier concours, et ses quatre années d'internat s'achèvent par l'obtention de la médaille d'or (1859).

Et la note de Jaccoud se termine par cette remarque mélancolique : « Sa mère décédée en 1858 a eu la satisfaction de le voir interne, elle n'a pas eu la joie de voir son succès du concours de la médaille d'or. »

Jaccoud fit son année d'externat à l'hôpital de Lourcine, dans le service de Bernutz, gynécologiste distingué.

Sa première année d'internat, il la passa à Lariboisière dans le service de Chassaignac, et les trois années suivantes à l'hôpital Beaujon; en 1857 chez Jean-Paul Teissier, en 1858 chez Robert, et enfin sa quatrième année en 1859 chez Malgaigne.

Ainsi, sur quatre années d'internat, il en consacre trois à des services de chirurgie. Eut-il donc à ce moment quelque velléité d'embrasser la carrière chirurgicale? Tel que je l'ai connu plus tard, Jaccoud paraissait manifester trop peu de goût pour la chirurgie, pour qu'il fût supposable qu'autrefois il eût songé à la pratiquer. Je croirais plutôt qu'alors, comme aujourd'hui, les internes de chirurgie trouvaient plus facilement le moyen d'augmenter leurs maigres émoluments en assistant leurs maîtres dans les opérations de ville, et que ce fut la raison de son choix. Peut-être aussi pensait-il être ainsi plus libre de son temps pour le travail des bibliothèques et la préparation des concours de médaille.

. . . .

En 1860, il passa sa thèse inaugurale. C'est sa première publication importante, car l'index de ses travaux ne mentionne auparavant qu'une communication à la Société anatomique en 1858, sur un cas de tuberculisation généralisée avec adhérence totale du cœur.

Sa thèse intitulée : *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*, est un travail remarquable à divers titres, et dans lequel, bien en avance sur les idées de son temps, il s'efforce de prouver que, indépendamment des altérations locales du rein, la condition pathogénique de ce symptôme doit être cherchée dans une modification primordiale de la nutrition, et que le fait dominant est une altération des albuminoïdes du sang, une véritable dyscrasie albumineuse.

Il est surtout intéressant de trouver, dans ce premier ouvrage, les caractéristiques essentielles de la méthode nouvelle qu'il apporte dans les études de pathologie médicale. D'abord l'utilisation d'une *bibliographie considérable*, empruntée à toutes les littératures, de France et de l'étranger. L'index bibliographique ne comprend pas moins de 30 pages renfermant 590 citations de documents de toute origine, et cela au sujet d'une maladie qui, ainsi qu'il le dit lui-même, n'était découverte que depuis trente-trois ans.

D'autre part, et ainsi qu'il le rappellera plus tard en exposant sa méthode, c'est par l'*analyse physiologique* des symptômes observés, ou rapportés, qu'il arrive à établir sa démonstration pathogénique.

Ce qui ne l'empêche pas d'avoir joint à son observation clinique, une ébauche d'expérimentation chez les animaux. Mais dans quelles conditions se trouvaient alors placés les expérimentateurs! Il lui fallut mettre ses chiens en pension chez des amis à la campagne, à Brunoy, toute installation à Paris étant impossible. Et comme on comprend que, dans son rapport sur les institutions scientifiques de l'Allemagne, il insiste avec énergie sur la nécessité de procéder au plus tôt à une organisation similaire de nos écoles de médecine!

A la même époque commence sa collaboration à la *Gazette hebdomadaire*, dont il nous a tracé dans son éloge de Le Fort, qui lui aussi y fut attaché un bien intéressant tableau.

« J'évoque, nous dit-il, les temps lointains où nous nous retrouvions chaque semaine, avec Charcot, Vulpian, parfois avec Verneuil, dans le cénacle de la rue de Lille, pour collaborer sous la présidence de Dechambre à la *Gazette hebdomadaire*... Souvent encore j'assiste par la pensée à ces réunions du mardi; je vois la grande table au tapis vert, chargée de livres, brochures et journaux parvenus depuis la dernière conférence, je retrouve notre empressement avide à dépouiller ces matériaux de toute provenance et de toute langue pour en extraire ce qui pouvait être le plus utile à l'intérêt et à l'actualité du journal; je me représente notre surveillance jalouse de la répartition de ces richesses entre la médecine et la chirurgie; je me rappelle aussi, non sans gratitude, cette partie de la séance dans laquelle nous soumettions à notre rédacteur en chef, nos articles originaux et les revues d'histoire et de critique qui nous avaient été confiées; les encouragements ne nous manquaient pas, mais les éloges n'étaient pas toujours sans réserves, et le sage qui nous dirigeait avait souvent fort à faire pour réprimer et contenir dans de justes limites les élans trop audacieux de ses jeunes auxiliaires... »

Et nous voilà renseignés sur la passion, le terme n'est pas trop fort, avec laquelle Jaccoud, associé à ses contemporains plus tard également illustres, se livrait à l'étude des littératures médicales de toutes provenances, et mettait ainsi en pratique pour son compte sa doctrine de l'*universalité des études scientifiques*.

. . . .

En mai 1862 il est nommé médecin des hôpitaux; premier de la promotion, et c'est son premier concours.

L'année suivante c'est l'agrégation, et l'on doit répéter premier concours et premier de la promotion.

. . . .

A la suite de ce brillant concours d'agrégation, Jaccoud fut sur la demande de Rayer, doyen de la Faculté, chargé par le ministre de l'Instruction publique Rouland, d'une mission scientifique ayant pour but l'étude de l'organisation de l'enseignement médical en Allemagne.

Le décanat de Rayer, si mal supporté par la jeunesse des écoles, qui par ses manifestations tumultueuses finit par le forcer à démissionner, fut cependant fertile en initiatives heureuses. Cet illustre médecin qui s'engageait dans la voie des réformes, et réussit à doter la Faculté de chaires nouvelles vraiment indispensables, avait compris le besoin d'appuyer son action des exemples des Facultés les plus réputées d'Allemagne, et pour le renseigner à leur sujet nul ambassadeur n'était mieux choisi que Jaccoud. Sa parfaite connaissance de la langue, comme de la littérature allemandes, le mettant en état de tout voir, de tout comprendre et de ne laisser échapper aucun détail de l'enquête minutieuse qu'il allait mener.

Jaccoud visita les diverses Universités des pays allemands du mois de mars au mois d'octobre 1863, et à son retour présenta au nouveau ministre de l'Instruction publique Victor Duruy son rapport, que celui-ci l'autorisa à publier.

Avant d'exposer l'état présent de l'enseignement médical en Allemagne, il commence par un saisissant tableau historique de l'évolution de la science médicale au cours de la première moitié du XIXe siècle.

Il montre qu'au début de ce siècle, et tandis que de notre côté, dans un magnifique essor de rénovation, accompli par d'incomparables et géniaux artisans, les Bichat, les Laennec, les Broussais, les Magendie, etc., la science française prenait le premier rang et jetait sur tous les pays du monde civilisé un éclat éblouissant, en Allemagne au contraire, l'influence des doctrines philosophiques transcendentales de Schelling et de Hegel exerçait sur la médecine une action pernicieuse.

Le raisonnement à la place de l'observation, l'hypothèse au lieu du fait, la rêverie substituée à l'étude; les fantaisies de l'imagination tenant lieu des enseignements de l'expérience : tels sont les fruits qu'elles ont produits.

Et Gœthe pouvait dire : « Les Allemands sont depuis de longues années dans le transcendentalisme; quand ils s'en apercevront, ils seront bien étonnés. »

Comment s'en sont-ils aperçu? Sous l'influence des progrès merveilleux accomplis par les grands médecins français.

Aussi, nous dit Jaccoud, et ici je cite textuellement : « La France peut à bon droit être fière de la part qu'elle a eue, dans cette rénovation; mais il faut qu'elle le sache, et je suis heureux de pouvoir le déclarer hautement, l'Allemagne médicale lui en garde une profonde reconnaissance, elle a conservé présents et vivaces tous les souvenirs de cette histoire. Elle sait qu'elle doit à la France sinon les procédés de l'étude scientifique, du moins les principes et la méthode même de l'observation, ce qui est assurément le plus précieux. »

Il faut bien avouer qu'aujourd'hui on éprouve quelque surprise à lire ces déclarations. Les temps sont loin où l'Allemagne reconnaissait ainsi de bonne grâce ses obligations. C'est pourquoi le témoignage de Jaccoud n'en est que plus important à retenir.

Mais reprenons la suite de cette histoire, telle que Jaccoud la rapporte. La réforme en effet fut complète, portant aussi bien sur l'enseignement clinique que sur les études théoriques, et surtout sur l'établissement d'Instituts pratiques pourvus de laboratoires perfectionnés. Et après une description exacte et complète de l'organisation des diverses Facultés de l'Allemagne et de l'Autriche, il ajoute en manière de conclusion : « Que faut-il pour compléter notre organisation et lui donner cette supériorité que nous constatons chez nos voisins? Il faut à leur exemple réformer l'enseignement clinique. Il faut comme eux créer des Instituts pratiques dont les laboratoires seront librement ouverts à tous les élèves... et d'ailleurs, il serait injuste de l'oublier, la nécessité de ces mesures a été dès longtemps reconnue, et cette organisation ne serait que la consécration des magnifiques programmes contenus dans les décrets du 14 frimaire an III et du 14 messidor an IV. Que ces réformes soient accomplies, mes vœux les plus chers seront réalisés, car l'antique prééminence de notre Ecole sera définitivement sauvegardée, et la Faculté de Paris qui n'a dû jusqu'ici qu'à ses professeurs sa glorieuse suprématie, trouvera dans des institutions dignes d'elle les éléments d'une nouvelle supériorité. »

. . . .

[M. Menetrier énumère ensuite les publications de Jaccoud : le *Rapport*, déjà cité, *sur l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne* (1864), le *nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1864-1886), *Les Paraplégies et l'ataxie du mouvement* (1864), *Les Leçons de clinique médicale faites à la Charité* (1867), le célèbre *Traité de pathologie interne* (1870-1871), *Les Leçons de clinique médicale faites à Lariboisière* (1873)]...

En 1881 parut le livre sur : *La curabilité et le traitement de la phtisie pulmonaire* qui renferme les leçons professées l'année précédente à la Faculté de médecine en son cours de pathologie.

C'est là sans doute son œuvre maîtresse, aussi remarquable par la lucidité de l'exposition que par la nouveauté et l'importance des enseignements qu'elle renferme tant au point de vue de la science que de la pratique médicales.

L'affirmation de la curabilité de la phtisie pulmonaire, dans toutes ses formes et à toutes ses périodes, à une époque où le découragement le plus complet était l'idée régnante dans tout le monde médical aussi bien que dans le public, pouvait en effet paraître d'une singulière audace, et pourtant, non

seulement il en apportait les preuves les plus concluantes, mais en outre il en indiquait les moyens et fixait les règles de la prophylaxie aussi bien que de la thérapeutique avec une précision et une sûreté telles que l'avenir n'a pu que les confirmer et les suivre.

Avec quelle assurance il le dit dès le début : « Convaincu et certain que je suis de la curabilité et de l'arrêt possible de cette redoutable maladie, je considère comme un devoir de vous communiquer dans tous leurs détails les résultats de mes études et de mon expérience. »

Ces études il ne les a pas seulement pratiquées dans son service d'hôpital ou dans sa clientèle particulière, mais plaçant au premier plan du traitement qu'il va proposer, le traitement climatérique, c'est par des voyages réitérés dans les diverses stations de cure et dans tous les pays susceptibles d'exercer par leur climat une influence favorable sur la marche de la maladie qu'il a acquis son expérience.

« La question du traitement de la phtisie, dit-il, est dominée... par le problème si intéressant et si complexe des stations climatériques d'hiver et d'été, car il n'est pas une autre maladie dans laquelle les climats acquièrent au même degré la signification d'un véritable moyen thérapeutique, également puissant pour le bien et pour le mal, suivant qu'il est rationnellement ou aveuglément appliqué... Or je pense avoir sur ce sujet une compétence particulière. »

« Des études incessamment poursuivies pendant nombre d'années m'ont permis de connaître par examen personnel toutes les localités qui ressortissent au traitement climatérique de la phtisie; j'ai vu, et pour beaucoup d'entre elles j'ai vu à plusieurs reprises, toutes les stations d'Europe, celles de la Grèce, de la Sicile et de la Norvège comprises; j'ai eu soin d'étudier la célèbre station de Davos au milieu de l'hiver, car une visite en toute autre saison est parfaitement stérile; j'ai vu les stations d'Asie, enfin j'ai visité Madère, les îles Canaries, les principales stations du Maroc et de l'Algérie. Ne vous paraît-il pas, peut-il ajouter en toute justice, que j'ai quelque droit de parler ici de compétence particulière ? »

C'est cette expérience incomparable qui lui a permis de fixer les règles du traitement climatérique, à une époque où nul en notre pays n'avait songé à utiliser les ressources naturelles que nous possédons à ce point de vue, et où les plus anciennes stations de l'étranger n'étaient encore que fort imparfaitement connues.

Il précise que la croyance généralement répandue de la nécessité d'un climat chaud pour le traitement de la phtisie est une erreur de la thérapeutique.

Il proteste également contre la pratique des multiples changements de résidence. « Une pour l'été, une pour l'hiver, et quelquefois même pour le printemps et pour l'automne », pratique essentiellement préjudiciable aux malades.

Pour lui, le traitement climatérique se réduit tout entier à une question d'adaptation individuelle, et quand la résidence la plus convenable pour un malade donné a été reconnue et démontrée juste par un commencement d'expérience, il faut, dit-il, s'y tenir imperturbablement aussi longtemps qu'il est possible. Cette méthode, qu'il appelle méthode *de la résidence fixe*, il la considère comme « une révolution complète de la climatothérapie ». Elle est surtout nécessaire dans le traitement par les climats d'altitude, auxquels il donne la préférence dans la majorité des cas, attribuant une importance particulièrement efficace à la raréfaction de l'air des hautee régions.

Au surplus, il envisage dans son livre tous les modes de traitement. Mais le point fondamental qui doit engager le médecin à les employer avec confiance, c'est la notion de curabilité de la maladie qui est possible à toutes périodes et dans toutes les formes, même dans la forme granulique la plus terrible de toutes. En citant à l'appui de son dire des exemples démonstratifs, il ajoute : « l'incurabilité proclamée par Laennec et ses successeurs immédiats est démentie par l'anatomie pathologique, elle est démentie par l'observation clinique, ne vous laissez pas influencer par cette condamnation qui n'est plus qu'un souvenir historique... » « L'ennemi peut être vaincu, voilà l'idée mère qui doit soutenir vos efforts... »

Les enseignements de Jaccoud ne sont pas moins remarquables en ce qui concerne la prophylaxie de la maladie.

La notion de transmissibilité de la maladie, qu'il base sur la découverte de Villemin, les expériences de Chauveau et les observations cliniques qu'avec sa prodigieuse érudition il a su découvrir de toutes parts, lui permet d'imposer des règles d'une précision parfaite et qui, aujourd'hui universellement admises, étaient alors aussi généralement méconnues.

« Ces notions étiologiques, dit-il, imposent au médecin des obligations nouvelles quant aux précautions à prendre dans l'entourage des malades, il n'a plus seulement à se préoccuper de les traiter, il doit encore s'attacher dans la mesure du possible à préserver de tout danger d'infection les personnes qui sont habituellement en rapport avec eux... »

Et nous le voyons indiquer toutes les précautions utiles : la désinfection des crachats, des linges et des objets souillés; les séparations nécessaires des époux, de la mère et de l'enfant.

« Il ne faut permettre, dit-il, ni lit commun, ni chambre commune. Même règle absolue pour les enfants... la suppression des embrassements de bouche à bouche dont les parents sont si prodigues pour leurs enfants en bas âge. »

Impossible d'énumérer toutes les précautions prophylactiques qui aujourd'hui considérées comme indispensables étaient alors véritablement révolutionnaires.

Mais il faut bien remarquer que ces enseignements formulés en 1880-1881 et qui visent évidemment à prévenir les dangers de l'infection microbienne, sont antérieurs à la découverte de l'agent pathogène de la tuberculose par Robert Koch, en 1882.

. . . .

En 1883, Jaccoud, dont le cours de Pathologie interne n'avait pas cessé d'attirer la foule des étu-

diants dans le grand amphithéâtre de la Faculté, passa par permutation à la *Clinique médicale de la Pitié*, en remplacement de Lasègue.

Sur ce nouveau terrain et bien que les conditions de l'enseignement clinique fussent bien différentes, son succès ne fut pas moindre.

. . . .

On doit le louer d'avoir su utiliser la collaboration de ses élèves, car à son âge il était trop tard pour se mettre à apprendre les techniques nouvelles et, tout en gardant grâce à son universelle érudition, la possibilité de les diriger et de les contrôler, de leur avoir laissé suffisamment d'initiative pour leur permettre un travail de fructueuse collaboration.

Ces élèves du service de la Pitié, chefs de clinique, chefs de laboratoire, internes, c'étaient Netter, Berlioz, Bourcy, Duflocq, Belin, Lesage, Thiroloix, Achalme, Louis Martin et moi-même. Nous savions tous que l'on pouvait sans crainte lui soumettre les résultats de l'observation ou de l'expérience, fussent-ils contraires à ses prévisions. Car avec ses apparences de dogmatisme autoritaire Jaccoud était en réalité scrupuleusement respectueux des faits bien établis et correctement observés.

C'est ce qu'il exprimait en toute vérité dans la péroraison d'une de ses leçons cliniques, disant : « Je repousse les théories, je m'incline devant les faits; je les recherche, je m'efforce d'en augmenter le nombre, je les étudie, je les interprète avec le triple secours de la pathologie générale, de la clinique et du laboratoire et je suis certain... que par l'accumulation même des faits ainsi étudiés la vérité se fera jour telle que je l'entrevois, telle que je l'enseigne dans le sens d'une étroite et parfaite conciliation entre la médecine traditionnelle et les découvertes contemporaines. »

Car c'était là le terrain sur lequel il s'était fort judicieusement placé pour conserver sa maîtrise en utilisant l'acquit du passé dans l'interprétation des conquêtes nouvelles de la science. « La clinique, disait-il encore, doit recourir à la bactériologie, comme elle recourt aux autres sciences biologiques, et il y a là pour elle une obligation de plus à laquelle elle ne peut manquer sans faillir. Mais ici, comme toujours, il faut se garder de tout excès; ce concours désormais nécessaire ne doit pas aller jusqu'à l'envahissement, apport ne veut pas dire substitution, et le microbe ne doit pas faire oublier le malade, pas plus que les précieuses acquisitions de la science nouvelle ne doivent faire oublier les vérités antiques sur lesquelles a été édifiée la médecine humaine. »

C'est en s'inspirant de ces principes qu'il s'efforçait de concilier l'ancienne étiologie avec les données récemment acquises. Il expliquait par exemple le rôle du froid, un des facteurs les plus fréquemment incriminés par les anciens dans la genèse des maladies infectieuses, et particulièrement de la pneumonie. Il établissait une division fondamentale des agents microbiens en *pathogènes spécifiques*, dont l'action produit constamment le même type de maladie, et *pathogènes indifférents* susceptibles de déterminer des formes morbides multiples selon les prédispositions organiques, locales ou générales, lesquelles constituaient précisément les causes invoquées par l'étiologie traditionnelle.

A côté de ces considérations générales, l'enseignement de Jaccoud à sa clinique de la Pitié a mis au jour bien des faits nouveaux, signalé des formes morbides non décrites et précisé des thérapeutiques.

Il faut citer ses *leçons sur les endocardites infectieuses*, les *formes diverses de la fièvre typhoïde*, les *modalités de l'infection pneumococcique*, et notamment les *angines pseudo-membraneuses à pneumocoques*, etc.

Il avait un particulier souci de préciser les signes diagnostiques qui permettent de reconnaître les lésions viscérales de la cavité de la poitrine, *médiastinites*, *symphyses cardiaques*, *anévrismes de l'aorte* et des gros vaisseaux, et trouvait des expressions imagées pour en graver le souvenir dans la mémoire des élèves ; tel le *mouvement de roulis* révélateur des adhérences de ces organes à la paroi thoracique.

Complétant ses études antérieures sur l'*albuminurie*, les *néphrites* et l'*intoxication urémique*, il insistait sur la multiplicité des poisons toxigènes et attachait une grande importance au dosage de l'urée dans le sang comme fournissant des indications précieuses au point de vue du pronostic.

Enfin la *tuberculose*, ses formes diverses, et son traitement étaient également le sujet de ses constantes préoccupations.

Tous ces travaux, et bien d'autres que nous ne saurions tous passer en revue ont été pour la plupart publiés dans les quatre volumes de sa *Clinique de la Pitié*, ou au jour le jour dans les journaux médicaux.

En 1901, atteint par la limite d'âge, Jaccoud quitta sa chaire d'enseignement et se consacra dès lors uniquement à ses fonctions de Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, auxquelles il avait été appelé cette même année.

. . . .

Si pour les étrangers Jaccoud paraissait d'un abord froid, réservé, légèrement distant, dans sa famille et pour ses intimes il était au contraire bon, affectueux et serviable. Je vous ai dit avec quel dévouement il avait, pendant ses premières années, ses années de misère, pourvu par son travail à l'existence de sa mère. Il la perdit en 1858.

Plus tard, il rencontra une compagne digne de lui en la personne de Mlle de Martignoni, jeune Italienne d'une grande beauté qu'il épousa en 1871. Et il accueillit à son foyer la famille de sa femme, sa belle-mère qu'il soigna avec le même dévouement qu'il avait eu pour sa propre mère et sa belle-sœur. Aussi quand, dans les dernières années de sa vie, le malheur s'abattit sur ce foyer si uni, que Mme Jaccoud succomba en 1910 emportée par un mal inexorable, ce fut sa sœur Mlle de Martignoni qui s'efforça de la remplacer, et dont les soins affectueux et dévoués adoucirent les derniers moments du vieux maître qui mourut le 26 avril 1913.

Pour ses élèves, il fut également l'ami, le conseiller plein de sollicitude, les dirigeant et les soutenant de son mieux et sans épargner sa peine au cours des épreuves et des difficultés de leur carrière.

De ces élèves, je vous ai dit ceux qui l'assistèrent à sa clinique, et sont fiers de constituer l'Ecole de la Pitié. Auparavant il en avait eu des notoires, parmi lesquels je ne voudrais pas oublier de citer Dieulafoy, Albert Robin et notre vénéré collègue, M. Chauffard.

Tous, nous lui étions demeurés fidèlement attachés, et tous nous avons conservé, avec l'admiration de sa magnifique intelligence, le souvenir ému et reconnaissant de la bonté de son cœur.

JACCOUD A L'ACADÉMIE

Par M. Ch. ACHARD,
Secrétaire général de l'Académie de médecine.

Après l'éloge si vivant et si plein d'affection filiale que vous venez d'entendre, il ne reste plus guère de place pour ajouter le plus modeste laurier à la couronne magnifiquement tressée par notre président à la mémoire de Jaccoud. Ce que fut l'homme, le médecin, le professeur, M. Menetrier l'a fait voir avec la précision d'un historien consommé de la médecine et la touchante fidélité d'un disciple reconnaissant.

Permettez-moi seulement de vous rappeler en peu de mots la place que tint Jaccoud dans notre Compagnie.

Elu le 2 janvier 1877 dans la section de pathologie médicale en remplacement d'Andral, il fut porté vingt ans plus tard à la vice-présidence pour occuper l'année suivante, en 1898, le fauteuil présidentiel. C'est là, d'habitude, pour la plupart de nos présidents, que se termine, non point certes l'activité académique, mais du moins le rôle attribué par notre règlement à ceux qu'il appelle les officiers de l'Académie. Mais Jaccoud, suivant le précédent de Bergeron, devait trois ans après, le 29 janvier 1901, reprendre place au Conseil et au Bureau en qualité de secrétaire perpétuel. Rien ne pouvait mieux, que d'avoir brigué cette charge, montrer le prix qu'il attachait à cette fonction, encore que la hiérarchie naturelle la place au-dessous de l'honneur suprême réservé au président. Et, dans ses remerciements à ses collègues qui venaient de l'élire, il leur disait sa joie d'être encore une fois le serviteur de l'Académie.

Aussi bien est-il parfaitement exact que cette charge, moins honorifique sans doute que la fonction présidentielle, n'en offre pas moins un intérêt singulier, parce que c'est celle qui permet le mieux de déployer au profit de l'Académie une activité soutenue et de participer le plus étroitement à sa vie et à son prestige.

Un secrétaire perpétuel remplit une double fonction.

C'est d'abord une fonction administrative. Il veille sur le bon état matériel de l'Académie, sur la régularité du travail accompli dans les bureaux, sur l'exécution correcte de sa publication.

Mais il a, de plus, et c'est même sa tâche principale, une fonction morale. Je ne parle pas du soin qu'il doit prendre de garantir la dignité de l'Académie en écartant parfois certaines interventions peu désirables, en assurant les bons rapports entre collègues, en prévenant et au besoin en apaisant, grâce l'autorité qu'il tient de la confiance de la Compagnie les petits conflits qu'engendre aisément l'opposition de quelques intérêts personnels. C'est au dehors principalement, dans les milieux scientifiques et même dans le public, qu'il a le devoir, en toute circonstance, de sauvegarder et d'accroître le prestige et l'autorité de l'Académie. Il représente la Compagnie, non dans les cérémonies officielles où c'est, aux termes du règlement, le rôle du président de marcher à sa tête et de parler en son nom, mais dans ses rapports ordinaires avec le Gouvernement. L'Académie est consultée par les Pouvoirs publics sur tout ce qui concerne la santé du pays. Elle a le contrôle des eaux minérales, celui de la vaccine et, depuis peu, celui des médicaments antisyphilitiques employés dans les dispensaires publics. Elle est appelée à donner son avis sur les sérums et divers produits thérapeutiques, sur les autorisations accordées aux stations hydrominérales et climatiques Mais, en outre, elle a le droit d'initiative et peut formuler des vœux qui sont transmis à l'autorité compétente. Le rôle du secrétaire perpétuel a toujours été de remplir exactement ces obligations envers le Gouvernement et souvent de préparer par des ententes officieuses les solutions que l'Académie propose officiellement.

. . . .

... Nul ne peut méconnaître que les sociétés savantes se sont beaucoup modifiées depuis l'époque où l'Académie fut fondée. Or, les secrétaires perpétuels qui se sont succédé à son bureau ont dû se plier à ces changements et, suivant les lois de la biologie, les variations du milieu n'ont pas manqué d'influencer la manière dont ils ont exercé leur charge.

Au temps de Pariset, l'éloquence florissait. C'était l'éloquence classique, nourrie des humanités latines et grecques, très prisées des médecins, car la médecine était volontiers littéraire, philosophique, quelque peu scolastique. Tout y était sujet à discussion. La physiologie, la chimie biologique étaient rudimentaires; l'anatomie pathologique ignorait le microscope, et les microbes pathogènes étaient inconnus. Les travaux communiqués à l'Académie contenaient souvent beaucoup d'hypothèses brillamment exposées. Les éloges prononcés par le secrétaire perpétuel portaient la marque d'un classicisme napoléonien.

Avec Frédéric Dubois, le romantisme, en plein épanouissement, pénètre dans l'Académie. L'éloge n'est plus le panégyrique obligé; il comporte des parties critiques. Les communications soulèvent toujours des discussions doctrinales où brillent les orateurs, souvent plus que les observateurs.

Puis vient Jules Béclard, dont le rôle effectif commence dans ses fonctions de secrétaire annuel bien avant qu'il recueille officiellement la succession de Dubois. Son esprit plein de finesse et de distinction, sa parole élégante et limpide ramènent le classicisme à l'Académie. Mais déjà la physiologie a pris son essor, l'anatomie microscopique se développe, la microbiologie fait ses premiers pas qui

deviendront bientôt des pas de géant. Une médecine nouvelle est en incubation. Novateurs et traditionnalistes s'affrontent, non sans quelque véhémence, dont les éclats retentissent au delà de la salle des séances.

Jules Bergeron, clinicien de premier ordre, médecin d'une dignité universellement appréciée, mais un peu étranger au mouvement scientifique qui transformait la médecine, maintient ce qu'on pourrait appeler les traditions intérieures de l'Académie et se consacre avec un admirable dévouement à la lourde tâche de préparer et de mener à bien, grâce à l'appui du chef de l'Etat dont il est le médecin, l'installation de l'Académie dans ses locaux actuels. La satisfaction de voir le couronnement de ses efforts lui est malheureusement refusée. Il n'entre pas dans la terre promise, et c'est Jaccoud qui, en recueillant sa succession, a l'honneur et la joie d'adresser les adieux de notre Compagnie à son ancienne salle des séances, témoin de tant de gloire médicale, et de saluer la nouvelle Académie, pleine d'heureuses promesses.

Il le fit en termes magnifiques. Mais aussi quelle riche matière s'offrait à lui pour ciseler ce joyau! Evoquant la masse imposante des découvertes apportées à la tribune de la rue des Saints-Pères pendant un demi-siècle, n'avait-il pas à citer en première ligne l'inoculabilité de la tuberculose démontrée par Villemin, le rôle de la bactéridie dans l'infection charbonneuse établi par Davaine, et toute l'épopée pastorienne avec ses controverses passionnées et ses merveilleuses victoires : l'atténuation des virus, la vaccination par ces virus atténués, la prévention de la rage après morsure? Il célébra dignement tous ces hauts faits de la science française et l'éclat qu'ils avaient jeté sur notre Compagnie.

Puis, quand à la séance solennelle d'inauguration du 25 novembre 1902, en présence du Président de la République, il adressa le salut à la rue Bonaparte, il sut montrer les preuves d'une vitalité qui se perpétuait dans le travail de l'Académie : il citait, parmi beaucoup d'autres, les progrès bienfaisants de la sérothérapie antidiphtérique, ceux de la prophylaxie antimalarienne, ceux de la lutte antituberculeuse, la connaissance de l'appendicite, la défense de l'Europe contre les épidémies exotiques, la protection des enfants du premier âge.

Jaccoud avait été un professeur hors de pair. Il avait introduit en France les idées médicales qui avaient cours en Allemagne, notamment sur l'anatomie pathologique et la chimie biologique. Bien qu'il eût d'abord manifesté peu de goût pour la microbiologie naissante, il y avait pris intérêt en voyant quelques-uns de ses élèves, et surtout notre collègue Netter, faire dans ce domaine de fructueuses recherches. Se tenant ainsi au courant de tous les progrès, il semblait appelé à faire de notre Compagnie un foyer de travail pour la diffusion de la médecine française. Ce ne fut cependant pas dans ce rôle qu'il excella.

Quelque admiration qu'il témoignât pour la découverte de Villemin et pour le prodigieux ensemble de celles de Pasteur, il n'en restait pas moins fidèle aux anciennes doctrines qui avaient charmé sa jeunesse médicale. C'est même à ces doctrines qu'il adaptait invinciblement les nouveautés géniales, et ce qu'il prétendait surtout admirer en Pasteur c'était un triomphe du vitalisme.

Rappelant, dans ses adieux à la rue des Saints-Pères, les caractères des débats académiques pendant le dernier demi-siècle ce qu'il louait par dessus tout c'était que, sorties d'un point de départ limité, les discussions s'élevaient peu à peu et atteignaient les sommets. Le fait était bien exact, les discussions d'alors étaient interminables, les orateurs perdaient de vue leur objet précis, mais en montant aux cîmes ils se perdaient dans les nuages.

Si Jaccoud manifestait officiellement sa joie de voir l'Académie s'installer dans un palais tout neuf, il gardait à son vieux logis un souvenir ému, mêlé peut-être, au fond de l'âme, de quelque regret. Ce qui est sûr, c'est qu'il n'abandonnait pas d'un cœur aussi léger sa maison spirituelle. C'est que, n'ayant point lui-même participé à l'évolution de la médecine scientifique, il ne pouvait sur le tard se dépouiller de sa foi doctrinale. Sa pensée demeurait attachée au vieil édifice que tant de générations médicales avaient bâti pour abriter superbement, à la façon d'un sanctuaire, le trésor séculaire des hypothèses enchanteresses où se complaisait, faute de faits démontrés, l'imagination subtile de nos pères. Ce temple vénérable lui était familier, c'était là qu'il avait fait ses débuts, là qu'il avait remporté ses succès. Pouvait-il se sentir à l'aise dans celui que projetaient d'édifier, dans l'ombre des laboratoires, les lents et patients efforts des chercheurs, et dont l'esquisse ne s'ornait pas encore des lignes harmonieuses qui ajoutent à la solidité de l'œuvre le charme des belles choses?

Aussi ne s'appliqua-t-il guère à faire pénétrer dans l'Académie le souffle vivifiant des idées neuves.

Nos séances étaient courtes; il ne les souhaitait pas plus longues et même il réduisait à quelques minutes les lectures faites par les personnes étrangères à l'Académie, sans en excepter les candidats qui pourtant ont coutume d'apporter à notre tribune les travaux les plus dignes de compter parmi leurs titres scientifiques. Le texte de ces lectures n'était d'ailleurs jamais imprimé dans notre Bulletin et seul y figurait le titre du travail, ce qui n'était pas fait pour encourager les chercheurs à nous donner les meilleurs fruits de leur labeur.

C'était évidemment une conception un peu trop ésotérique de l'activité d'une société savante. Un changement s'est produit, que je crois heureux, quand après lui, sous les auspices de Debove, le texte des lectures a pris place dans notre compte rendu sans dépasser des limites encore assez étroites.

C'est comme orateur que Jaccoud fut particulièrement heureux dans ses fonctions et qu'il illustra notre Compagnie. Ses éloges n'ont été dépassés ni par ceux de ses prédécesseurs, ni par ceux de ses successeurs. Maître dans l'art d'écrire, comme dans celui de dire, doué d'une mémoire sans défaillance, il savait non seulement réciter, mais vraiment jouer, comme on l'a dit maintes fois, ses discours.

Ses éloges restent les modèles du genre. C'est

une bonne fortune pour la mémoire de Panas, de Nocard, de Léon Le Fort, de Théophile Roussel et de Jules Bergeron, qu'ils aient trouvé pour retracer leur carrière un pareil écrivain. Auparavant il avait rendu à Villemin le juste tribut de louanges dont l'Académie avait été un peu lente à reconnaître le prix. Mais c'est dans l'éloge de Malgaigne, le premier qu'il prononça, que se sont déployées surtout les richesses de son talent. Malgaigne avait été son maître, car à cette époque les internes des hôpitaux qui se destinaient à la médecine ne dédaignaient point de passer un an dans un service de chirurgie. L'élève avait gardé la forte empreinte de ce maître qui n'était pas seulement un chirurgien, mais un penseur, un critique, un historien. Aussi, avec quel soin Jaccoud relève-t-il dans l'histoire de sa vie tout ce qui peut l'honorer, avec quelle piété le met-il en valeur, avec quel art revêt-il son récit d'une forme tantôt familière et tantôt grandiose, tantôt ironique et tantôt pathétique, admiratrice toujours et toujours élégante; avec quel enthousiasme enfin exalte-t-il la pensée dominante et la philosophie du maître, en laquelle il reconnaît toujours la flamme ardente de son cher vitalisme! Son style est éclatant, chatoyant, mouvant; une grande variété l'anime, une belle harmonie le soutient, et le discours gagnait encore à son impeccable diction, car, musicien de talent, pour qui le violon d'Ingres n'était pas une simple métaphore, il avait grand souci de la musique des mots.

Les pages éloquentes qu'il a laissées dans nos annales, l'amour profond qu'il a porté à l'Académie méritent toute notre reconnaissance et lui assurent une place brillante parmi ceux, peu nombreux, qui ont occupé la charge importante à laquelle il a consacré ses efforts.

Six secrétaires perpétuels seulement ont rempli le premier siècle de l'Académie. Chacun de façon différente a concouru à sa grandeur et leur œuvre à tous apparaît considérable. Votre secrétaire général, qui porte aujourd'hui ce lourd héritage, s'il est fier de la confiance dont vous avez bien voulu l'honorer, n'en ressent que davantage le besoin de s'inspirer de ces grandes figures pour mener à bien la tâche ardue de servir les intérêts matériels et moraux de notre Compagnie et de grandir le patrimoine de gloire qu'elle a reçu de nos anciens.

PRIX DÉCERNÉS EN 1930

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Kervarec (de Paris).

Prix Amussat (1.200 fr.). — Quatre mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix aux deux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages par moitié : MM. les Drs Serge Huard et Frantz (de Paris).

Prix Apostoli (800 fr.). — L'Académie a attribué le prix à MM. les Drs Laquerrière et Delherm (de Paris).

Prix Argut (800 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une subvention de 500 fr. à M. le Dr Jausion, du Val-de-Grâce.

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de de rente de 24.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, sur les arrérages du prix et à titre d'encouragement, une subvention de 2.500 fr. à MM. les Drs Oumansky et Delarue (de Paris).

Prix Baillarger (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. les Drs Rodiet, médecin-chef (de Ville-Evrard) et Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce).

Prix du Baron Barbier (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lonjumeau (de Paris).

Prix Berraute (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie décide de partager les arrérages du prix de la façon suivante : 1° 2.000 fr. à MM. Coutard et Valat (de Paris); 2° 1,092 fr. à MM. Frans Daels et Biltris (de Gand, Belgique).

Prix Blondet (20.000 fr.). — L'Académie décerne le prix aux concurrents dont les noms suivent et leur attribue les sommes suivantes : M. le Dr Léon Binet (de Paris), 7.000 fr.; MM. les Drs Rosell et Cambiès (de Paris), 3.000 fr.; M. le Dr Justin Besançon (de Paris), 3.000 fr.

Prix Boullard (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Trubert (de la Seine).

Prix Boulongne (4.900 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Toutefois, l'Académie décide d'attribuer, à titre de récompense, une somme de 1.000 fr., partageable par moitié, entre MM. les Drs Troisier et Deschiens (de Paris).

Prix Mathieu Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Corneille Heymans, professeur à l'Université de Gand. Elle décerne également une mention honorable à M. le Dr J. Lavedan, de l'Institut du radium, à Paris.

Prix Brault (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix aux concurrents dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : MM. les Drs Jausion (du Val-de-Grâce), 1.500 fr.; Betoule (de Paris), 1.500 fr.; Garnier (de Paris), 1.000 fr.; Léon Normet, directeur du laboratoire d'hygiène (de Hué, Annam), 500 fr.; Jean Barbé (de Marseille), 500 fr.

Prix Henri Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Berthelot (de Paris).

Prix Elise Caillerет (500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Fleuret, vétérinaire militaire (de Nancy).

Prix Campbell-Dupierris (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Lepoutre (de Lille).

Prix Capuron (1.800 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

Prix Marie-Chevallier (9.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Julien Marie (du Puy-de-Dôme). Elle décerne également une mention très honorable à Mme le Dr Jacqueline Fontaine (de Paris).

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix; toutefois, elle en attribue les arrérages, à titre d'encouragement, au docteur André Cachera (de Paris).

Prix Daudet (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Claude Béclère (de Paris).

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : 1° M. le docteur Scheffer (de Saint-Etienne), 500 fr.; 2° MM. les Drs Deschiens et Carvaillo (de Paris), 500 fr.; 3° MM. les Drs Fiessinger, Olivier et Herbain (de Paris).

Prix Dieulafoy (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Laniez (de Lille).

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, ces arrérages sont attribués à titre d'encouragement à M. Paul Funck (de Paris).

Prix Ernest-Gaucher (1.800 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Filliol (du Havre).

Prix Ernest Godard (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Duvernay (Savoie).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : 1° M. le Dr Constantin Bacaloglu (de Bucarest), 500 fr.; 2° M. le Dr Dereux

(de Lille), 500 fr.; 3° M. le Dr Huguenin (de Paris), 500 fr.

PRIX THÉODORE-GUINCHARD (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lutembacher (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie a attribué le prix à M. le Dr Krebs (de Paris).

PRIX ITARD (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Moreau (de Saint-Germain-en-Laye).

PRIX LABORIE (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. G. Weiss (de Strasbourg).

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le médecin-capitaine Canis (de Constantine).

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, les arrérages du prix Laval à M. André Brizard, externe des hôpitaux.

PRIX CLOTILDE-LIARD (5.000 fr.). — L'Académie attribue prix à M. le Dr Busquet (de Paris).

PRIX HENRI-LORQUET (300 fr.). — L'Académie n'a pas décerné le prix.

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Dufourmentel (de Paris).

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Lecoq (de Neuilly-sur-Seine).

PRIX MERZBACH (12.000 fr.). — L'Académie a attribué le prix à MM. Boquet, Nègre et Valtis (de l'Institut Pasteur de Paris). Elle décerne une mention honorable au Dr Moreau (de Saint-Germain-en-Laye).

PRIX MEYNOT (2.600 fr.). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le capitaine-vétérinaire Julien Descazeaux (de Meauzac, Tarn-et-Garonne).

PRIX ORFILA (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Dujarric de la Rivière (de Paris).

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix est décerné à M. Sylvain Blondin (de Paris).

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. J. Zeyland et Mme Piasecka-Zeyland (de Poznan).

PRIX PERRON (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante: 1° les Drs Troisier et Clément (de Paris) : 1.500 fr.; 2° le Dr Léopold-Lévi (de Paris) : 1.500 fr.; 3° le Dr Vibert (de Paris) : 1.000 fr.

PRIX POTAIN (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. le Drs Pic et Moreau (de Lyon).

PRIX SABATIER (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Arcand (de Montréal, Canada).

PRIX SAINTOUR (5.000 fr.) — L'Académie attribue le prix à M. Viborel (de Paris).

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Brouha (de Gentilly).

Elle décerne une mention très honorable à M. le Dr Digonnet (de Paris).

PRIX VAUTRIN-GEORGE (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Machebœuf (de Paris).

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie décerne le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : 1° le Dr Morche (du Var); 2° le Dr Carrieu (de Montpellier).

PRIX ZAMBACO (600 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Markianos (de Paris). Elle décerne une mention honorable à M. le Dr Giacardy (de Tarbes).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de la Santé publique a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1929.

1° *Rappel de médailles d'or*, : MM. le Drs Emeric et Ginestous.

Médailles de vermeil : MM. les Drs Cartron et Aublant.

Médailles de bronze : MM. les Drs Poty, Gréhant, Clippet, Jacques Renard.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de la Santé publique a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1929, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Rappel de médaille de vermeil, à : M. le Dr Pelon (de Luchon).

Médaille de vermeil à : M. le Dr Sérane (de Saint-Nectaire).

Rappel de médailles d'argent, à : MM. les Drs Pouy (de Capvern) et Bagué (de Luchon).

Médaille d'argent, à : M. le Dr Aubertot (de Royat).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Saint-Béat (de Salies-du-Salat), I. Girard (d'Ax-les-Thermes), Massy (de Barèges), Pierret et Clogne (de la Bourboule).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes, pour leurs travaux en 1929 :

Médailles d'or, à : Dispensaire de Belleville fondé en 1892 par le Dr Variot; M. le Dr Truffet (de Seyssel).

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. les Drs Rocaz (de Bordeaux) et Pecker (de Saint-Germain-en-Laye).

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Barthe de Saint-Agnant, médecin du Service de la protection (de Rochefort) et Mouchet (de Le Veurdre).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Bué (de Lille), Roger (de Paris), Baseil (de Frouard), Lochon (de Thonon), Chevron (de Chalons-sur-Marne), Logerot (de Poligny), Chatelet (de Dinan), Bussière (de Montluçon).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Ruby (de Laon), Lefebvre (de Montluçon), Guibert (de Soubernon), Blanc (de Dreux), Rouvier (de Voiron), Micolier (de Rive-de-Gier), Guistal (de Guérande), Cersoy (de Langres), Roux (de Lorient), Subert (de Clamecy), Krasbourg (de Remiremont), Vallerant (de Bolbec), Pignot et Blot (de Paris), Grenaud (de Vichy).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1929 :

1° **Vaccination antivariolique**. — *Médaille d'honneur*, à : M. le Dr Lasnet (de Paris).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Bonjean (de Rabat), Compagnon (de Paris), Grysez (de Lille), Pauty (de Rabat), Woelfel (d'Ouagadougou, Haute-Volta).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Barberousse (d'Epernay), Charles (de Zinguinchor, Sénégal), Charmensat (d'Arles-sur-Couze), Cloquet (de Romainville), Deutsch (de Soultz-sous-Forêts), Dulucq (de Marrakech), Dumas (de Thiers), Goret (de Colombes), Hoeffel (de Bouxviller), Lévy (de Wissembourg), Madelaine (de Demnat), Morange (d'Augerolles), de la Morinière (de Lamballe), Muller (de Strasbourg), Neltner (de Mutzig), Ranglaret (de Moulins), Rongier (de Nam-Dinh, Indochine), Roulet (de Riom), Ruhlmann (d'Erstein), Subervie (de Marrakech), Tissier (de Paris), Vaurs (de Chamalières).

2° **Vaccination antidiphtérique**. — *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Angeli (de Canteleu), Boulanger-Pillet (de Paris), Brouard (de Tours), Ginestous (de Bordeaux), Le Mière et Martin (de Paris), Georges Mozer et Marius Mozer (de Berck-sur-Mer), Rocaz (de Bordeaux), Rolland (d'Oullins).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Albert (de Thizy),

Ayguerpasse (de Podensac), Bayle (de Lyon), Benelli (de Bastia), Blaise (du Thillot), Cadenaule (de Bordeaux), Calignon (de Saint-Fons), Chabanon (de Lyon), Courtois (de Mareil-Marly), Léon Durand (de Caluire), Maurice Durand (de Courville-sur-Eure), Eylaud (de Langon), Funck-Hellet (de Clichy), Glatard (de Lyon), Guerrier (de Paris), Laurençon (de Givors), Lemaire (de Cosne), Marty (d'Aulnay-sous-Bois), Massonnet (de Paris), Molimard (de Villefranche-sur-Saône), Monvoisin (de Vron), Morchoisne (de La Loupe), Pêcheur (de Pierre-Bénite), Petit et Rabasse (de Paris), Sisco (de Luri, Corse), Thiel (de Montgeron), Vagnon (de Lyon), Valois (de Nevers), Vitry (de Paris).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1930)

Effets biologiques des champs oscillants à ondes courtes sur les êtres vivants. — M. S. JELLINEK.

Elections — M. L. de Launay est élu vice-président pour la fin de l'année 1930.

M. le docteur Edmond Sergent (d'Alger) est élu correspondant pour la section d'économie rurale, en remplacement de M. Trabut, décédé.

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1930)

Les deux chronaxies du cœur mesurées sélectivement suivant la direction du courant électrique. — Mlle Catherine VEIL et M. Adalbert VAN BOGAERT.

Variations de la chronaxie en fonction de la posture chez l'homme. — MM. H. LAUGIER, W. LIBERSOHN et B. NÉGUSSIKINE.

Un nouveau type de cancer du poumon chez la souris. Hérédité et greffe. — M. L. MERCIER.

Action hypoglycémiante des bulbes de *Allium cepa L.* — MM. Maurice-Marie JANOT et Jean LAURIN.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1930)

Un cas de neurofibromatose familiale. — M. Apert présente six personnes de la même famille, la mère et cinq enfants atteints de neurofibromatose. Deux des enfants présentent simultanément d'autres malformations, hémiatrophie de la langue, kyste dermoïde de la queue du sourcil, taches pigmentaires disséminées sur tout le corps chez l'un d'eux, taches pigmentaires et déformation en baïonnette de la colonne vertebrale chez l'autre.

Hémiplégie diphtérique. — MM. Maurice Lévy, et Lelourdy rapportent l'observation recueillie dans le service de M. Babonneix d'une hémiplégie droite avec aphasie survenue chez une fillette de sept ans, convalescente d'une diphtérie bénigne sans aucune atteinte cardiaque.

Cette observation s'oppose donc à la majorité des cas publiés antérieurement et dans lesquels l'hémiplégie relevait d'une embolie cérébrale consécutive à une thrombose cardiaque.

Le début brusque par une crise d'épilepsie bravais jacksonnienne ayant duré plus de douze heures, l'hémiplégie flasque avec aphasie à prédominance de Wernicke et sans hémianopsie permettent de penser à des manifestations consécutives à un ramollissement sylvien superficiel peu étendu, lié sans doute à une artérite.

L'évolution clinique a été très favorable : l'aphasie a presque complètement disparu et les troubles moteurs se bornent actuellement à une monoplégie brachiale en contracture.

M. Comby ne croit pas qu'il s'agisse d'une artérite et penserait plutôt à une encéphalite à rétrocession rapide, analogue à celle que l'on observe au cours d'autres maladies infectieuses.

Hémorragies ombilicales du nourrisson par persistance du diverticule de Meckel. — MM. Hutinel, Fèvre, Guran et Fraisse rapportent l'observation d'un enfant actuellement âgé de quinze mois, atteint depuis le douzième jour après sa naissance d'un suintement ombilical séro-sanglant peu marqué mais persistant; à huit et onze mois il eut, en outre, deux hémorragies ombilicales abondantes.

L'examen montra un ombilic d'apparence normale, mais la pression ayant fait sourdre une goutte de sérosité, on put mettre en évidence un petit pertuis dans lequel il était facile d'introduire un stylet. Il s'agissait donc d'accidents liés à la persistance du diverticule de Meckel; cet enfant fut opéré et est actuellement guéri.

Méningite tuberculeuse chez un enfant de vingt-trois mois vacciné par le B. C. G. — M. Béraud (de La Rochelle) adresse l'observation d'un enfant vacciné par le B. C. G., mort à vingt-trois mois d'une méningite tuberculeuse typique et confirmée par la ponction lombaire. L'auteur n'a pu mettre en évidence la source de la contamination et se borne à rapporter le fait sans en tirer aucune conclusion.

Méningite suppurée guérie après trépanation et autovaccination. — MM. J. Hallé et Garnier rapportent l'observation d'un enfant atteint d'otite compliquée très rapidement de méningite malgré une paracentèse précoce. La ponction lombaire permit de retirer un liquide louche donnant à la culture un germe avec lequel on put faire un autovaccin.

Sous l'influence simultanée d'une vaccination intensive et d'une trépanation large de la mastoïde, la guérison survint en quelques jours.

M. Leroux estime que la vaccination, peu employée, est parfois dangereuse dans les otites mais, au contraire, très indiquée dans les cas de méningite; mais elle doit être associée à une intervention précoce et large, même en l'absence de germes microbiens dans le liquide céphalo-rachidien.

Purpura hémorragique consécutif à la vaccination antidiphtérique. — MM. Paisseau et Ducas estiment que les réactions graves sont des plus rares après la vaccination antidiphtérique, malgré le nombre considérable des vaccinations pratiquées en France. La plupart de ces observations sont caractérisées par des hématuries transitoires accompagnées parfois de néphrites aiguës.

C'est à cette catégorie d'accidents que se rattache le cas de purpura hémorragique observé par les auteurs chez un enfant de six ans sans antécédents pathologiques importants. Cet état hémorragique, qui avait mis la vie du malade en danger, ne disparut progressivement qu'en plusieurs mois.

Les auteurs insistent à leur tour sur les risques que peut comporter la vaccination par l'anatoxine chez les sujets d'un certain âge, surtout lorsqu'il s'agit de vaccinations collectives au cours desquelles une surveillance attentive des réactions ne peut pas toujours être exercée.

Erythème noueux et tuberculose. — MM. Paisseau, Oumansky et Ducas rapportent l'observation d'un enfant de trois ans, à antécédents entachés de tuberculose et chez lequel une coqueluche survenue au cours d'une poussée d'érythème noueux se compliqua d'une manifestation ganglio-pulmonaire.

Cet enfant finit par mourir de méningite tuberculeuse.

Les auteurs ont inoculé au cobaye le sang recueilli en pleine période d'érythème et ont provoqué chez l'animal une hypertrophie ganglionnaire avec bacilles acido-résistants mais sans lésions viscérales.

Ils discutent à ce propos les relations de la tuberculose avec l'érythème noueux et pensent que ce dernier ne relève pas de la tuberculose comme cause unique, car les inoculations ne leur ont donné sur trois cas qu'un résultat positif.

M. Debré insiste sur l'intérêt de la radiographie thoracique faite systématiquement au cours de la maladie; elle montre dans la grande majorité des cas une ombre étendue rappelant celle de la splénopneumonie.

Réflexions sur un cas de purpura hémorragique chez un enfant de trois ans. — M. Jean Levesque, Mlles S. Dreyfus et Fr. Lévy rapportent l'histoire d'un enfant atteint de septicémie grave, au cours duquel est apparu un syndrome hémorragique qui a présenté les caractéristiques suivantes :

1° Guérison par le jus de citron seul, après constatation de l'inefficacité des injections sanguines et des petites transfusions.

2° Dissociation de deux des stigmates hématologiques du purpura; le temps de saignement passant de 21 minutes à 2 m. 5. en même temps que le saignement buccal s'arrête, le jour même où des taches purpuriques apparaissent sur les jambes en même temps que le signe du lacet est positif à ce niveau.

Les auteurs soulignent le fait que cette carence en vitamines s'est produite malgré un apport régulier dans l'alimentation de l'enfant de fruits variés. Ils montrent que ce fait vient à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que les maladies par carence sont dues plutôt à un défaut d'utilisation ou à une perte excessive des vitamines, sous l'influence d'une infection qu'à un manque d'apport de celles-ci.

Eczéma au cours d'un régime hypersucré. — Mr Jean Levesque, Mlles S. Dreyfus et Fr. Lévy rapportent l'observation d'un nourrisson de trois mois, hypotrophique, chez lequel un régime hypersucré détermina un eczéma suintant généralisé.

Cet eczéma rétrocéda sous l'influence d'un régime approprié mais ne disparut complètement que sous l'influence

d'injections d'insuline ou d'ingestion de levure de bière associées au régime.

Tout abandon d'un régime hyposucré provoque le retour d'accidents cutanés.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 12. ADOUE. — L'ascaridiose.

6. ALBOU. — Etude sur la tuberculose des travailleurs indigènes algériens dans les grandes villes (France et Algérie).

10. BENET. — Contribution à l'étude des œdèmes. L'épreuve de Mac Clure.

19. CHEVAUX. — Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse du rachis dans les scolioses.

5. CHIARINI. — Contribution à l'étude clinique des hépatosplénites chroniques paludéennes.

18. COISSIEUX. — Contribution à l'étude des épanchements gélatineux du péritoine.

17. DAUVERGNE. — Le syndrome cérébelleux paludéen.

14. DELLUC. — Les kystes hydatiques de la base du poumon droit.

2. DELORME. — Le traitement actuel des contusions du rein.

17. FORGEOT (Mlle). — La tuberculose pulmonaire chez les nourrissons arabes et kabyles à Alger.

7. GEORGEL. — L'échinococcose rachidienne.

3. GRIL. — L'inspection médicale des Ecoles en Algérie.

4. GRUFFY. — A propos de l'extériorisation de la cicatrice utérine dans les césariennes tardives.

9. GUEDJ. — Les luxations traumatiques du genou.

15. MAIRE (Mme). — De la tache bleue congénitale à pigment dermique dite « Mongolique «.

16. MALMEJAC. — Contribution à l'étude de la guanidinémie. Ses rapports avec la puerpéralité.

18. MARTY. — Les kystes hydatiques du sein.

11. MÉCHALI. — Les anémies paludéennes.

20. PAMART. — Etude sur quelques diagnostics du mal de Pott.

8. PAUGET. — Essai sur le problème de la nature des ultravirus.

1. SCHEBAT. — La compression vaginale des artères utérines au cours des hémorragies graves du post-partum.

13. SERBAT. — Les réactions tuberculiniques locales chez les jeunes enfants et la doctrine de l'allergie.

19. TUPIN. — Introduction expérimentale à l'étude de l'hypothèse des porphysies thérapeutiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 2. FOURNET. — Les réactions médullaires au cours de la septicémie éberthienne.

3. JOUGLARD. — Contribution à l'étude de l'hémogénie.

1. RAFFALLI. — La phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier, n° 71, p. 1267; Lille, n° 73, p. 1299; Strasbourg, n° 74, p. 1316; Bordeaux, n° 80, p. 1413; Lyon, n° 97, p. 1738; Nancy, n° 98, p. 1756.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 15 décembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Legueu et Ombrédanne. — M. ATTAIX. L'épreuve du travail dans les bassins limités à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. — M. TOUVET. Essai d'analgésie obstétricale par l'association oxy-amino-scopolamine. — M. NISSANJAN. La syphilithérapie par le bismuth-calomel. — M. LEYDET. Traitement chirurgical de la scapulalgie.

Jury : MM. Cunéo, président; Lemierre, Loeper et Sergent. — M. CATTAN. Nouvelle méthode d'ensemencement du sang pendant la vie : la micromeucocytoculture. — M. LEJBOWICZ. Pleurésie séro-fibrineuse survenant comme premier signe clinique objectif de la maladie de Hodgkin-Sternberg. — M. PLAWNER. Vaccinothérapie du rhumatisme articulaire aigu. — Mme SENTIS. Etude sur le repérage en profondeur des lésions dans la tuberculose pulmonaire.

Mardi 16 décembre. — Jury : MM. Teissier, président; Carnot, Lereboullet et Gastinel. — Mlle CANONNE. Etude du traitement physiothérapique des salpingo-ovarites. — M. CHICHEREAU. Les concrétions calcaires de la peau. — M. MONNEROT-DUMAINE. Les infections humaines à bacilles paratyphiques aberrants.

Mercredi 17 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Coquot et Lesbouyries. — M. LION. Formes coronaires chez les bovins.

Jeudi 18 décembre. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Gougerot et Tanon. — M. ANZOLA CUBIDES. Etude clinique des porteurs de germes amibiens. — M. BOJN. Etude sur la diététique moderne. — M. FLANDRIN. Splénomégalie primitive à nodules de Gandy-Gamma centrés par un noyau caséeux à bacilles de Koch. — M. KOUKOL. Toxicomanies. — M. RAGANEAU. Le diabète insipide d'origine hypophysaire. — M. HOSIASSON. Essai sur le mécanisme de production de l'immunité. — Mlle VERGOZ. Essai sur le traitement des manifestations articulaires chroniques par l'iode et le salicylate de phénol. — M. DANIS. Les examens hématologiques en oto-rhino-laryngologie.

Jury : MM. Lejars, président; Lenormant, Duval et Chevassu. — M. ETIENNE. Traitement de la méningo-encéphalite traumatique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Sur la route d'hiver des Alpes en autocars P.-L.-M. — Jusqu'au 31 mars, les cars P.-L.-M. de la route d'hiver des Alpes vont de Nice à Aix-les-Bains et d'Aix-les-Bains à Nice en trois étapes d'une journée chacune : Nice-Digne, Digne-Grenoble, Grenoble-Aix.

Départs jusqu'au 10 février : de Nice, les lundi et vendredi; d'Aix, les lundi et jeudi.

Départ tous les jours, dans les deux sens, du 11 février au 31 mars.

A partir du 1er avril, les deux étapes Nice-Digne et Digne-Grenoble n'en font plus qu'une d'un seul jour. Départs quotidiens dans les deux sens.

Nº 101. — MERCREDI 17 DÉCEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 17 DÉCEMBRE 1930. — Nº 101.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Modifications dans les services hospitaliers. — MM. Weill-Hallé passe aux Enfants-Malades; Lemierre et Boidin, à Bichat; Darré, aux Enfants-Malades; Fiessinger, à la Charité; Pinard, à Cochin; Milhit et Guy Laroche, à Tenon; Duvoir, à Saint-Louis; Mathieu-Pierre Weil, à Dubois; Hubert, à Ambroise Paré; May, à Tenon; Gautier, à Andral; Donzelot, à Dubois; Cain, à Ivry (chroniques); Binet, à Sainte-Périne; Léchelle, à Tenon; Pruvost, à la Salpêtrière (tuberculeux); Hutinel, au Bastion 29; Moreau, à Ivry (tuberculeux); Chevallier, à Cochin; Jacquet, à Bicêtre (tuberculeux).

— Médaille d'or de l'internat. — (*Chirurgie.*) A la suite de l'épreuve supplémentaire ont obtenu :

MM. Audouin, 20; Kaufmann, 18.

La médaille d'argent est attribuée à M. Audouin; l'accessit, à M. Kaufmann.

— Concours de l'externat. — La liste reste exacte telle que nous l'avons publiée, les deux candidats *ex æquo* ayant renoncé au petit concours.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Bastié a été nommé médecin chef de l'asile d'aliénés de la Cellette, en remplacement de M. le docteur Louradour, décédé.

HOMMAGE AU DOCTEUR AUVRAY. — La médaille offerte au docteur Auvray par ses élèves et ses amis à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, de sa présidence au Congrès de chirurgie et de son départ des hôpitaux, lui sera remise à l'hôpital Laennec le lundi 22 décembre 1930, à 10 h. 3/4 du matin.

GUERRE. — Sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant les élèves du Service de santé reçus docteurs :

MM. Dhers, Dumond, Lafargue, Asperges, Cochard, Lartigier, Jacquier, Couderc, Guiguet, Moret, Senegas, Venière, Boyer, Conze Gabes, Mahé, Millant, Ormières, Trifault, Malossane, Ponsot, Cornillet, Delmas et Paget. Ils prennent rang du 31 décembre 1927 et sont promus au grade de médecin lieutenant du 31 décembre 1929.

NOMINATION. — Le docteur J. Reynal vient d'être nommé directeur du bureau d'hygiène de la ville de Tunis, en remplacement du très regretté docteur Ernest Conseil, décédé il y a quelques mois victime de son dévouement à la suite de l'épidémie de peste pulmonaire de Tunis.

Nous n'avons pas à rappeler que Conseil fut l'objet d'une citation à l'ordre de la nation. La ville de Tunis vient d'ailleurs de donner le nom d'Ernest Conseil au lazaret de la Rabta.

AVIS DE CONCOURS. — Il est ouvert un concours sur titres pour la nomination, au dispensaire de Paray-le-Monial (Saône-et-Loire), d'un médecin chargé des consultations : tuberculose, syphilis, prénatales et de nourrissons.

Le traitement du médecin du dispensaire de Paray-le-Monial est fixé à 38.000 fr. par an pendant les six mois de stage et les deux premières années de titularisation, avec augmentation biennale de 2.000 fr. jusqu'au maximum de 46.000 fr. A ce traitement viendra s'ajouter une indemnité supplémentaire annuelle de 1.000 fr. pour chaque enfant au-dessous de seize ans.

Il est accordé au médecin du dispensaire de Paray-le-Monial un mois de congé par an avec traitement, avec faculté

de le prendre en une ou plusieurs fois, après accord avec le président de l'Office.

Les dossiers des candidats devront être adressés au plus tard le 31 décembre 1930 à M. le Président de l'Office d'hygiène sociale de Saône-et-Loire, 6, rue Lamartine, à Chalon-sur-Saône.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 31e décade (1er-10 novembre 1930), 1.246 décès totaux, dont 1.045 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.038 pendant la décade précédente et de 1.062, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 201 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.045 décès de population domiciliée ou résidante à Paris :

La diphtérie a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 81, au lieu de 91 pendant la décade précédente (moyenne 88).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 137 décès, au lieu de 107 pendant la décade précédente, et au lieu de 144, moyenne décadaire correspondante.

CHRONIQUE

DINER D'AUTOMNE DE L'UNION MÉDICALE LATINE

Ce fut mercredi dernier une grandiose manifestation, plus belle encore que toutes celles auxquelles nous a habitués l'UMFIA.

Pour fêter l'entrée de l'Italie dans l'union médicale latine, Dartigues avait eu l'heureuse idée de demander à S. E. le comte Manzoni, ambassadeur d'Italie, d'accepter la présidence d'honneur de ce dîner, et au professeur Gosset d'en prendre la présidence effective.

A leurs côtés on remarquait :

Mme la comtesse Manzoni, M. et Mme Georges Leygues, Mme Caballero de Bedoya, LL. EE. Philippe Roy, ministre du Canada, les ministres plénipotentiaires de Colombie, du Portugal, du Paraguay, de Cuba, le représentant de l'ambassadeur de la République Argentine, MM. les professeurs Hartmann et Chauffard, M. le professeur et Mme J.-L. Faure, M. le professeur et Mme Léon Bernard, M. le professeur et Mme Marcel Labbé, MM. les professeurs Champy, Lereboullet, Nobécourt, Guillain, Claude, Grégoire, Lenormant; les médecins généraux Rouvillois et Boyé; MM. Caussade, Lian, Jean Hutinel, Noguès, M. le sénateur Merlin, MM. Caujole et Scapini, députés.

Des discours furent prononcés d'abord par S. E. le comte Manzoni qui salua, dans les termes les plus heureux, l'union des médecins de tous les pays latins, et en particulier l'union des médecins français et des médecins italiens. Il fut justement acclamé par les 500 convives.

Puis M. Molinéry, secrétaire général, apporta les excuses des absents et exposa le but de l'Union latine. Est-il besoin de rappeler avec lui que l'UMFIA qui groupe actuellement 5.000 membres a été fondée en 1912, par nos amis Dartigues, Gaullieur l'Herdy et Bandelac de Pariente. Le but de ce groupement fut d'établir un *intercourant intellectuel et amical* entre les peuples latins avec la conviction que la Science latine sera *la grande pacificatrice du monde*.

Depuis 1912, l'Association n'a pas failli à la tâche qu'elle s'était imposée, et depuis la guerre, en particulier, chaque année, dans des réunions de ce genre, elle a cherché à intensifier le courant intellectuel et amical voulu par ses fondateurs.

M. Molinéry salua en terminant la jeune UMFIA qui voit, pour la troisième fois, un de ses membres arriver premier à l'Internat, et il mentionna le beau succès, cette année, de M. de Pariente, neveu de l'un des fondateurs de l'UMFIA.

M. Dartigues, à peine remis d'une grave opération, se lève salué par une formidable ovation. Avec son ardeur habituelle et sa belle éloquence, il exprime le désir de tous les médecins français de voir se consolider l'union entre tous les Latins fils de Rome immortelle.

M. Moncorgé apporte alors le salut de la Société international des praticiens d'hydrologie, et M. le professeur Migone, doyen d'Asunsion parle ensuite au nom des facultés du monde latin.

Le professeur Gosset clôt la série des discours par un toast charmant, dans lequel il parle avec admiration de l'Italie moderne et avec émotion de ses amis latins. F. L. S.

LE TROISIÈME CENTENAIRE DE L'EMPLOI DU QUINQUINA

L'ouverture de l'exposition internationale commémorative du troisième centenaire du premier emploi reconnu de l'écorce de quinquina par les Européens (1630-1930), a eu lieu le 8 décembre au Wellcome historical medical museum à Londres.

Une vaste collection d'objets a été assemblée pour illustrer l'histoire de cet agent thérapeutique dont l'addition à la materia medica du monde a été, pendant 300 ans, d'une valeur incalculable, surtout dans les régions tropicales, en particulier depuis que les recherches scientifiques de Pelletier et Caventou ont abouti à la découverte de la quinine.

Rappelons que le nom scientifique du genre cinchona a été trouvé par Linné. Ce nom fut suggéré par le titre que portait Francisca Henriquez de Ribera, comtesse de Chinchón, vice-reine et seconde épouse d'un vice-roi du Pérou. La vice-reine, à Lima, avait été guérie de la fièvre par l'administration d'écorce de quinquina prescrite par le médecin de la Cour, le docteur Juan de Vega.

A l'histoire de l'écorce de quinquina se rattachent les premières expéditions exploratrices d'aventureux Espagnols dans l'Amérique du Sud et l'introduction du quinquina dans toutes les parties du monde, surtout par les missionnaires de l'ordre des Jésuites et aussi, dans la suite, par les expéditions de recherches d'investigateurs français, espagnols, anglais et autres.

RENSEIGNEMENTS

JOLIE VILLA idéale pour repos ou convalescence, à Beaulieu-sur-Mer. — Ecrire Monier, 6, jardin d'Alsace-Lorraine, à Nice.

LA RÉFLEXOTHÉRAPIE CHIRO-ÉLECTRIQUE

Par le docteur Louis ALQUIER,
Chef de laboratoire à la Clinique neurologique
de la Salpêtrière.

Elle se propose de faire jouer à l'aide de la main, chargée de vibrations électriques, les réflexes d'ordre neuro-végétatif, qui régissent la circulation de la lymphe et la vaso-motricité sanguine, afin de rééquilibrer l'ensemble des réactions neuro-tissulo-vasculaires. Nous exposerons : 1° ses directives ; 2° sa technique; 3° ses résultats.

I

Directives. — Les réactions lymphatiques des infections, intoxications, dysendocrinies, etc., se traduisent cliniquement par l'accumulation de la lymphe dans les mailles du tissu conjonctif qu'elle infiltre. Vaisseaux et ganglions lymphatiques s'engorgent alors fréquemment et augmentent l'infiltrat en lui ajoutant l'œdème de stase lymphatique. Mais, les tissus réagissent à la distension et se relâchent ou se rétractent, suivant leur tonicité qui, croyons-nous, est un véritable réflexe d'ordre végétatif et régit la circulation lymphatique comme la vaso-motricité régit la circulation sanguine périphérique. Le relâchement tissulaire permet les distensions rapides et intenses de l'œdème neuro-paralytique des grandes intoxications et les grosses adénopathies molles. La rétraction diffuse l'infiltrat interstitiel ou le morcelle en placards, nodosités, grains qui réalisent les divers aspects de ce qu'on appelle communément la cellulite des masseurs : elle comprime vaisseaux et ganglions, donnant l'aspect de grains de plomb.

Ainsi donc, parmi les réactions humorales et les réflexes du système nerveux végétatif, l'infiltrat et l'engorgement lymphatiques, les troubles du tonus tissulaire et de la vaso-motricité sanguine constituent un ensemble de réactions neuro-tissulo-vasculaires, qui sont, pour nous, de précieux guides.

Ces réactions s'associent et se combinent avec d'infinies variétés, non seulement individuelles, mais d'un examen à l'autre pour le même sujet. Nous pouvons englober les principales dans l'un des six groupes suivants :

A. Type toxiinfectieux. — Mettons d'abord à part tout ce qui présente les caractères de l'inflammation : dans les tissus, ces plaques d'infiltrat dur, tendu, de consistance homogène allant de la dureté ligneuse à la fluctuation, avec peau rose et chaude, endolorissement au palper, et, dans les vaisseaux et ganglions correspondants, les signes bien connus de l'adéno-lymphangite aiguë ou subaiguë. Ces signes sont des contre-indications formelles au traitement qui ne ferait qu'irriter davantage.

En dehors de l'inflammation, les réactions neuro-vasculo-tissulaires des toxi-infections se présentent sous l'un des trois aspects que voici :

1° Aspect neuro-paralytique, avec distension parfois considérable et rapide des parties molles et des ganglions; la paralysie du tonus se reconnaît à la mollesse des parties atteintes. La peau est plus ou moins rosée ou bleuâtre, suivant le degré de vaso-dilatation et son siège veinulaire ou artériolaire. Ici encore, il faut s'abstenir de renvoyer trop vite au sang un filtrat toxique alors qu'existent d'ordinaire des signes de toxémie qu'il serait nuisible d'aggraver.

2° Petit infiltrat discret avec rétraction spasmodique lui donnant l'aspect d'une cellulite aiguë, très réflexogène, c'est-à-dire produisant la douleur là où elle irrite l'innervation sensitive, et déchaînant une crise de réflexes d'ordre végétatif. Cette variété s'observe au début des épisodes aigus; la réaction tissulaire hypertonique indique un processus de défense, qui cède vite aux progrès de l'affection causale ou persiste, parfois indéfiniment. Il suffit alors de vaincre la rétraction pour apaiser les troubles nerveux, et faciliter la diffusion de l'infiltrat.

3° Poussées répétées d'infiltrat-engorgement avec plus ou moins de réactions tissulaires et vaso-motrices. Ces petites poussées s'accompagnent d'ordinaire de fièvre avec signes généraux d'infection et recrudescence des signes propres à l'affection causale ; l'importance relative des troubles lymphatiques et des réactions nerveuses aide à suivre l'évolution morbide. Presque toujours, il y a intérêt à traiter ces poussées lymphatiques et à calmer les réactions nerveuses dont les malaises viennent aggraver l'état du malade. Le résultat se juge d'après les modifications de l'ensemble des signes d'infection, du foyer morbide, des réactions neuro-tissulo-vasculaires.

B. Infiltrats chroniques. — Certains sujets présentent de continuelles poussées de bouffissures, qui aboutissent à un infiltrat chronique, plus ou moins intense et étendu. Les uns augmentent de plusieurs kilos chaque année et arrivent à de monstrueuses obésités, modifiables tant qu'il ne s'agit que d'infiltrat, plus fixes quand s'y ajoute l'adipose. La rétraction tissulaire et l'engorgement lymphatique collectent souvent ces infiltrats en masses localisées aux épaules, hanches, cuisses, à l'abdomen. La dureté est fonction du tonus; de véritables bandes de rétraction permanente sectionnent souvent l'infiltrat en tranches de melon ; les parties atteintes sont, le plus souvent, froides et peu vascularisées.

L'observation des troubles coïncidant avec les recrudescences de l'infiltrat orientent le diagnostic vers une infection, une intoxication alimentaire, par trouble viscéral ou endocrinien, etc. L'engorgement lymphatique est ici variable ; on le constate, d'ordinaire, lors de la résorption des masses infiltrées; sa disparition est nécessaire pour obtenir la guérison.

Engorgement et rétraction fixent l'infiltrat, le collectent parfois en gros œdèmes de stase lymphatique, occupant le segment immédiatement sous-jacent à l'obstacle et qui cède avec la disparition de celui-ci.

C. Type rhumatoïde, arthritique. — L'infiltrat est ici moins abondant, mais plus diffus, donnant un aspect flou, aux contours anatomiques et engaînant

os, muscles, articulations, paquets vasculo-nerveux, etc., d'une enveloppe irrégulière et variable, que l'hypertonie tissulaire collecte en masses inégales, en coulées de bougie, et de consistance variable comme l'enraidissement lui-même. Ces masses d'infiltrat enraidi s'accumulent surtout autour des jointures, aux insertions musculaires, indurant certains faisceaux sur une portion variable de leur étendue, en longueur comme en largeur.

S'il y a synovite et arthrite, c'est aux crises de rétraction qu'est due la douleur. On assiste parfois à de petites ruptures des culs-de-sac synoviaux. Il se forme alors de petites nodosités répondant vraisemblablement à des grains de synovie. Elles se disposent en chapelet suivant les voies du drainage régional, et deviennent de petits centres d'irritation tenace, récidivante et se résorbent avec la plus grande difficulté. Il faut se méfier de l'irritabilité extrême de cette forme, qui cède à la photothérapie combinée à l'étirement des points engorgés en commençant par la racine du membre pour descendre peu à peu vers la jointure malade.

D. Séquelles d'une affection non en activité. Immobilisation. — Quelques semaines sans mouvement suffisent pour enraidir et ankyloser, avec aspect rétracté, atrophique des chairs. Au lieu de mobiliser, ce qui endolorit et souvent irrite, il vaut mieux assouplir les rétractions et désengorger; en quelques jours, disparaissent raideur et ankylose, et le mouvement se rétablit, dès qu'il redevient possible, sans douleur ni gêne.

Contusions. — Au point directement atteint, autour d'un foyer de fracture, d'une rupture musculaire ou tendineuse, etc., se développent des indurations tenaces, irritables et susceptibles de comprimer un nerf ou de gêner la circulation sanguine ou lymphatique locale. C'est en activant la résorption lymphatique des produits morbides qu'on obtient la guérison. Il en est de même pour les indurations des injections hypodermiques mal résorbées et irritantes.

Reliquat inflammatoire. — Toute infection locale guérie : plaie, abcès, phlegmon, panaris, ostéomyélite, etc., laisse après lui comme séquelles une induration, enflure ou rétraction cicatricielle et une traînée d'adéno-lymphangite plus ou moins indurée. C'est celle-ci qu'il faut, avant tout, résoudre : tant qu'elle persiste, ce qui reste de l'ancien foyer est irréductible et irritable.

Il en est de même pour les infections viscérales : les angiocholites, gastro-entérites, salpingites, etc., éteintes laissent souvent un infiltrat plus ou moins induré et œdémateux, qui persiste parfois indéfiniment autour du viscère après guérison de l'infection. Les ganglions lymphatiques, qui avoisinent l'aorte abdominale et ses branches sont engorgés, mais, de plus, infiltrat et engorgement s'étendent à l'ensemble des parois thoraco-abdominales. Dans ces conditions toute irritation du système nerveux végétatif détermine la rétraction spasmodique de tous les points rendus plus irritables par l'infiltrat et l'engorgement. A leur tour, ces rétractions deviennent réflexogènes pour les plexus solaire, cœliaque, etc. et augmentent la gêne mécanique due à la périviscérite. On conçoit aisément que les troubles morbides ainsi provoqués puissent apparaître prédominants. Pour les traiter, il faut ici encore rétablir avant tout le drainage lymphatique. Les infections de l'appareil respiratoire laissent, de même, après elles, des infiltrats et engorgements du médiastin et des parois thoraciques, plus ou moins réflexogènes, et qui sont causes de spasmes bronchiques, ou de rétractions cervico-thoraciques, susceptibles de déclancher des crises de dyspnée, d'angoisse, de douleurs, avec l'ensemble des réflexes communs à toute crise d'irritation neuro-végétative.

Ajoutons enfin que l'engorgement des périviscérites détermine au-dessous de lui, la stase lymphatique et des troubles vaso-moteurs divers.

E. Troubles vasculaires. — Outre les réactions vaso-motrices de la surréflectivité végétative, à l'engorgement lymphatique sont liés des troubles vasculaires qui cèdent avec lui. Ce sont : certains érythèmes et couperoses, ectasies veineuses, acrocyanoses, dont la cause est un engorgement réflexogène ou un infiltrat enraidi, siégeant sur un point du trajet vasculaire : région scalénique pour les acrocyanoses, racine de la cuisse, région péri-aortique ou gaine lymphatique des vaisseaux iliaques pour les veines du bassin et des membres inférieurs. Aux troubles de circulation sanguine s'ajoutent souvent ceux dus à la stase lymphatique, d'où des œdèmes mixtes, dont la cause première est quelque ganglion engorgé ou foyer s'infiltrant avec enraidissement, abdominal ou même thoracique.

Si l'engorgement atteint les lymphatiques périvasculaires sur une certaine longueur, il forme une gaine de périvascularite donnant au vaisseau un aspect épaissi, dur, noueux, avec gêne de la circulation sanguine et irritation de la gaine sympathique. Ces pseudo-artérites scléreuses, ces périphlébites cèdent alors complètement dès que disparaît l'engorgement et le vaisseau sanguin recouvre souplesse et fonctions normales.

F. Surréflectivité neuro-végétative. — Elle se manifeste par des troubles sécrétoires ou lisso-moteurs.

Des troubles sécrétoires, le plus apparent est la sueur, soit locale, au point irrité, soit à distance (aisselles, extrémités, etc.).

Parmi les troubles lisso-moteurs, la chair de poule est, comme la sueur, un indice de surréflectivité neuro-végétative, dont il faut tenir grand compte au cours du traitement, puisque tous deux annoncent l'intolérance.

Les troubles vaso-moteurs, soit crises vaso-motrices aiguës, soit ceux, plus permanents, énumérés au paragraphe précédent, sont souvent causés par les modifications locales des tissus : infiltrat, engorgement par trouble lymphatique et les troubles du tonus tissulaire, que tout autorise à ranger parmi les réflexes moteurs, dépendant de l'innervation végétative, bien qu'on ne puisse préciser leur substratum anatomique. Rappelons que tout spasme

tissulaire sur infiltrat interstitiel excite les nerfs atteints dans la lutte entre contenant et contenu, comme le ferait un pied qui gonfle dans une chaussure inextensible. Si l'irritation porte sur un nerf sensitif, il répond par une douleur, distribuée suivant la topographie du nerf atteint ou celle de la rétraction elle-même, s'il s'agit de l'innervation cutanée. L'étreinte du pédicule vasculo-nerveux d'un muscle en détermine la crampe, celle d'un ganglion nerveux ou de tout point réflexogène de l'innervation végétative déclanche l'ensemble des réflexes sécrétoires ou lisso-moteurs : horripilation, spasmes viscéraux, crises vaso-motrices, enfin, spasmes tissulaires plus ou moins étendus, avec déplacement des pièces squelettiques, compression des viscères.

Parmi les manifestations de la surréflectivité neuro-végétative, deux nous arrêteront un instant en raison de leur importance pratique :

a. L'œdème nerveux, plus ou moins rose et chaud par vaso-dilatation, sujet, pour la moindre irritation, à de brusques poussées avec douleur brûlante ou causalgie caractéristique. Il indique, à coup sûr, une irritation du sympathique, dont la cause est, fréquemment, un engorgement ou un infiltrat minime, mais irritant, un point réflexogène. En traitant les engorgements sus-jacents au point dangereux, on peut, sans irriter celui-ci, arriver à dissiper tout signe d'irritation.

b. L'irritation peut revêtir, soit la forme d'une névrite extensive, soit celle du syndrome de Volkman. Dans les deux, nous trouvons : l'engorgement lymphatique, souvent minime, mais très réflexogène, et dont la disparition est indispensable à l'amélioration; une vaso-dilatation permanente et la surréflectivité neuro-végétative avec crises vasomotrices et spasmes tissulaires, qui causent les paroxysmes douloureux et les troubles nerveux à distance.

Sous ces aspects que la clinique nous montre purs ou diversement combinés, les réactions neuro-tissulo-vasculaires nous ramènent toujours aux deux directives suivantes :

A. L'accumulation de liquide dans le tissu interstitiel est irréductible, tant que le draînage lymphatique reste entravé par engorgement, et rétraction tissulaire. Traiter l'infiltrat est inutile, tant que persistent les barrages au cours de la lymphe. Il faut dégager d'abord les points obstrués les plus voisins de la base du cou, pour gagner peu à peu vers la région infiltrée; si la perméabilité lymphatique redevient suffisante, l'infiltrat cède avant qu'on ne l'ait traité directement.

Mais de trop brusques remontées de lymphe peuvent, alors, obstruer à nouveau les points mal désengorgés. Il faut, au cours du traitement, surveiller attentivement ces points suspects : se méfier spécialement des ganglions trachéo-bronchiques, sur lesquels on agit en traitant la base du cou et des ganglions qui ont été soumis à la radio ou radiumthérapie. Ils restent engorgés et enraidis, et difficilement modifiables des années après le traitement.

B. Le tonus tissulaire est le régulateur de la circulation lymphatique; il empêche l'accumulation de liquide interstitiel et active sa progression dans les voies du draînage lymphatique. L'hypotonie permet la distension molle des chairs et des ganglions, donnant ces grosses bouffissures flasques bien supportées parce qu'elles sont peu réflexogènes pour l'innervation végétative. Au contraire, l'hypertonie fixe sur place l'infiltrat, qu'elle morcelle en grains cellulitiques, plus ou moins agglomérés en masses irrégulières, dont la consistance est subordonnée, principalement aux variations du tonus. L'hypertonie rétracte les ganglions et diminue leur perméabilité; c'est un facteur important de stase lymphatique. Enfin, elle est la cause d'innombrables troubles, soit en tiraillant et subluxant les articulations, en enserrant os, viscères, vaisseaux, et les points accessibles du système nerveux cérébro-spinal, autant que de l'innervation végétative; l'action réflexogène de l'hypertonie se fait surtout sentir lors des crises spasmodiques étreignant l'engorgement et l'infiltrat.

Le cours de la lymphe, comme la circulation sanguine et l'activité respiratoire, sont activés par les mouvements; en particulier, ceux des épaules et les contractions du peaucier cervical agissent sur le draînage de la lymphe. Mais les points morts de la circulation lymphatique sont justement ceux qui échappent le mieux à l'action des mouvements : régions juxta-articulaires, où prédomine l'enraidissement, interstices et régions dépourvues de muscles, où sont les ganglions lymphatiques. D'ailleurs, la gymnastique, excessive ou mal réglée, fatigue et irrite aisément arthritiques, rhumatisants, sujets bouffis ou atteints d'engorgement lymphatique. Les mouvements les plus recommandables sont les étirements et élongations à fond, suivis de relâchement doux et progressif et l'expiration soutenue, à laquelle on adjoint des vibrations de la langue, qui se transmettent à tout l'arbre respiratoire et procurent une détente thoraco-abdominale et cervicale des plus utiles.

La chaleur, surtout sous forme de thermo-photothérapie, les bains, le courant continu et la diathermie activent la circulation sanguine, et provoquent la détente tissulaire. Mais leur action n'est ni assez précise, ni assez intense, ni suffisamment adaptée aux modifications continuelles des réactions neuro-tissulo-vasculaires, qu'il faut provoquer et régulariser jusqu'à équilibre parfait.

Or, toute pression excite à la fois vaso-motricité et tonus tissulaire; si l'excitation est irritante, apparaissent sueur, chair de poule, puis se déchaîne une crise de surréflectivité neuro-végétative plus ou moins généralisée. Au contraire, toute manœuvre, telle qu'étirement, pincement doux, écartant les chairs pour les laisser doucement revenir sur elles-mêmes, apaise l'ensemble des réactions neuro-végétatives, calmant les crises vaso-motrices et les spasmes tissulaires en particulier.

En pratique, ces données permettent d'adapter l'excitation à la réponse des réactions. Une série de pressions douces, perpendiculaires à une artère ou parallèles à sa direction, en provoque les battements,

qu'on fait cesser par de petits étirements ou soulèvements, écartant les chairs du vaisseau. La réaction inverse peut même aller, dans certains cas, jusqu'à la vaso-constriction, avec refroidissement; en pinçant un certain nombre de fois la peau de la région située en avant des deux sterno-cléido-mastoïdiens, on fait pâlir la face, et on calme les crises de rougeur avec chaleur et battements artériels de la tête et du cou. La même manœuvre, sur les côtés du cou, donne des gargouillements dans les divers segments du tube digestif; à la région claviculaire, les petits soulèvements de la peau décongestionnent les organes thoraco-abdominaux.

Pour exciter les ganglions lymphatiques engorgés, on arrive à diminuer leur volume sans crise vaso-motrice par de petites pressions sur le ganglion, dirigées de manière à écarter, en même temps les chairs des artères voisines. De semblables pressions portant, d'une main sur la partie inférieure du sternum, de l'autre sur la région vertébrale dorsolombaire, n'ont pas grande action vaso-motrice, mais provoquent la diminution de volume de l'abdomen avec amélioration du tonus musculo-tissulaire. Les mêmes pressions sur les vertèbres cervicodorsales et la fourchette sternale, détendent et dégonflent épaules et poitrine, avec décongestion des viscères, excitation au péristaltisme gastro-intestinal, congestion de la tête.

Voici enfin le meilleur moyen de mettre en jeu le tonus musculaire de toute une région, ce qui, d'ordinaire, rétablit l'équilibre de l'ensemble des réflexes nerveux végétatifs. Une main comprime doucement l'enraidissement à traiter. L'autre main se pose de même sur un autre point rétracté et, par une légère pression, suivie d'un relâchement doux et lent, provoque la détente tissulaire. Dès que la réaction est manifeste, la première main, demeurée immobile la perçoit aussi et doit régler sa pression d'après le rendement optimum. Celui-ci est modifié par les moindres déplacements de la main mobile, qui peut ainsi conduire la réaction et obtenir le maximum. La détente ainsi obtenue peut s'étendre à d'autres points du corps et englober tout l'ensemble des réactions neuro-végétatives, d'où bien-être général et meilleur fonctionnement de l'organisme entier.

Au cours de ces diverses manœuvres, les sensations, recueillies par les mains, permettent de contrôler, à chaque instant, les réactions de l'organisme : l'assouplissement, la diminution des ganglions et de l'infiltrat, avec souvent, la crépitation cellulitique, indiquant détente et diffusion, sont de bon augure. Souvent alors, le patient accuse des fourmillements, piqûres d'aiguille, bien-être. Au contraire, les signes d'irritation et d'intolérance sont : chaleur et sueur locale, signes précurseurs de la crise neuro-végétative que complètent bientôt les troubles vaso-moteurs, spasmes, sueurs; le patient s'agite, s'énerve, étouffe; localement il accuse la meurtrissure ou la brûlure, signes d'irritation locale du sympathique.

Ainsi adaptées au jeu des réactions neuro-vasculo-tissulaires, qu'elles provoquent et régularisent, les manœuvres manuelles, peuvent obtenir beaucoup; leur efficacité est singulièrement augmentée par l'adjonction de vibrations électriques appropriées, transmises aux points à traiter par les doigts de l'opérateur.

(A suivre.)

DOCUMENTS DE PROPAGANDE ANTIVÉNÉRIENNE

(SERVICE DE PROPAGANDE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

LE TRAITEMENT CHRONIQUE INTERMITTENT ET RÉGULIER DE LA SYPHILIS DOIT RESTER LA BASE NON SEULEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE, MAIS AUSSI DE LA PROPHYLAXIE DE CETTE MALADIE

Par MM. les Professeurs J. NICOLAS et J. GATE
(de Lyon).

[*Cet article de vulgarisation a été écrit pour la semaine de propagande publique en faveur de la prophylaxie des maladies vénériennes (service de propagande du ministère de la Santé publique). Il n'était pas destiné à un journal médical, nous remercions les auteurs d'avoir bien voulu, néanmoins, nous autoriser à le reproduire.* — N. D. L. R.]

La prophylaxie antivénérienne est entrée depuis la guerre dans une voie nouvelle. A côté de la lutte ou tout au moins de la surveillance s'adressant à la prostitution, on a compris que le dépistage précoce et le traitement systématique des maladies vénériennes, de la syphilis tout particulièrement, constituaient à la fois la meilleure garantie pour l'avenir des malades et, par la stérilisation des accidents contagieux, le moyen de protection le plus sûr pour la société. Cette conception du problème était évidemment la seule vraiment rationnelle; sa mise en pratique a montré par les résultats obtenus son bien-fondé.

Il n'est pas dans notre intention de rappeler ici ce qu'a fait sous l'impulsion de M. Justin Godart, le service général de prophylaxie des maladies vénériennes du ministère de l'Hygiène. Qu'il nous suffise de rappeler que le docteur Faivre d'abord, le docteur Cavaillon ensuite, successivement placés à la tête de cet organisme central, ont, avec la collaboration des dermato-syphiligraphes, peuplé le territoire de Consultations, de Dispensaires antivénériens, où les malades, quels qu'ils soient, sont assurés de trouver un diagnostic autorisé et un traitement convenable.

Cet armement antivénérien, suivant la formule consacrée et adoptée par M. Cavaillon dans son livre (*L'Armement antivénérien en France*) constitue la pierre angulaire de la prophylaxie antivénérienne. Mais encore faut-il pour que cette dernière soit vraiment efficace que deux conditions soient parfaitement remplies.

La première de ces conditions, c'est que tous les vénériens comprennent que leur intérêt personnel immédiat, et aussi l'intérêt sacré de leur famille et de la société, leur commandent au même titre de se présenter à ces Dispensaires au moindre signe suspect. Ceci est l'affaire d'une propagande antivénérienne bien comprise et les efforts faits dans ce

sens par le Service de propagande du ministère de la Santé publique, sous la direction de M. Lucien Viborel, par la Ligue nationale française contre le péril vénérien, par la Société de prophylaxie sanitaire et morale, etc., sont en train de porter leurs fruits.

La deuxième de ces conditions, c'est qu'on s'entende en ce qui concerne la syphilis sur la façon dont doit être conduite la thérapeutique. Nous ne pouvons et ne voulons envisager ici en détail cette question, qui, du reste, est du domaine de la discussion scientifique. Il importe cependant que les praticiens soient éclairés sur le danger de certaines illusions, et il n'importe pas moins que les malades sachent ce qu'ils peuvent demander à la thérapeutique.

On a dit et répété partout il y a quelques années que la syphilis était facilement et définitivement curable. En soutenant cette formule, les médecins et les hygiénistes, qui la prenaient à leur compte, avaient la double excuse de la croire vraie et de penser faire œuvre prophylactique utile en promettant aux malades assidus et dociles une guérison rapide et définitive. Le malheur c'est que le temps s'est chargé de démontrer que l'on avait eu dans l'action de la thérapeutique une foi trop absolue. Ceci ne veut pas dire que la syphilis n'est jamais curable. Nous croyons pour notre part qu'elle peut l'être, quand elle est prise à son extrême début, quelques jours après l'apparition du chancre, avant toute réaction sérologique, et peut-être aussi dans des syphilis prises plus tardivement. Mais ceci reste l'exception. Dans tous les autres cas, qui d'ailleurs constituent, à l'heure actuelle du moins, la majorité, la plupart des syphiligraphes sont d'accord pour reconnaître qu'on ne possède aujourd'hui aucun critère absolu de guérison de la syphilis, ni clinique, ni sérologique.

On pourra nous reprocher d'oser écrire cette affirmation qui risque de paraître décevante et de décourager les malades. Nous n'acceptons pas ce reproche, persuadés que nous sommes qu'il est dangereux de promettre à des malades plus qu'on ne peut leur donner et qu'il est infiniment plus sage d'exposer aux intéressés la situation telle qu'elle est. Au demeurant, celle-ci reste très acceptable, car, si dans la majorité des cas la guérison absolue, définitive de la syphilis reste discutable, les malades peuvent être assurés d'une guérison pratique, c'est-à-dire de la protection certaine contre tout accident, contre toute manifestation syphilitique pour le présent et pour l'avenir, à la condition qu'ils veuillent bien accepter un traitement correct, c'est-à-dire très longtemps, pour ne pas dire indéfiniment prolongé.

Nous ne voulons pas allonger cet article par des exemples. Qu'il nous soit permis cependant de rappeler le cas récemment observé par nous d'un syphilitique, qui après un an de traitement énergique fut par la suite tenu éloigné de toute thérapeutique et reçut l'assurance d'une guérison complète, parce qu'il avait et qu'il gardait une réaction de Wassermann négative et qui vint nous consulter récemment pour une véritable explosion d'accidents cutanés et muqueux hautement contagieux. Considérée simplement sous l'angle de la prophylaxie, cette observation se passe de commentaires.

En résumé, nous croyons que dans l'état actuel de nos connaissances, la syphilis présérologique et quelques autres cas exceptionnels que rien ne permet de distinguer mis à part, il importe non seulement pour les malades eux-mêmes, mais aussi pour leurs conjoints, pour leurs enfants, pour la société tout entière, que les syphilitiques soient instruits de l'utilité, de la nécessité absolue, s'ils veulent se protéger et ne pas nuire à leur famille et à leurs semblables, de suivre pendant quatre ou cinq années un traitement énergique et dans l'avenir pendant très longtemps, pour ne pas dire toujours, un traitement de garantie, qu'il appartiendra au médecin traitant d'instituer suivant telle modalité convenable, mais qui de toute façon ne devra pas être négligé.

Nous ne croyons pas, encore une fois, que cet avertissement nécessaire doive désespérer ou du moins décourager les malades, puisqu'aux conditions que nous avons formulées, on peut leur promettre à peu près sûrement une parfaite tranquillité; il sera en tout cas bien moins nuisible à la cause que nous défendons tous qu'une déception, susceptible de détruire la croyance légitime et nécessaire dans la valeur protectrice indéniable de la thérapeutique.

Ainsi que l'exprime le titre de cet article, nous croyons donc fermement qu'à côté du dépistage précoce, le traitement chronique, intermittent et régulier de la syphilis, reste la base non seulement de la thérapeutique, mais aussi de la prophylaxie de ce fléau social.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1930)

Azotémie trypaflavinique. — MM. Ch. Richet fils et Couder viennent d'observer deux cas d'azotémie grave consécutive à l'injection intra-veineuse de trypaflavine.

A cette occasion les auteurs ont repris l'étude de la toxicité expérimentale de la trypaflavine. Ils ont vu que certaines doses qui ne tuaient pas immédiatement le lapin, provoquaient souvent l'apparition d'une néphrite azotémique pouvant évoluer vers la mort en quelques jours.

Un cas de maladie de Recklinghausen traité par la parathyroïdectomie. — MM. André Léri, F. Layani, J.-A. Lièvre et J. Weill, présentent un malade atteint d'ostéite fibrogéodique de Reckelinghausen traité par la parathyroïdectomie seize mois auparavant. M. Chifoliau procéda sur la demande des auteurs à l'exploration des parathyroïdes. La parathyroïde supérieure droite augmentée de volume est enlevée. L'examen histologique montre un adénome parathyroïdien. Suites opératoires normales. Chute rapide de la calcémie au voisinage de la normale. Disparition de l'hypercalciurie. Récalcification progressive du squelette. Consolidation des fractures. Six mois après l'intervention, le malade rentrait chez lui, marchant avec des béquilles. Actuellement seize mois après l'intervention, le processus dystrophique semble enrayé; il n'y a plus eu de fractures, la récalcification sans être parfaite a encore progressé. La calcémie reste à un taux normal (127 milligrammes). Cette observation est la première en France de maladie de Recklinghausen traitée par la parathyroïdectomie.

Deux cas de péritonite à pneumocoque généralisée chez l'adulte; — MM. Darré et Lœderich.

Un cas de septicémie à streptocoque hémolytique traité par le sérum de Vincent. Guérison. — M. Lœderich et Mlle Odru.

Syndrome d'anémie aiguë au cours d'un paludisme de première invasion. — M. P. Melnotte apporte uue observation d'un syndrome anémique aigu ayant évolué avec une rapidité anormale chez un sujet atteint de paludisme récent.

Observation sur la fièvre exanthématique méditerranéenne. — M. Vedrenes (de Cannes) rapporte quelques observations de fièvre exanthématique dans le but de montrer le rôle fort probable des tiques comme agent de transmission de la maladie. L'auteur insiste également sur la constatation fréquente d'hypotension et d'asthénie chez les malades.

Épilepsie et cardiopathie — MM. D. Olmer, J. Berthier et J. Olmer (de Marseille).

Les savons en thérapeutique interne. — M. Maurice Renaud montre qu'un grand nombre de substances médicamenteuses peuvent être introduites (par injections intraveineuses et intramusculaire) à l'état de complexes savonneux dont les solutions jouissent de propriétés singulières grâce auxquelles on obtiendra une action thérapeutique considérablement plns efficace.

Les savons peuvent en effet former autour des molécules des sortes de films qui les isolent de leur dissolvant et le rendent partiellement et momentanément inertes.

Il en résulte un abaissement global de la toxicité qui se manifeste avec les toxines microbiennes (cryptotoxines de Vincent), les alcaloïdes, les sels minéraux, les matières colorantes.

L'utilisation des complexes savons en thérapeutique marquera un progrès dans le traitement des maladies infectieuses.

Un cas de coma insulinique mortel en dehors du diabète. MM. F. Rathery et Sigwald. Les auteurs rapportent l'histoire d'une jeune fille tuberculeuse, non diabétique, entrée à l'hôpital dans le coma, elle était atteinte de vomissements incoercibles depuis plusieurs jours, elle fut traitée par l'insuline et on lui fit en même temps des injections glucosées, de l'adrénaline et des injections de bicarbonate de soude. La glycémie était de 0g20. Malgré le traitement, elle succomba. L'autopsie ne décela au niveau du cerveau aucune lésion macroscopique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 19 novembre 1930)

Cranioplastie. — M. Mouchet rapporte ce travail de M. Tillier (d'Alger). La vaste perte de substance cranienne, provenant d'une fracture du crâne traitée par trépanation, intéressait la région frontale. Des greffes ostéo-périostiques prises sur le tibia permirent de réaliser une sorte de treillage bombé vers l'extérieur. Bon résultat trois mois après, tout battement ayant disparu, des ombres étant visibles à la radiographie.

Scaphoïdite tarsienne posttyphique. — Ce travail de Mlle Sentis et de M. Aimes est rapporté par M. Mouchet. Cette scaphoïdite a évolué vers la suppuration, assez lentement, au décours d'une typhoïde grave. Guérison après incision. L'intérêt de cette observation vient de ce que l'infection typhique a reproduit les signes d'une scaphoïdite typique. Cette affection a été attribuée à des causes diverses. L'infection est poussée pour certains cas (ostéomyélite atténuée, tuberculose).

M. Sorrel voudrait savoir s'il existe aussi des scaphoïdites non infectieuses.

M. Mouchet, sur des examens histologiques de Lecène, croit pouvoir conclure à l'origine infectieuse.

Hématome de l'arrière-cavité des épiploons. Néoplasme péritonéal généralisé deux ans après. — M. Basset rapporte ce travail de M. Bachy (de Saint-Quentin). Après un coup de timon de voiture on constate à l'intervention un hématome de l'arrière-cavité des épiploons qu'on draine et qui guérit. Deux ans après le malade présente un syndrome de péritonite néoplasique généralisée, non vérifiée anatomiquement.

M. Mauclaire a vu un hématome de l'arrière-cavité dû à un néoplasme du pancréas.

Rechloruration dans l'occlusion intestinale. — MM. Gosset et Petit-Dutaillis concluent qu'il vaut mieux avoir un dosage des chlorures sanguins pour pouvoir faire un traitement approprié. Les auteurs préconisent le dosage suivant le procédé Laudat, les injections à 10 p. 100, et constatent d'après les cas rapportés l'excellence de ce procédé complémentaire de l'excellence chirurgicale, qui a donné une amélioration considérable des statistiques d'occlusion, et paraît applicable à tous les cas d'occlusion et a donné des résultats, bien que moins constants que pour le grêle, dans les occlusions basses, et même dans les péritonites. Cette thérapeutique est donc toujours à essayer et ne paraît pas nocive, même lorsqu'il existe une azotémie. L'action de la solution hypertonique agit non seulement par rechloruration, mais encore favorise la diurèse et exerce une action de désintoxication, et peut-être une action sur le péristaltisme intestinal, ce qui donne l'espoir d'extension de la méthode à d'autres cas que l'occlusion.

Variété articulaire du syndrome entéro-rénal. — M. Heitz-Boyer pense que les phénomènes ostéo-articulaires sont causés par des germes intestinaux dont la présence peut être décelée dans l'urine, et rapporte plusieurs observations.

M. Bazy estime que les affections articulaires sont fréquentes au cours des lésions digestives, et que l'entérocoque a même provoqué des lésions cardiaques.

M. Bréchot trouve fréquemment le coli bacille au niveau du col utérin.

M. Sorrel se demande également si ce n'est pas la lésion intestinale qui est primitive.

M. Basset a souvent constaté l'entérocoque dans les lésions génitales de la femme et il les traite par vaccination locale.

M. Heitz-Boyer pense que les propagations se font par voie septicémique et que le point de départ est intestinal.

Présentation de malades :

M. Mathieu. Hypospadias pénien traité par procédé autoplastique en un temps.

M. Bréchot emploie volontiers le procédé de Beck.

M. Gernez a employé des procédés analogues.

M. Madier a obtenu de bons résultats du Beck.

M. Arrou a employé également ce procédé, mais seulement pour les orifices très près du gland et avec un avivement très large du gland.

Tous les auteurs ne parlent du Beck que pour les procédés antérieurs.

M. Mathieu rappelle que le procédé d'Ombrédanne, dont le sien est dérivé, vient des ennuis obtenus par le Beck-von Hacker. Il insiste sur le résultat obtenu en un temps et avec sécurité.

M. Heitz-Boyer. Beau résultat de cystectomie subtotale pour néoplasme.

Présentation de radiographie. — M. Alglave. Beau résultat d'ostéosynthèse dans une fracture grave du bras.

Présentation de pièces. — M. Bazy.

LIVRES NOUVEAUX

La vie et l'œuvre d'Orfila (1), par Amédée FAYOL, Préface de Louis MADELIN, de l'Académie française.

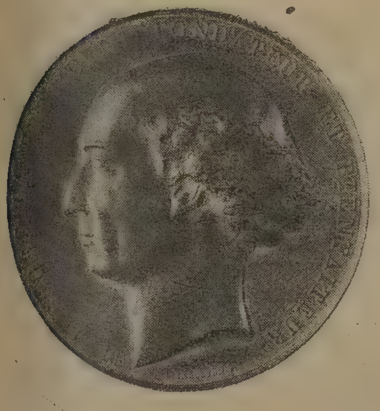
Quelle vie prodigieuse que celle d'Orfila et combien nous devons savoir gré à M. Fayol de nous en avoir donné le récit! Rien ne manque dans ce livre, ni les aventures de voyage, ni les descriptions de pays, ni surtout les enseignements.

Mathieu-Joseph-Bonaventure Orfila, qui devait devenir plus tard un illustre chimiste, un bienfaiteur de notre profession et surtout un grand français, naquit le 27 avril 1787 à Mahon, île de Minorque. Sa famille, originaire du Roussillon, s'était fixée vers l'an 1300 aux îles Baléares.

M. Fayol donne un récit très attachant de la jeunesse d'Orfila, il nous montre l'écolier à l'esprit si éveillé qui apprend comme en se jouant le grec, le latin, le français et l'anglais, qui arrive, par sa seule volonté, à vaincre un bégaiement très prononcé, devient un chanteur remarquable et un compositeur apprécié. Dès sa prime jeunesse, Orfila met en pratique ce précepte de saint François de Sales : « La bonne façon d'apprendre, c'est d'étudier, la meilleure c'est d'écouter, la très bonne d'enseigner », et nous voyons le jeune Orfila se préparer de la sorte à devenir le merveilleux professeur qu'il devait être à la Faculté de médecine de Paris.

On parle volontiers de la chance des grands hommes. Ne prononçons pas ce mot au sujet d'Orfila. Son extraordinaire carrière a été déterminée par son intelligence, son labeur et sa ténacité.

Il suffit, pour s'en convaincre, de lire dans le livre de M. Fayol le récit de l'odyssée d'Orfila, ses débuts comme marin, sa capture par des corsaires barbaresques, sa libération presque miraculeuse. Mais la médecine l'attire, le voilà maintenant étudiant à Valence et à Barcelone, nous le retrouvons bientôt sur la route de Paris où il veut compléter son éducation médicale.



Au revers se trouve cette phrase d'Orfila :

« Je mets au premier rang des choses utiles qu'il m'a été donné de faire, la fondation de l'Association. »

Médaille de l'Association des médecins de la Seine offerte à M. J.-B. Orfila, président fondateur et bienfaiteur.

Les pages de M. Fayol, pleines de vie, remplies d'aventures alertement racontées ne peuvent s'analyser, il faut les lire. Il faut méditer aussi celles qui relatent les débuts difficiles et toujours courageux d'Orfila à Paris, celles qui nous montrent la révélation de sa vocation de chimiste et de toxicologue.

Et peu à peu les succès arrivent, ce sont d'abord les succès universitaires d'Orfila, puis ses succès mondains. Professeur de chimie à la Faculté, son enseignement connaît une vogue justifiée. Il est bon de le dire dans ce journal dont le fondateur Fabre fut pour Orfila un adversaire déclaré, mais un adversaire juste ainsi qu'en témoigne un article de 1828 que nous reproduisions récemment (1).

Son ascension continue, le voici médecin du roi, doyen de la Faculté de médecine, président de l'Académie de médecine. Il connaît l'envie et la jalousie. Qui n'a encore présentes à l'esprit les discussions passionnées qui eurent lieu autour de l'expert de l'affaire de Mme Lafarge?

Orfila mourut à soixante-six ans, le 12 mars 1853.

L'œuvre d'Orfila fut certes considérable, ce fut un grand chimiste, le rénovateur de la médecine légale, et un doyen qui a marqué son passage à la Faculté de médecine de Paris par de beaux travaux et les réformes les plus utiles. Il a fait mieux encore, sa philanthropie l'a conduit à des œuvres durables, au premier rang desquelles il plaçait avec raison la création de l'Association des médecins du département de la Seine.

C'est sur ce souvenir que nous voulons terminer. Au moment où la municipalité de Mahon célèbre son illustre compatriote, l'Association des médecins de la Seine ouvre une souscription parmi ses membres pour aider à la commémoration de celui dont le souvenir ne s'effacera pas parmi ses confrères (2).

N'est-ce pas le plus beau testimonial de la grandeur de l'œuvre d'Orfila? F. L. S.

(1) Un vol. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

(1) Lancette française. *Gaz. des hôp.*, n° du Centenaire, nov. 1927. « Ouverture du cours de M. Orfila », p. 96.

(2) Rappelons que les souscriptions de l'Association des médecins de la Seine, pour le monument Orfila, à Mahon, doivent être adressées au docteur Genouville, 75, rue de Lille, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1929-1930 (3)

DOCTORAT D'ETAT. — 35. ANDRIEU. — Contribution à l'étude de la médication hypophysaire dans le traitement du diabète insipide.

36. AURIMOND. — Contribution à l'étude de l'anorexie psychopathique.

53. BARRÈRE. — Traitement des nævi vasculaires par les agents physiques. Essais comparatifs.

52. BARTHET. — Contribution anatomo-clinique à l'étude des tumeurs primitives du ventricule latéral.

50. BAUDE. — Angiome de la lèvre supérieure.

18. BENOIT (Gaston-Hector-Christian). — Conduite à tenir au moment de l'accouchement en cas de fibrome prævia.

2. BENOIT (Maurice-Elie-Louis). — Contribution à l'étude de la méningite à staphylocoques.

15. BENQUET. — La myomectomie dans le traitement des fibromes utérins.

47. BERNARD. — La méningite séreuse.

44. BLANC. — Les méningococcémies à forme pseudo-palustre. Diagnostic et thérapeutique. Action de la gonacrine.

41. BOUTARY. — Les accidents de la torsion axiale de l'utérus.

45. CANTEGRIL. — Recherches sur le rôle du potassium dans le cancer.

6. CASTERET. — Contribution à l'étude de l'influence de la tuberculose pulmonaire sur l'évolution du diabète.

54. CAULIER. — Contribution à l'étude du traitement médical de l'ulcère de l'estomac. La guérison par les méthodes médicales. Les récidives.

(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, Montpellier, n° 71, p. 1267; Lille n° 73, p. 1299; Strasbourg, n° 74, p. 1316; Bordeaux, n° 80, p. 1413; Lyon, n° 97, p. 1738; Nancy, n° 98, p. 1756; Alger et Marseille, n° 100, p. 1798.

48. CHATENAY. — L'entérostomie thérapeutique au cours des péritonites aiguës.

11. COMBES. — Syndrome neuro-anémique et méthode de Whipple.

26. DAYNIÉ. — Contribution à l'étude de l'anémie pseudoleucémique infantile. L'anémie de von Jaksch-Luzet tuberculeuse. (Tuberculose spléno-hépatique de l'enfant.)

49. DEGUIRAL. — L'évolution des idées sur la thérapeutique hydro-minérale.

34. DOAT. — Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial par élongation.

46. DOMÉJEAN. — Eaux chlorurées sodiques fortes et affections orthopédiques de l'enfance.

30. DOMENGEAU-VIGUERIE. — Quelques aspects cliniques de la septicémie gonococcique.

4. DUPAS. — L'ostéomyélite chez le nourrisson et ses séquelles tardives.

27. ESTÈVE. — Observations et réflexions sur le syndrome de Quincke.

33. FABRE. — Du sarco-lupus pernio.

38. FAURIE. — Sur la hernie de l'appendice iléo-cæcal.

40. FRENKEL (Mlle). — Les œuvres postsanatoriales. Etude médico-sociale.

22. GISCARD. — La forme amnésique de la paralysie générale.

14. GRAZIDE. — Les faits de pathologie bucco-dentaire qui éclairent la pathogénie des tumeurs.

31. GROC. — Contribution à l'étude des méningo-névraxites à bacille de Pfeiffer.

32. HERBECQ. — La hernie, accident du travail d'après la jurisprudence.

29. HERMENCE dit VÉRY. — Contribution à l'étude du traitement des artérites cérébrales oblitérantes syphilitiques.

1. IZARN. — La pyélotomie.

9. JAMMES. — Les périphlébites. Etude expérimentale.

16. JULIEN. — La forme rénale de l'endocardite maligne lente.

39. JUPPÉ. — Mastoïdite et diplopie.

17. LAFFORGUE. — Parasites et affections parasitaires transmissibles du chien à l'homme.

28. LAPASSET. — Syndrome pâleur-hyperthermie chez les nourrissons opérés. Etude pathogénique et thérapeutique.

51. MAGNIN. — Contribution à l'étude de l'ulcère simple du gros intestin.

13. MAGNOUAC. — Le signe de l'ovaire dans le diagnostic de la grossesse au début (deux premiers mois).

3. MARTRE. — Contribution à l'étude des torsions annexielles.

20. MARY. — La cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale.

43. MAURY (Mlle). — Nouvelles orientations de la phrénicectomie.

24. MAUX (Mlle). — Contribution à l'étude de l'héliothérapie à l'altitude au sanatorium d'Odeillo.

7. MOUËZY. — Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë.

37. OLLIER. — Contribution à l'étude des décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur.

10. PASQUIÉ. — Contribution à l'étude du sulfocyanate de potassium dans la salive.

5. PÉLISSIER. — Sur la pathogénie, le diagnostic et la prophylaxie de l'hérédo-syphilis chez le nouveau-né.

21. PIGOT. — Contribution à l'étude de la suppuration des kystes de l'ovaire d'origine typhique.

23. POPOVITCH. — Contribution à l'étude de la pseudoleucémie tuberculeuse chronique à forme spléno-ganglionnaire.

19. PRAT-CARRABIN. — Les accidents respiratoires dus à l'ascaridiose.

25. ROQUES. — Indications actuelles de la pubiotomie.

8. SENTENAC. — Contribution à l'étude de l'anencéphalie.

55. TAILLARD. — Action des extraits de rate sur la glycémie et sur la régulation thermique.

42. VIDAL (Etienne-Marie-Denis). — Eclatement cæcal

par distension dans la sténose cancéreuse du gros intestin.

12. VIDAL (René-Pierre-Jean). — Les déments précoces dans le milieu militaire. Contribution clinique et médicolégale.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 96. CAPLANSCHI. — Contribution à l'étude des calculs du canal de Wharton.

100. DIMITRIÉVITCH. — Fongus tuberculeux du testicule.

98. MUSIN. — Etude sur les lipomes de gros volume.

97. RADJI. — Sur le mode d'action des lipides insaponifiables extraits de la rate dans le traitement des anémies.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique	10 gr.
Extrait de gentiane	8 gr.
Extrait thébaïque / Extrait de noix vomique	} 0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

(FORMES CLINIQUES & TRAITEMENT)

Les pleurésies tuberculeuses peuvent être la manifestation d'une tuberculose pleurale isolée. Mais très souvent elles précèdent ou accompagnent des lésions parenchymateuses du poumon, et c'est ce qui fait toute la gravité de leur pronostic.

Les pleurésies tuberculeuses peuvent être séro-fibrineuses, hémorragiques, purulentes ou sèches. Nous les étudierons successivement.

ÉTUDE CLINIQUE

I. Pleurésies séro-fibrineuses. — *A.* **Forme à prédominance pleurale.** — Suivant que la pleurésie est à peu près isolée ou au contraire associée à des lésions pulmonaires importantes, elle revêt des types différents : pleurésie dite primitive, « a frigore » dans le premier cas, cortico-pleurite dans l'autre.

1° PLEURÉSIE AIGUË DITE A FRIGORE. — **Début.** — Chez un sujet en apparente bonne santé, adolescent ou adulte jeune, il peut se faire :

a. *Progressivement* par de la fatigue avec amaigrissement, toux, perte des forces, signes d'imprégnation tuberculeuse avec point de côté tenace à une base, dyspnée légère, état subfébrile. Le malade vient consulter à pied à l'hôpital, et l'on a la surprise de constater l'existence d'un épanchement déjà important.

b. *Brusquement*, par un point de côté très douloureux, avec fièvre à 38°5, dyspnée douloureuse, toux sèche, incessante qui attire l'attention vers la plèvre.

A une base pulmonaire, l'on constate la diminution du murmure vésiculaire, quelques frottements pleuraux, une submatité déjà nette et la ponction exploratrice ramène souvent quelques centimètres cubes de liquide citrin.

L'interrogatoire révèle que la brusquerie de ce début n'est qu'apparente : depuis plusieurs semaines, le malade avait déjà des signes d'imprégnation tuberculeuse.

Etat. — *Signes fonctionnels.* — Le point de côté, la toux, vont en diminuant. La dyspnée est très variable, et peut manquer chez des malades porteurs d'un très abondant épanchement.

Signes généraux. — La fièvre, plus ou moins continue, se maintient entre 38 et 39 degrés, le pouls la suit, souvent hypotendu. L'état général est notablement altéré, et le malade est pâle et amaigri. Il ne crache pas, ou s'il crache il s'agit de mucosités ne contenant pas de bacilles de Koch.

Signes physiques. — L'examen physique fait le diagnostic.

Du côté malade, l'hémithorax distendu est moins mobile avec les mouvements respiratoires. Les muscles spinaux sont plus saillants que de l'autre côté.

La percussion donne le renseignement capital : la matité, franche, hydrique, remontant plus ou moins haut, à limite supérieure horizontale dans les épanchements très abondants, paraboliques suivant la classique courbe de Damordeau, à sommet axillaire, dans les épanchements de moyenne abondance. Dans ces cas, il existe également du skodisme sous-claviculaire.

Les vibrations thoraciques, nettes seulement chez l'homme, sont abolies dans toute la hauteur de la matité.

A l'auscultation, le silence respiratoire est caractéristique. Il existe parfois, vers la partie supérieure de l'épanchement, un souffle dit pleurétique, doux, lointain, voilé, expiratoire. Dans cette même zone ou un peu plus bas, l'égophonie, la pectoriloquie aphone, le signe du son achèvent de caractériser le tableau clinique.

L'examen clinique comporte l'importante *évaluation de la quantité de liquide épanché* : le déplacement du cœur, l'abaissement du foie plus difficile à apprécier, la matité de l'espace de Traube, la disparition du skodisme sous-claviculaire, la hauteur de la matité avec silence respiratoire absolu et disparition du souffle indiquent un épanchement très abondant qu'il est opportun de ponctionner.

L'*examen du poumon sous-jacent* ne peut être fait de façon très valable en pleine période d'épanchement. Dans cette forme, on n'entend pas de bruits surajoutés. Il y a souvent diminution du murmure au sommet sans que cela ait de fâcheuse signification, la respiration redevenant normale quand l'épanchement régresse.

L'*examen radiologique*, dont on pourra généralement se passer car il est imprudent de mobiliser un pleurétique, ne fait que confirmer le diagnostic clinique en montrant une opacité plus ou moins haute, à limite supérieure parabolique si elle est de moyenne abondance, horizontale si elle est très abondante. Le sommet sus-jacent est de transparence diminuée, mais s'éclaircira à la phase de régression du liquide. Bref, il n'y a pas de signes de tuberculose pulmonaire évolutive.

La *ponction exploratrice* est, dans les cas hésitants, le seul moyen infaillible de diagnostic. Elle ramène un liquide citrin, fibrineux, à réaction de Rivalta positive, et contenant une *lymphocytose* presque pure et parfois très abondante. L'examen direct ne montre pas de bacilles de Koch. On peut les mettre en évidence par la culture du liquide sur milieu de Petroff. C'est surtout l'inoculation au cobaye, tuberculisé en quelques semaines, qui fait la preuve de l'origine bacillaire de ces pleurésies. Récemment, par des techniques délicates, l'on est arrivé à mettre en évidence dans ces liquides l'existence de l'ultravirus tuberculeux, mais il s'agit là de faits scientifiques fort intéressants sans intérêt diagnostique proprement dit.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — SAMEDI 20 DECEMBRE 1930. 103e ANNÉE. SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1930. — N° 102.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours spécial pour la nomination aux places d'interne de l'hospice de Brévannes, Hendaye, Sainte-Périne et Chardon-Lagache. — *Epreuve écrite.* — Séance du 11 décembre. — Questions données : « Tronc de la veine jugulaire interne sans embryologie ni histologie. — Formes cliniques de la méningite tuberculeuse de l'adulte. »

Lecture des copies. — MM. Lepart, 24; Nomblot, 22; Tilitcheff, 23; Darras, 24; Boisseau, 26; Benoist, 17; Yglesias, 16; Laroche, 21; Cordebar, 10; Yvanovitch, 25; Epelbaum, 14; Rosenrauch, 13; Raymond (Roger), 26; Lapeyre (Jean), 18; Vautier (Jean), 16; Rymer, 26; Golse, 20; Dassencourt, 22; Allik, 16; Bogoraze, 22; Bellière, 20.

Epreuve orale. — Séance du 16 décembre. — Question donnée : « Diagnostic et traitement des épanchements sanguins traumatiques intracraniens non obstétricaux de l'adulte. »

MM. Allik, 10; Yovanovitch, 16; Darras, 18; Bellière, 14; Lepart, 19; Tilitcheff, 16; Nomblot, Boisseau et Raymond, 19; Bogoraze, 15; Dassencourt, 17; Golse, 16; Rymer, 17.

Classement des candidats : MM. Raymond et Boisseau, 26 + 19 = 45; Lepart, 24 + 19 = 43; Rymer, 26 + 17 = 43; Darras, 24 + 18 = 42; Nomblot, 22 + 19 = 41; Yovanovitch, 25 + 16 = 41; Tilitcheff, 23 + 16 = 39; Dassencourt, 22 + 17 = 39; Bogoraze, 22 + 15 = 37; Golse, 20 + 16 = 36; Bellière, 20 + 14 = 34; Allik, 16 + 10 = 26.

La répartition des candidats reçus aura lieu le mardi 23 décembre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Grégoire (Raymond), agrégé libre, est nommé, à compter du 1er décembre, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et de technique opératoire (M. Cunéo, dernier titulaire).

— Bordeaux. — *Prix de la Faculté.* — Prix triennal Gintrac (1.200 fr.) : docteur Wangermez; prix Godard des docteurs stagiaires (2.000 fr.); section d'anatomie et de physiologie : docteur Broustet; section des sciences physiques et naturelles, prix : docteur Vitte; section de médecine, prix : docteur Laubie; prix Godard des thèses de médecine, 1er prix, médaille d'or, docteur Broustet; 2e prix, médaille de vermeil : docteur Pales; 3e prix, médailles d'argent : docteurs Courmes, Dervillée, Petges; 4e prix, médailles de bronze : docteurs Beaudiment, Carré, Chevalier, Guglielmi, Jonchère, Lafferre, Mahon et Ruppli.

Prix de médecine coloniale, médaille de vermeil : docteur Massias.

Prix des thèses de pharmacie, médailles de vermeil : MM. Vitte, Guyot; médaille d'argent : Mlle Pifat.

— *Concours du clinicat.* — Chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie : le docteur Berger, ancien externe des hôpitaux; chef de clinique obstetricale : le docteur Mahon, ancien interne des hôpitaux; chef de clinique médicale : le docteur Broustet, ancien interne des hôpitaux; chef de clinique chirurgicale : le docteur J. Auché, ancien interne des hôpitaux.

— Lyon. — Un décret en date du 4 décembre 1930 approuve la délibération du Conseil de l'Université portant création d'un institut de médecine du travail,

— Le Conseil de la Faculté de médecine a élu le professeur Morel membre du Conseil de l'Université, en remplacement du professeur Hugounenq, nommé professeur honoraire.

Le docteur Henry Proby a été nommé chef de clinique oto-laryngologique à la Faculté.

— MARSEILLE. — Des arrêtés ministériels viennent de créer à l'Université d'Aix-Marseille les diplômes suivants : diplôme de pharmacien, diplôme de docteur, mention « pharmacie », diplôme de docteur, mention « médecine ». (*J. O.*, 14 déc. 1930.)

— NANCY. — *Prix de la Faculté.* — Le prix « Grand'Eury-Fricot », d'une valeur de 1.650 fr., est décerné au docteur Dieudonné (François-Léon).

Le « premier prix Alexis-Vautrin », d'une valeur de 4.000 fr., à M. François (de Château-Salins, Moselle), interne des hôpitaux de Nancy.

Le « second prix Alexis-Vautrin », d'une valeur de 1.000 fr., à M. Chalnot (de Morteau, Doubs), chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les professeurs titulaires et les agrégés en exercice des facultés de médecine et de l'enseignement médical des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, sont convoqués le jeudi 8 janvier 1931 à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, admis à la retraite et démissionnaire.

ÉQUIVALENCES. — Le *Journal officiel* du 16 décembre publie la liste des titres étrangers admis en équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de La Rochelle. (*J. O.*, 16 déc. 1930.)

— Un poste de médecin adjoint est vacant au sanatorium des employés des P. T. T., à Montfaucon-du-Lot (Lot).

Les candidats devront être pourvus du diplôme d'Etat français de docteur en médecine et justifier d'une préparation en phtisiologie.

Les traitements et avantages sont ceux attribués par le décret du 26 juillet 1930 aux médecins des sanatoriums publics.

Les demandes de renseignements et d'inscription doivent être adressées à M. le Directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris Ve.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Le dîner de rentrée de l'Association a eu lieu mardi dernier sous la présidence de M. F. Le Sourd, président honoraire, remplaçant M. le professeur Loeper, président, absent de Paris.

A l'issue du repas le président remercia les confrères qui étaient venus très nombreux malgré la concurrence de plusieurs réunions le même soir. Il adressa un souvenir ému à la mémoire de notre regretté confrère Jean Heitz (de Royat). Il se fit ensuite l'interprète de ses collègues et adressa ses chaleureuses félicitations au Secrétaire général de l'Association le docteur Victor Gardette qui vient d'être élu président de la Société d'hydrologie.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — Le bureau pour 1931 est ainsi composé :

Président : M. le docteur Voncken (de Liége) (*Archives médicales belges*).

Vice-président : M. le docteur Rodolphe Ley (*Journal de neurologie et de psychiatrie*).

Secrétaire général : M. le docteur René Beckers (*Bruxelles médical*).

Trésorier : M. le docteur Jacques Rosenthal (*Journal dentaire belge*).

UNE SEMAINE SUR LA CÔTE D'AZUR. — En outre de son grand Voyage international de Noël, qui circule, chaque année, de Marseille à San-Remo, du 26 décembre au 8 janvier, la Société médicale du Littoral méditerranéen organise aussi un « Petit Voyage bleu » permettant à tous ceux qui ne disposent pas d'un temps assez long pour suivre le Grand Voyage, de participer cependant à quelques-unes des réceptions les plus importantes.

La concentration du Petit Voyage se fera à Nice-Cimiez, dans la journée du 1er janvier, avec dîner et soirée au Palais de la Méditerranée. — Le 2 janvier, on parcourra la Grande Corniche. La réception du soir aura lieu à Menton. — Le 3 janvier, une cérémonie officielle aura lieu à Bordighera, pour la commémoration du séjour de Pasteur, où les ministres de l'Instruction publique de France et d'Italie seront représentés. Le déjeuner sera à San Remo et l'on reviendra à Menton le soir. — Le 4 janvier, on visitera les palais et les musées de la Principauté de Monaco. Le gouvernement recevra le soir à l'hôtel de Paris, à Monte-Carlo. — Le 5 janvier, la journée sera consacrée aux Jardins de Monaco et de Beaulieu. La réception du soir aura lieu au Casino des Fleurs, à Beaulieu. — Le 6 janvier, on parcourra la Moyenne Corniche et les environs de Nice : le Cap-Ferrat, Villefranche, le Mont-Boron, etc.

La réception terminale sera donnée au Palais de la Jetée, à Nice, le 6 janvier. — Le 7 janvier sera consacré à une excursion dans les Alpes (sports d'hiver) et le Petit Voyage Bleu se terminera dans la matinée du 8 janvier.

Pour les renseignements, les facilités de parcours à 50 p. 100 et les adhésions, écrire immédiatement au secrétariat de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — Conférence du dimanche 21 décembre 1930, à 10 h. très précises, M. Clovis Vincent : « Le traitement des tumeurs cérébrales en attendant l'ablation. » — Amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE ÉLÉMENTAIRE. — M. Laignel-Lavastine a commencé son cours de psychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de droit le lundi 15 décembre, à 11 h., et le continuera tous les lundis, à la même heure.

Programme du cours. — Lundi 15 décembre : Expertise psychiatrique.

Lundi 22 décembre : Capacité pénale.

Lundi 5 janvier : Réactions antisociales des alcooliques et des toxicomanes.

Lundi 12 janvier : Réactions antisociales des délirants.

Lundi 19 janvier : Réactions antisociales des déments.

Lundi 26 janvier : Réactions antisociales des périodiques.

Lundi 2 février : L'homicide pathologique.

Lundi 9 février : Les limites du vol morbide.

Lundi 16 février : Les limites morbides des attentats aux mœurs.

Lundi 23 février : L'anthropologie criminelle infantile.

Lundi 2 mars : L'anthropologie criminelle militaire et coloniale.

Lundi 9 mars : L'anthropologie criminelle et sciences pénales.

LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE

DES ENFANTS ET DES JEUNES GENS DE HAUTE STATURE [1]

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

II. Comparaison avec les périmètres thoraciques moyens des sujets de même taille.

Comparés avec les périmètres thoraciques moyens des sujets plus âgés de même taille, les périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature sont tantôt *conformes*, tantôt *supérieurs*, tantôt *inférieurs*.

Dans les tableaux suivants sont inscrits : le numéro de l'observation, l'âge, la taille, l'âge correspondant à la taille, le périmètre thoracique, l'écart avec le périmètre thoracique moyen des sujets de même taille quand le périmètre est conforme, l'excès ou la réduction quand il est supérieur ou inférieur.

Les garçons et les filles sont étudiés séparément. Des tableaux différents sont consacrés aux périmètres conformes, aux périmètres supérieurs et aux périmètres inférieurs aux périmètres moyens des sujets de même taille.

Dans chaque catégorie, les observations sont classées suivant que les périmètres sont conformes, supérieurs ou inférieurs aux périmètres moyens des sujets de même âge. (Voir les tableaux précédents.)

GARÇONS

Pour 103 mensurations faites chez les garçons, on trouve :

45 périmètres thoraciques *conformes* aux périmètres moyens des sujets de même taille : 43,6 p. 100;

4 périmètres thoraciques *supérieurs* aux périmètres moyens des sujets de même taille : 3,8 p. 100;

54 périmètres thoraciques *inférieurs* aux périmètres moyens des sujets de même taille : 52,4 p. 100.

1° Périmètres thoraciques conformes au périmètre moyen des sujets plus âgés de même taille.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 28 mensurations.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART avec le périmètre thoracique de la taille
28.2879	1 an 10 mois	86^{cm}	2 ans 8 mois	47^{cm}	— 1^{cm}
28.2884	1 an 11 mois	86^{cm}5	2 ans 8 mois	49^{cm}	+ 1^{cm}
28.2887	1 an 11 mois	97^{cm}	4 ans	47^{cm}	— 4^{cm}
27.2512	3 ans	101^{cm}	4 ans 8 mois	53^{cm}	+ 1^{cm}
25.1897	3 ans 1 mois	96^{cm}5	4 ans	50^{cm}5	0
	4 — 5 —	107^{cm}5	5 ans 11 mois	53^{cm}5	0
	5 — 1 —	113^{cm}	6 ans 10 mois	54^{cm}	— 1^{cm}
20.305*	6 ans 3 mois	122^{cm}5	8 ans 7 mois	55^{cm}	— 3^{cm}
	6 — 7 —	125^{cm}	9 ans	55^{cm}5	— 3^{cm}5
	8 — 1 —	136^{cm}5	11 ans 5 mois	59^{cm}	— 3^{cm}5
	10 — 3 —	145^{cm}	13 ans	61^{cm}5	— 4^{cm}5
	10 — 8 —	147^{cm}	13 ans 4 mois	63^{cm}	— 4^{cm}
	11 — 3 —	149^{cm}5	13 ans 9 mois	64^{cm}5	— 4^{cm}5
27.2340	6 ans 9 mois	123^{cm}5	8 ans 9 mois	58^{cm}	0
21.559*	8 ans 2 mois	132^{cm}	10 ans 3 mois	58^{cm}5	— 3^{cm}
	8 — 6 —	135^{cm}	11 ans	60^{cm}	— 3^{cm}
	10 —	142^{cm}5	12 ans 7 mois	62^{cm}	— 3^{cm}5
23.1078*	8 ans 4 mois	133^{cm}	10 ans 6 mois	60^{cm}	— 2^{cm}
29.3172	8 ans 10 mois	130^{cm}	9 ans 10 mois	62^{cm}5	+ 2^{cm}
D.5299	9 ans 6 mois	140^{cm}	12 ans 2 mois	64^{cm}	— 1^{cm}
21.589	10 ans 6 mois	142^{cm}	12 ans 6 mois	66^{cm}5	+ 1^{cm}
	12 —	150^{cm}5	13 ans 11 mois	67^{cm}	— 2^{cm}5
28.2937	11 ans 4 mois	148^{cm}	13 ans 6 mois	64^{cm}	— 4^{cm}
	12 — 4 —	152^{cm}5	14 ans 3 mois	68^{cm}	— 2^{cm}5
19.133	11 ans 8 mois	148^{cm}	13 ans 6 mois	65^{cm}5	— 2^{cm}5
	13 — 6 —	161^{cm}	15 ans 10 mois	72^{cm}5	— 4^{cm}
19.216*	17 ans 4 mois	171^{cm}	adulte	83^{cm}	— 4^{cm}5
20.308	18 ans 1 mois	174^{cm}	adulte Hyp. st. (2) 1er degré.	85^{cm}5	— 3^{cm}5

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 17 mensurations.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART avec le périmètre thoracique de la taille
27.2533*	6 ans 2 mois	125^{cm}5	9 ans 1 mois	59^{cm}5	0
30.3288	6 ans 10 mois	134^{cm}	10 ans 9 mois	62^{cm}	0
28.2810	9 ans 4 mois	141^{cm}	12 ans 4 mois	66^{cm}5	+ 1^{cm}5

* Ce signe indique que le sujet est cité dans une autre catégorie.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 98, p. 1749.

(2) Hyp. st. = hypertrophie staturale.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART sur le périmètre thoracique de la taille
D.6802........	11 ans	151cm5	14 ans 1 mois	73cm	+ 3cm
27.2519........	11 ans 8 mois	147cm	13 ans 4 mois	69cm5	+ 2cm5
14.57..........	11 ans 10 mois	157cm	15 ans	70cm	— 3cm
	12 — 6 —	161cm	15 ans 10 mois	72cm	— 3cm5
25.1965*.......	12 ans 1 mois	162cm	16 ans	74cm5	— 2cm5
25.1661........	12 ans 8 mois	161cm	15 ans 10 mois	72cm	— 3cm5
22.777*........	12 ans 9 mois	153cm	14 ans 4 mois	70cm5	0
28.2770........	13 ans 3 mois	161cm5	15 ans 11 mois	74cm	— 3cm
29.3233........	13 ans 9 mois	160cm5	15 ans 9 mois	76cm	0
27.2577........	14 ans	162cm	16 ans	77cm5	0
D.4749........	14 ans 6 mois	168cm	adulte	86cm5	0
23.1147........	14 ans 10 mois	178cm5	adulte	90cm	— 1cm
			Hyp. st. 2e degré.		
28.2946........	15 ans	165cm	19 ans	80cm5	— 2cm5
27.2404........	15 ans 8 mois	170cm	adulte	87cm5	0

2° Périmètres thoraciques supérieurs au périmètre moyen des sujets plus âgés de même taille.

Ces sujets appartiennent tous à la catégorie de ceux dont les *périmètres thoraciques sont supérieurs aux périmètres moyens des sujets de même âge.* — 4 mensurations.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	EXCÈS sur le périmètre thoracique de la taille
26.2223........	5 ans 6 mois	120cm	8 ans 2 mois	64cm	7cm
23.1277........	12 ans	145cm	13 ans	72cm5	6cm5
29.3022........	12 ans 7 mois	150cm	13 ans 10 mois	79cm5	10cm
25.1680........	12 ans 7 mois	159cm5	15 ans 6 mois	80cm	5cm

3° Périmètres thoraciques inférieurs au périmètre moyen des sujets plus âgés de même taille.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 43 mensurations.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	RÉDUCTION sur le périmètre thoracique de la taille
27.2533........	8 ans 2 mois	138cm5	11 ans 11 mois	59cm5	5cm
20.305.........	10 ans	144cm5	12 ans 11 mois	61cm	5cm
	12 ans 7 mois	157cm	15 ans	66cm5	6cm5
	12 — 8 —	158cm	15 ans 3 mois	67cm	7cm
	13 — 5 —	166cm	20 ans	71cm	13cm
	14 — 2 —	171cm	adulte	74cm5	13cm
21.559.........	10 ans 7 mois	146cm	13 ans 2 mois	61cm5	5cm
	11 — 7 —	150cm5	13 — 11 —	63cm5	6cm
	12 —	153cm5	14 — 5 —	63cm	8cm
	12 — 1 mois	155cm	14 — 8 —	65cm	7cm
	13 — 2 —	166cm	20 ans	70cm5	14cm5
	13 — 6 —	168cm	adulte	71cm	15cm
	13 — 11 —	170cm	Id.	71cm	16cm
	14 — 3 —	174cm	adulte	74cm5	14cm5
			Hyp. stat. 1er degré.		
	14 — 10 —	175cm	Id.	75cm5	14cm
	15 —	176cm5	Id.	75cm	15cm
	15 — 4 mois	177cm	Id.	75cm5	15cm
	15 — 6 —	179cm	adulte	76cm	15cm5
			Hyp. stat. 2e degré.		
	15 — 9 —	179cm	Id.	77cm	14cm5
	16 — 4 —	180cm	Id.	77cm	15cm
23.1078*.......	10 ans 6 mois	145cm	13 ans	61cm	5cm
29.3021........	12 ans 1 mois	152cm	14 ans 2 mois	61cm5	9cm
29.3112........	12 ans 9 mois	152cm5	14 ans 3 mois	65cm5	5cm
22.777*........	14 ans 6 mois	168cm	adulte	74cm	12cm
	14 — 10 —	170cm	Id.	75cm5	11cm5
	15 — 9 —	175cm	adulte	76cm5	13cm
			Hyp. st. 1er degré.		
	16 — 6 —	178cm	adulte	80cm	11cm
			Hyp. st. 2e degré.		
	17 — 1 —	179cm	Id.	82cm	9cm5
D.6946........	14 ans 11 mois	169cm	adulte	73cm	13cm5
19.213*........	15 ans 1 mois	173cm	adulte	77cm5	11cm
			Hyp. st. 1er degré.		
24.1307........	15 ans 2 mois	174cm5	adulte	69cm	20cm
			Hyp. st. 1er degré.		

No D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	RÉDUCTION sur le périmètre thoracique de la taille
28.2774........	15 ans 3 mois	175^{cm}	adulte	75^{cm}	$14^{cm}5$
			Hyp. st. 1er degré.		
29.932.........	15 ans 6 mois	$171^{cm}5$	adulte	74^{cm}	10^{cm}
	16 — 2 —	175^{cm}	adulte	$77^{cm}5$	12^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		
22.974.........	16 ans 8 mois	183^{cm}	adulte	$80^{cm}5$	13^{cm}
			Hyp. st. 3e degré.		
	17 — 1 —	184^{cm}	Id.	82^{cm}	12^{cm}
25.1715........	16 ans 9 mois	$172^{cm}5$	adulte	78^{cm}	10^{cm}
27.2541........	17 ans 6 mois	$181^{cm}5$	adulte	80^{cm}	$12^{cm}5$
			Hyp. st. 2e degré.		
	17 — 9 —	182^{cm}	Id.	81^{cm}	12^{cm}
	18 — 2 —	182^{cm}	Id.	$80^{cm}5$	$12^{cm}5$
	18 — 6 —	$182^{cm}5$	Id.	83^{cm}	10^{cm}
	20 —	183^{cm}	adulte	85^{cm}	$8^{cm}5$
			Hyp. st. 3e degré.		
19.216.........	18 ans 1 mois	174^{cm}	adulte	82^{cm}	7^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		

b. Le périmètre thoracique est supérieur au périmètre moyen de l'age. — 11 mensurations.

No D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	RÉDUCTION sur le périmètre thoracique de la taille
19.1965*.......	11 ans 7 mois	158^{cm}	15 ans 3 mois	69^{cm}	5^{cm}
22.936.........	12 ans 11 mois	172^{cm}	adulte	73^{cm}	15^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		
	13 — 2 —	174^{cm}	Id.	$74^{cm}5$	15^{cm}
14.57*.........	13 ans 6 mois	$168^{cm}5$	adulte	76^{cm}	10^{cm}
	13 — 9 —	$170^{cm}5$	Id.	76^{cm}	11^{cm}
20.305*........	13 — 7 —	168^{cm}	adulte	73^{cm}	13^{cm}
26.2023........	14 — 2 —	171^{cm}	adulte	$75^{cm}5$	12^{cm}
20.308*........	15 ans 5 mois	174^{cm}	adulte	$82^{cm}5$	$6^{cm}5$
			Hyp. st. 1er degré.		
19.213.........	15 ans 5 mois	175^{cm}	adulte	80^{cm}	$9^{cm}5$
			Hyp. st. 1er degré.		
	15 — 10 mois	177^{cm}	Id.	$81^{cm}5$	9^{cm}
	16 — 10 —	179^{cm}	Id.	84^{cm}	$9^{cm}5$

FILLES

Pour 112 mensurations faites chez des filles, on trouve :

23 périmètres thoraciques *conformes* aux périmètres moyens des sujets de même taille : 20,5 p. 100;

Aucun périmètre thoracique *supérieur* aux périmètres moyens des sujets de même taille;

89 périmètres thoraciques *inférieurs* aux périmètres moyens des sujets de même taille : 79,4 p. 100.

1o Périmètres thoraciques conformes au périmètre moyen des sujets plus âgés de même taille.

a. Le périmètre thoracique est conforme au périmètre moyen de l'age. — 18 mensurations.

No D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	ÉCART avec le périmètre thoracique de la taille
27.2350........	2 ans 10 mois	94^{cm}	4 ans 10 mois	48^{cm}	— $4^{cm}5$
29.3148........	3 ans 9 mois	$106^{cm}5$	6 ans 5 mois	53^{cm}	— $1^{cm}5$
27.2349*.......	4 ans 10 mois	$118^{cm}5$	8 ans 7 mois	54^{cm}	— $3^{cm}5$
29.3144........	5 ans 3 mois	$110^{cm}5$	7 ans 1 mois	$53^{cm}5$	— $1^{cm}5$
29.2971........	7 ans 6 mois	127^{cm}	10 ans 1 mois	$60^{cm}5$	0
	8 — 11 mois	136^{cm}	11 — 2 —	61^{cm}	— 3^{cm}
23.1188........	7 ans 10 mois	$130^{cm}5$	10 ans 6 mois	$59^{cm}5$	— $2^{cm}5$
20.281.........	7 ans 10 mois	12[illegible]^{cm}	9 ans 4 mois	$57^{cm}5$	0
	9 — 10 —	$133^{cm}5$	10 — 9 —	59^{cm}	— $4^{cm}5$
21.680.........	8 ans 3 mois	137^{cm}	11 ans 4 mois	$60^{cm}5$	+ 4^{cm}
	9 — 9 —	145^{cm}	12 — 9 —	$63^{cm}5$	— 3^{cm}
26.2121........	8 ans 7 mois	140^{cm}	11 ans 9 mois	61^{cm}	— $3^{cm}5$
28.2617........	9 ans 7 mois	143^{cm}	12 ans 3 mois	61^{cm}	— $4^{cm}5$
24.1475*.......	9 ans 8 mois	138^{cm}	11 ans 5 mois	$61^{cm}5$	— 3^{cm}
20.266.........	10 ans	133^{cm}	10 ans 9 mois	$59^{cm}5$	— $3^{cm}5$
28.2622........	10 ans 2 mois	$139^{cm}5$	11 ans 8 mois	62^{cm}	— $2^{cm}5$
23.1012*.......	11 ans	143^{cm}	12 ans 3 mois	63^{cm}	— $1^{cm}5$
28.2710........	11 ans 9 mois	147^{cm}	13 ans 3 mois	$64^{cm}5$	— $3^{cm}5$
20.345.........	15 ans 10 mois	159^{cm}	adulte	$78^{cm}5$	— 2^{cm}

b. Le périmètre thoracique est supérieur au périmètre moyen de l'age. — 4 mensurations.

N° d'observation	Age	Taille	Age correspondant à la taille	Périmètre thoracique	Écart avec le périmètre thoracique de la taille
29.2991.........	9 ans 11 mois	147^{cm}	13 ans 3 mois	66^{cm}5	— 1^{cm}5
23.1242*.......	10 ans 1 mois	136^{cm}	11 ans 2 mois	65^{cm}	— 1^{cm}
B.2189.........	13 ans 2 mois	162^{cm}	adulte	81^{cm}5	+ 1^{cm}5
			Hyp. st. 1er degré.		
	15 — 2 —	162^{cm}5	Id.	87^{cm}	+ 4^{cm}

2° Périmètres thoraciques supérieurs au périmètre moyen des sujets plus âgés de même taille.

Aucun des périmètres thoraciques mesurés ne rentre dans cette catégorie.

3° Périmètres thoraciques inférieurs au périmètre moyen des sujets plus âgés de même taille.

a. Le périmètre thoracique est conforme au périmètre moyen des sujets de même age. — 54 mensurations.

N° d'observation	Age	Taille	Age correspondant à la taille	Périmètre thoracique	Réduction sur le périmètre thoracique de la taille
27.2349.........	5 ans 6 mois	124^{cm}5	9 ans 9 mois	54^{cm}5	5^{cm}
	6 — 7 —	132^{cm}	10 — 8 —	55^{cm}5	7^{cm}5
27.2593.........	6 ans 11 mois	123^{cm}5	9 ans 7 mois	53^{cm}	6^{cm}
	7 — 8 —	128^{cm}5	10 — 3 —	53^{cm}	8^{cm}
26.2121*.......	7 ans 10 mois	135^{cm}	11 ans	56^{cm}	8^{cm}
	8 — 1 mois	137^{cm}	11 ans 4 mois	59^{cm}	5^{cm}5
	9 — 2 —	144^{cm}	12 — 6 —	60^{cm}	6^{cm}
	9 — 8 —	147^{cm}	13 — 3 —	61^{cm}5	7^{cm}
29.3152.........	8 ans 7 mois	129^{cm}	10 ans 4 mois	54^{cm}5	6^{cm}5
21.679*........	8 ans 7 mois	129^{cm}	10 ans 4 mois	56^{cm}	5^{cm}
	12 — 7 —	151^{cm}5	14 — 9 —	62^{cm}5	15^{cm}5
20.266.........	9 ans 4 mois	129^{cm}5	10 ans 5 mois	56^{cm}	5^{cm}
	10 — 2 —	135^{cm}	11 ans	59^{cm}	5^{cm}
	10 — 6 —	137^{cm}	11 — 4 —	59^{cm}	5^{cm}5
27.2594.........	9 ans 5 mois	135^{cm}5	11 ans 1 mois	56^{cm}5	7^{cm}5
	9 — 7 —	137^{cm}	11 — 4 —	56^{cm}	8^{cm}5
	10 — 1 —	139^{cm}	11 — 7 —	56^{cm}	8^{cm}5
	10 — 2 —	140^{cm}	11 — 9 —	56^{cm}5	8^{cm}
	10 — 4 —	140^{cm}5	11 — 10 —	57^{cm}	7^{cm}5
	10 — 7 —	142^{cm}	12 ans	60^{cm}	5^{cm}
	11 — 3 —	147^{cm}5	12 — 4 —	61^{cm}5	7^{cm}5
	12 — 8 —	150^{cm}5	14 — 3 —	61^{cm}5	12^{cm}5
29.3120.........	9 ans 6 mois	133^{cm}	10 ans 9 mois	56^{cm}5	7^{cm}
21.558.........	11 ans 2 mois	155^{cm}	18 ans	65^{cm}5	14^{cm}5
28.2621.........	11 ans 10 mois	150^{cm}5	14 ans 3 mois	67^{cm}	7^{cm}
25.1720.........	12 ans	153^{cm}	16 ans	63^{cm}	15^{cm}5
24.1416.........	12 ans	150^{cm}5	14 ans 3 mois	62^{cm}5	11^{cm}5
	12 — 2 —	152^{cm}	15 ans	62^{cm}	12^{cm}
	12 — 5 —	154^{cm}	17 ans	64^{cm}5	14^{cm}5
	13 —	157^{cm}	adulte	66^{cm}5	14^{cm}
24.1311.........	12 ans 6 mois	158^{cm}5	adulte	67^{cm}	14^{cm}
	12 — 11 —	160^{cm}5	adulte	70^{cm}5	12^{cm}
	13 — 6 —	163^{cm}	adulte	72^{cm}5	11^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		
29.3218.........	12 ans 7 mois	152^{cm}5	15 ans 6 mois	67^{cm}5	11^{cm}
28.2880.........	12 ans 8 mois	167^{cm}	adulte	70^{cm}5	15^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		
	13 — 6 —	169^{cm}5	Hyp. st. 2e degré.	71^{cm}5	15^{cm}
29.3030.........	12 ans 9 mois	161^{cm}	adulte	67^{cm}5	15^{cm}
25.1936.........	12 ans 10 mois	154^{cm}	17 ans	70^{cm}5	9^{cm}5
	13 — 4 —	155^{cm}5	19 ans 6 mois	70^{cm}5	9^{cm}
29.3108.........	13 ans	155^{cm}	19 ans	69^{cm}5	10^{cm}
	13 — 9 mois	160^{cm}	adulte	73^{cm}	9^{cm}
24.1480*.......	13 ans 1 mois	153^{cm}5	16 ans 6 mois	69^{cm}5	8^{cm}
B.2464.........	13 ans 4 mois	156^{cm}	20 ans	72^{cm}5	7^{cm}5
20.345*........	13 ans 6 mois	157^{cm}	adulte	73^{cm}5	7^{cm}
	14 — 4 —	158^{cm}5	adulte	75^{cm}5	6^{cm}5
	15 — 3 —	159^{cm}	adulte	75^{cm}5	6^{cm}
22.762.........	13 ans 9 mois	162^{cm}5	adulte	72^{cm}	13^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		
B.3021.........	13 ans 10 mois	161^{cm}	adulte	73^{cm}5	9^{cm}
28.2809.........	14 ans 3 mois	163^{cm}	adulte	74^{cm}5	9^{cm}
			Hyp. st. 1er degré.		

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	RÉDUCTION sur le périmètre thoracique de la taille
B.2966.........	14 ans 4 mois	157cm	adulte	71cm	9cm5
	14 — 7 —	158cm	adulte	71cm5	9cm5
24.1475........	14 ans 9 mois	166cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	74cm5	10cm5
21.694........	15 ans 3 mois	167cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	73cm5	12cm
29.3114........	16 ans 8 mois	163cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	76cm	7cm5

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DES SUJETS DE MÊME AGE. — 3 mensurations.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	RÉDUCTION sur le périmètre thoracique de la taille
28.2870........	12 ans 2 mois	158cm	adulte	74cm	7cm
20.345*........	12 ans 10 mois	156cm5	20 ans	73cm5	6cm5
	13 — 3 —	157cm	adulte	74cm	6cm5

c. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST INFÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DES SUJETS DE MÊME TAILLE. — 32 mensurations.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	RÉDUCTION sur le périmètre thoracique de la taille
27.2594*.......	9 ans 1 mois	134cm	10 ans 11 mois	53cm	10cm5
25.1836........	9 ans 8 mois	134cm5	10 ans 11 mois	53cm	10cm5
29.3161........	11 ans 6 mois	144cm5	12 ans 7 mois	59cm5	7cm
20.137.........	12 ans 10 mois	152cm5	15 ans 6 mois	57cm5	21cm
	13 ans	152cm5	15 — 6 mois	60cm	18cm5
	14 ans	156cm	20 ans	63cm	17cm
	14 ans 10 mois	160cm	adulte	62cm5	19cm5
	15 — 7 —	161cm	adulte	63cm5	19cm
	15 — 11 —	161cm	adulte	63cm5	19cm
	16 — 7 —	161cm5	adulte	68cm	14cm5
30.3285........	14 ans 4 mois	162cm5	adulte Hyp. st. 1er degré.	68cm	15cm
B.2910........	14 ans 10 mois	159cm	adulte	72cm	9cm5
23.1012*.......	14 ans 10 mois	167cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	68cm	17cm5
	15 ans	167cm	Id.	70cm	15cm5
20.301.........	14 ans 11 mois	168cm	adulte Hyp. st. 2e degré.	67cm	19cm
	15 — 7 —	168cm5	Id.	70cm5	16cm5
21.679*.......	15 ans 1 mois	166cm5	adulte Hyp. st. 1er degré.	72cm5	12cm5
23.1242*.......	15 ans 2 mois	159cm5	adulte	72cm	8cm5
30.3267........	15 ans 6 mois	162cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	68cm	15cm
	15 — 7 —	162cm5	Id.	70cm	13cm
20.346.........	15 ans 7 mois	161cm	adulte	71cm	11cm5
28.2781........	15 ans 7 mois	162cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	64cm5	18cm5
28.2738........	15 ans 9 mois	166cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	69cm5	15cm5
	16 — 2 —	166cm	Id.	72cm	13cm
	16 — 5 —	166cm5	Id.	72cm	13cm
	16 — 9 —	166cm5	Id.	72cm	13cm
	17 — 4 —	167cm	Id.	72cm	13cm5
24.1480*.......	15 ans 10 mois	161cm5	adulte	70cm5	12cm
	16 — 1 —	161cm5	Id.	72cm5	10cm
25.1924........	16 ans 10 mois	168cm5	adulte Hyp. st. 2e degré.	71cm	15cm
25.1943........	17 ans	162cm	adulte Hyp. st. 1er degré.	69cm	14cm
24.1603........	17 ans 6 mois	178cm	adulte Hyp. st. 4e degré.	74cm	17cm

Si on compare les périmètres thoraciques des enfants de haute stature, non plus, comme dans le chapitre précédent, aux périmètres moyens des sujets de même âge, mais aux périmètres moyens des sujets plus âgés de même taille, on fait des constatations importantes.

1° Les périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature peuvent être *conformes aux périmètres moyens des sujets plus âgés dont ils ont les tailles*. Il en est ainsi plus souvent chez les *garçons* (43,6 p. 100) que chez les *filles* (20,5 p. 100).

Par ailleurs, les périmètres thoraciques de ces sujets sont :

Chez les *garçons* :

62,2 fois sur 100 conformes aux périmètres moyens de l'âge.
37,7 — supérieurs — —

Chez les *filles* :

82,6 — conformes — —
17,3 — supérieurs — —

Par exemple :

Un garçon de 8 ans 4 mois (23.1078), qui a une taille de 10 ans 6 mois, a un périmètre conforme au périmètre moyen de son âge (+ 2cm5) et de sa taille (— 2cm).

Un garçon de 18 ans 1 mois (20.308), qui a une taille d'adulte présentant une hypertrophie staturale du 1er degré, a un périmètre moyen pour son âge (+ 3cm5) et pour sa taille (— 3cm5).

Une fille de 5 ans 3 mois (29.3144), qui a une taille de 7 ans 1 mois, présente un périmètre moyen pour son âge (écart = 0) et pour sa taille (— 1cm5).

Une fille de 11 ans (23.1012), qui a une taille de 12 ans 3 mois, a un périmètre moyen pour son âge (— 1cm) et pour sa taille (— 1cm5).

Un garçon de 6 ans 10 mois (30.3288), qui a une taille de 10 ans 9 mois, présente un périmètre supérieur à la moyenne de son âge (+ 7cm) et moyen pour sa taille (écart = 0).

Un garçon de 14 ans 10 mois (23.1147), qui a la taille d'un adulte présentant de l'hypertrophie staturale du 2e degré, a un périmètre supérieur au périmètre moyen de son âge (+17cm5), moyen pour sa taille (— 1cm).

Une fille de 9 ans 11 mois (29.2991), qui a une taille de 13 ans 3 mois, présente un périmètre supérieur à la moyenne de son âge (+6cm5), moyen pour sa taille (— 1cm5).

Une fille de 13 ans 2 mois (B.2189), qui a une taille d'adulte présentant une hypertrophie staturale du 2e degré, a un périmètre supérieur à la moyenne de son âge (+ 13cm), moyen pour sa taille (— 1cm5).

2° Les périmètres thoraciques sont *rarement supérieurs aux périmètres moyens des sujets plus âgés de même taille*. Le fait a été rencontré *uniquement chez les garçons* et seulement dans 3,8 p. 100 des mensurations.

L'excès varie de 5cm à 10cm. Un excès de 10cm existe chez un seul garçon (29.3022) de 12 ans 7 mois, ayant une hypertrophie staturale de 7cm5, une taille de 13 ans 10 mois.

Tous ces sujets ont des *périmètres thoraciques supérieurs aux périmètres moyens des sujets de même âge*.

Le garçon qui vient d'être cité (29.3022) a un périmètre supérieur de 14cm à la moyenne de son âge.

3° Les périmètres thoraciques sont le *plus souvent inférieurs aux périmètres moyens des sujets plus âgés de même taille*.

Cette modalité est plus fréquente *chez les filles* (79,4 p. 100 des mensurations) que *chez les garçons* (52,4 p. 100).

La réduction est comprise entre 5cm et 15cm5 chez les filles, 20cm chez les garçons.

Chez les *filles*, des réductions de 15cm ou 15cm5 ont été rencontrées trois fois.

Une fille (21.679) de 12 ans 7 mois a une taille de 14 ans 9 mois, un périmètre moyen pour son âge (— 3cm5), et inférieur de 15cm5 au périmètre moyen pour sa taille.

Une fille (28.2880) présente, à 12 ans 8 mois et 13 ans 6 mois, des tailles d'adultes ayant des hypertrophies staturales du 1er et du 2e degré. Son périmètre thoracique est moyen pour ces âges (+ 4cm et + 2cm); il est inférieur de 15cm aux moyennes des sujets de sa taille.

Chez les *garçons*, la réduction de 20cm a été rencontrée une fois. Ce garçon (24.1307) de 15 ans 2 mois a une taille d'adulte présentant une hypertrophie staturale du 1er degré; son périmètre thoracique est conforme à la moyenne de son âge (— 4cm5).

Pour les sujets de cette catégorie, les *périmètres thoraciques comparés aux périmètres moyens des sujets de même âge* sont, pour 100 mensurations :

Chez les garçons :	79,6	fois conformes;
	20,3	— supérieurs;
Chez les filles :	60,6	fois conformes;
	3,3	— supérieurs;
	35,9	— inférieurs.

Aux diverses périodes de l'enfance et de la jeunesse, les périmètres thoraciques conformes, supérieurs ou inférieurs aux périmètres moyens des sujets plus âgés de même taille, se rencontrent dans les proportions suivantes, pour 100 périmètres d'un même âge.

GARÇONS

Ages.	PÉRIMÈTRES THORACIQUES moyens.	supérieurs.	inférieurs.
De 1 à 4 ans.	100	0	0
— 5 à 9 —	86,6	6,6	6,6
— 10 à 14 —	42,3	5,7	51,9
— 15 à 18 —	13,3	0	86,6

FILLES

Ages.	PÉRIMÈTRES THORACIQUES moyens.	supérieurs.	inférieurs.
De 1 à 4 ans.	100	0	0
— 5 à 9 —	42,8	0	57,1
— 10 à 14 —	10,9	0	89,0
— 15 —	7,6	0	92,3

Chez les *garçons*, tous les périmètres sont moyens pour la taille jusqu'à 4 ans. Ensuite la proportion des périmètres moyens diminue à mesure que les sujets avancent en âge; au contraire, la proportion des périmères inférieurs aux périmètres moyens pour la taille augmente et atteint son maximum après 15 ans. De 5 à 14 ans, quelques périmètres seulement sont supérieurs aux périmètres moyens pour la taille.

Les périmètres des *filles* se comportent, d'une façon générale, de la même façon. Mais de 4 à 14 ans, les périmètres inférieurs sont beaucoup plus fréquents chez elles que chez les garçons, et on n'a pas rencontré de périmètres supérieurs aux périmètres moyens des sujets de même taille.

*
* *

La comparaison des périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature avec les périmètres moyens des sujets de même âge, d'une part, des sujets plus âgés de même taille, d'autre part, fournit des données importantes sur leur morphologie.

1° Le plus souvent (68,9 fois sur 100, pour les garçons; 65,1 fois sur 100 pour les filles), *les périmètres sont conformes aux périmètres moyens des sujets de même âge.* Mais, *comparés avec les périmètres moyens des sujets de même taille*, ces périmètres moyens pour la taille sont le *plus rarement* (39,4 p. 100 chez les garçons, 26 p. 100 chez les filles), *conformes*, le *plus souvent* (60,5 p. 100 chez les garçons, 74 p. 100 chez les filles), *inférieurs.*

2° Assez souvent chez les garçons (31 fois sur 100), rarement chez les filles (6,2 fois sur 100), les *périmètres sont supérieurs aux périmètres moyens des sujets de même âge.*

Comparés aux périmètres moyens des sujets de même taille, ces périmètres supérieurs sont :

Chez les garçons :

Conformes..........	53,1	fois sur 100
Supérieurs..........	12,5	—
Inférieurs..........	34,3	—

Chez les filles :

Conformes..........	57,1	fois sur 100
Supérieurs..........	0	—
Inférieurs..........	42,8	—

3° Assez souvent chez les filles (28 fois sur 100) les *périmètres thoraciques sont inférieurs aux périmètres moyens des sujets de même âge.* Nous n'avons pas rencontré cette modalité chez les garçons.

Ces périmètres sont également *inférieurs aux périmètres moyens des sujets de même taille* et la réduction sur la moyenne est, en général, plus forte.

4° Les faits précédents sont dans une certaine mesure, *sous la dépendance de l'âge.*

De 1 à 4 ans, les périmètres sont tous conformes aux périmètres moyens des sujets de même âge, d'une part, des sujets de même taille, d'autre part, aussi bien chez les garçons que chez les filles.

A partir de 5 ans, chez les garçons, les périmètres sont le plus souvent conformes, assez souvent supérieurs, jamais inférieurs aux périmètres moyens des sujets de leur âge. Par contre, comparés aux périmètres moyens des sujets de même taille, ils sont, de 5 à 9 ans, le plus souvent conformes, à partir de 10 ans, le plus souvent inférieurs, rarement supérieurs.

Chez les filles de 5 à 14 ans les périmètres sont le plus souvent conformes aux périmètres moyens de l'âge; assez souvent ils leur sont inférieurs; rarement ils leur sont supérieurs. De 15 à 17 ans, ils sont le plus souvent (80,7 p. 100) inférieurs, quelquefois conformes, très rarement supérieurs.

Comparés aux périmètres moyens des sujets de même taille, les périmètres sont, à partir de 5 ans et surtout de 10 ans, le plus souvent inférieurs, rarement conformes, jamais supérieurs.

Ces constatations précisent des faits d'observation courante sur les différences que présentent les périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature, sur la fréquence avec laquelle ils ont des périmètres thoraciques trop étroits pour leurs âges et surtout pour leurs tailles; sur la fréquence des thorax trop étroits plus grande chez les filles que chez les garçons, fréquence surtout grande, quand on fait la comparaison avec les périmètres moyens par la taille, chez les garçons à partir de 15 ans, chez les filles à partir de 10 ans.

Dans un prochain mémoire nous étudierons, en suivant la même méthode, le rapport du périmètre thoracique à la taille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1930)

Affaiblissement du pouvoir tampon capillaire du sérum cancéreux. — M. W. Kopaczewski.

Des injections d'autolysats cancéreux dans le traitement des cancers. — M. Joseph Thomas.

Recherches relatives à l'action de certains amino-acides sur les points isoélectriques du sérum humain. — MM. F. Vlès et A. de Coulon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1930)

Déclaration de vacance. — M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles). Cette place était occupée par M. Gley, décédé il y a un mois.

Présentation. — M. Balthazard dépose sur le bureau de l'Académie une médaille de bronze frappée à l'effigie de Carol Davila dont la Roumanie fêtait récemment le centenaire.

Rapport. — En l'absence de MM. Babinski et de Fleury, M. Claude lit un rapport au nom d'une Commission composée de MM. Souques et Guillain sur un vœu émis par le Conseil général de la Meuse. Il est d'avis que les pratiques d'hypnotisme en public ne peuvent avoir qu'une influence mauvaise. Elles suscitent des curiosités pour le moins inopportunes, en exaltant la sensibilité et l'émotivité de certains sujets et favorisent chez ceux-ci le développement des névroses et des psycho-névroses. Elles accréditent également auprès de bien des gens l'idée que l'hypnotisme permet d'agir sur la volonté et le comportement de certaines personnes, ce qui est contraire à la vérité.

L'Académie exprime donc également le vœu que les pratiques d'hypnotisme soient interdites dans tous les départements d'une façon définitive.

Réflexions sur les toxicomanes. — On a dit longtemps : ne devient pas toxicomane qui veut. Serrant le problème étiologique de plus près, M. Maurice Le Fleury envisage chez les toxicomanes deux courants de sens différent. Selon lui, les déprimés constitutionnels, les mélancoliques recherchent l'euphorie dans l'excitation que procure l'alcool ou la

cocaïne; tandis que les anxieux s'adressent à l'opium ou à ses dérivés, dont les psychiatres usent eux-mêmes comme du plus puissant calmant de l'hyperémotivité.

L'auteur espère que cette connaissance moins superficielle de la cause pourra conduire à une hygiène préventive, à une thérapeutique et peut-être à une législation plus rationnelles et moins inefficaces.

Action des sels halogénés de magnésium sur le pH urinaire. — MM. Delbet et Framcevic.

Le substratum anatomo-pathologique et bactériologique du « rhumatisme tuberculeux ». — MM. F. Bezançon, Mathieu-Pierre Weil, J. Delarue, V. Oumansky et Mlle Pau ont pu faire l'étude complète d'une polyarthrite survenue chez une jeune femme atteinte par ailleurs de lésions discrètes à longue évolution de tuberculose pleuro-pulmonaire hémoptoïque. Les manifestations articulaires remontaient à quatre ans, avaient évolué sous forme de poussées inflammatoires aiguës d'allure rhumatismale qui peu à peu s'étaient fixées au coude et au genou gauche. Mais à ce moment encore les articulations bien que partiellement ankylosées, étaient le siège de poussées fluxionnaires avec fièvre, douleurs, vives tuméfactions tandis que les phénomènes douloureux frappaient simultanément les autres jointures. La présence de bacilles dans l'expectoration ne put être directement constatée qu'à la veille de la mort après dix-sept examens négatifs. Mais l'inoculation au cobaye du sang de la malade, prélevé en période d'apyrexie, détermina une tuberculose exclusivement ganglionnaire. L'injection du produit de broyage de la synoviale prélevée après la mort tuberculisa également les cobayes, mais selon le type Villemin.

L'examen anatomique des articulations montre des lésions banales d'ankylose fibreuse partielle; celle des divers organes a révélé des lésions de tuberculose discrète, mais diffuse : sclérose pulmonaire apicale et nodules calcifiés ou fibreux au voisinage des hiles, péricardite adhésive, périhépatite, périsplénite.

L'examen histologique de tous les organes montre l'absence à peu près complète, en dehors des poumons, de formations folliculaires épithélio-giganticellulaires, caséeuses ou non. La lésion type est réalisée par des nodules inflammatoires polymorphes, périvasculaires (lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires intacts, neutrophiles ou éosinophiles, histiocytes) : on retrouve ceux-ci sur les coupes de synoviale articulaire, de péricarde, de foie, de rate, et sur les coupes des lobes inférieurs des poumons. La constatation de bacilles acido-résistants dans ces nodules (synoviale et péricarde) vint donner la preuve de la nature tuberculeuse des lésions.

Les auteurs insistent sur le type clinique réalisé par cette remarquable observation, qui constitue bien le « Rhumatisme tuberculeux » décrit si souvent par Poncet en particulier dans la *Gazette des hôpitaux*. Si l'étude bactériologique et histologique vient pour la première fois démontrer rigoureusement le bien-fondé des conceptions de l'école lyonnaise, elle montre par ailleurs que des lésions tuberculeuses aussi dépourvues des caractères histologiques considérés classiquement comme spécifiques, sont cependant réalisées par des bacilles acido-résistants morphologiquement et expérimentalement typiques.

La phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. Léon Bernard et Poix apportent les résultats de 60 observations personnelles. Ils insistent sur la nécessité d'une exérèse large du nerf, qui n'enlève rien à la simplicité de l'opération, laquelle peut sans inconvénient être pratiquée sans hospitalisation. Ils séparent leurs cas suivant que l'intervention a été faite à titre autonome ou associés à d'autres méthodes. Les phrénicectomies autonomes sont à envisager lorsque le pneumothorax est impossible; les facteurs du succès sont la tendance à la sclérose rétractile des lésions, le peu d'étendue de celles-ci, enfin leur faible potentiel évolutif; c'est l'existence de ces conditions qui pose l'indication. Aussi est-ce surtout dans les cavernes solitaires, tuberculoses locales du poumon, qu'on enregistre les plus beaux succès; le siège de la caverne, apical, juxta-hilaire ou basilaire, importe moins que la circonscription de la lésion.

Les résultats sont encore favorables dans les formes ulcéro-fibreuses, à condition que les lésions ne soient pas diffuses, qu'elles soient unilatérales, et peu évolutives; dans cette catégorie, comme dans la précédente, les auteurs ont parfois obtenu des guérisons cliniques.

Au contraire, dans les formes ulcéro-caséeuses, on peut observer des améliorations partielles et passagères, mais aucun résultat durable.

La phrénicectomie est encore indiquée au cours du pneumothorax artificiel, lorsque l'efficacité de celui-ci est empêchée par des adhérences de la base, entravant le collapsus du poumon; ou bien, consécutivement à un pneumothorax prématurément arrêté par suite d'une symphyse spontanée.

Enfin, les auteurs tiennent pour recommandable de faire précéder la thoracoplastie par la phrénicectomie.

Contribution à l'étude des causes de l'insuffisance du sérum antidiphtérique. — M. Lignières.

Les traitements chimiques des farines en meunerie. — M. André Kling, qui, dans une précédente séance, avait exposé la question des poudres améliorantes utilisées pour le traitement des farines, en boulangerie et en meunerie, a abordé aujourd'hui celle des traitements dits « aux gaz » que l'on fait subir à ces farines au moment de leur fabrication. Ces traitements, à base de vapeurs nitreuses ou chlorées, exercent une action efficace sur les propriétés boulangères des farines et permettent de réduire dans une proportion notable les quantités de blés exotiques à mélanger aux blés du pays. Cette réduction pouvant correspondre à des économies d'importation de l'ordre du milliard ou du milliard et demi, la question mérite d'être étudiée avec un soin tout particulier et il y a lieu de mettre en balance ces intérêts d'ordre national et les nconvénients que pourraient présenter les traitement améliorants en meunerie.

C'est cette mise en balance à laquelle s'est livré M. André Kling, qui conclut en disant que le dernier mot doit être dit à ce sujet par l'Académie de médecine, puisque la seule question qui se pose est la suivante : Ces traitements peuvent-ils, ou non, présenter des inconvénients pour le consommateur? M. A. Kling croit néanmoins que, sous la réserve d'une réglementation et d'un contrôle judicieux, certains de ces traitements pourraient être autorisés provisoirement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 15 novembre 1930)

Façon dont se comporte le lait de vache irradié envers la présure et les ferments lactiques. — MM. E. Lesné et Didier Hesse. L'irradiation du lait de vache pratiquée dans des temps analogues à ceux utilisés dans le commerce pour activer le lait, ne développe aucun pouvoir favorisant ou empêchant envers la présure ou les ferments lactiques.

Sur la teneur en fer du lait de femme et de certains mammifères (ânesse, chèvre et vache). — MM. E. Lesné, Robert Clément et P. Zizine. Les chiffres du fer contenu dans le lait sont assez variables suivant les auteurs, ce qui tient probablement à la pauvreté en fer du lait et au fait que les écarts possibles avec toute technique sont, en cas de microdosage, multipliés par 100 ou par 1.000.

Pour éviter cette cause d'erreur, les auteurs ont pratiqué de nouveaux dosages portant chacun sur 500 centimètres cubes de lait avec la méthode de l'alloxanthine, qui a fait ses preuves pour le dosage du fer dans le sang et les organes.

Les chiffres obtenus avec cette technique donnent une teneur en fer voisine de 1 milligramme par litre de lait. Le taux du fer dépasse rarement ce chiffre, le plus souvent il lui est inférieur. Il est analogue pour le lait de femme, le lait de vache, d'ânesse et de chèvre; on ne peut donc incriminer la carence relative en fer comme cause de l'anémie observée fréquemment chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel, particulièrement avec le lait de chèvre.

Syphilis inapparente de la souris. — M. LI YUAN PO. L'infection syphilitique inoculée par inoculation intratesticulaire du virus Truffi ne détermine aucun trouble apparent chez cette espèce animale. Cette infection, si particulière, semble due à un changement morphologique précoce du virus, les formes végétatives étant seules capables de déclencher des lésions pathologiques. L'inoculation intratesticulaire des tréponèmes constitue une méthode pratique pour entretenir le virus syphilitique chez les muridés, car l'organe inoculé reste très longtemps virulent pour le lapin.

Recherches expérimentales sur l'action cholérétique du chloral et de ses dérivés. — MM. E. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et R. WAITZ soulignent l'action cholérétique très remarquable du chloralose en injections intraveineuses. Ils la rapportent entièrement au chloral, et, en particulier, au groupement trichloré puisqu'on la retrouve lorsqu'on fait appel à l'acide trichloracétique, à un alcool trichloré, la chlorétone, l'alcool tribromé. L'aldéhyde non chloré ne modifie en rien la cholérèse, pas plus que l'alcool ordinaire. Le groupement $C\,Cl^3$ ou $C\,Br^3$ est donc favorable à la cholérèse au même titre que le carboxyle ou le groupement phénol.

L'action cholérétique des acides biliaires est-elle subordonnée à leurs fonctions alcool? — MM. E. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et R. WAITZ. Les acides gluconique et phénylglycolique ne modifient en rien la sécrétion de la bile; on peut en dire autant des acides quinique et cyclohexane-oxycarbonique; seuls, dans ces expériences, l'acide nopinique et l'hélénine en combinaison sodique se révèlent comme des agents cholérétiques. Ce sont précisément deux corps pourvus d'un double noyau; on retrouve dans la formule de l'hélénine le double noyau naphtalénique, si actif lorsqu'on a recours au naphtoate et à l'oxynaphtoate de sodium. L'existence de fonctions alcool dans une molécule acide n'est pas une condition suffisante de la cholérèse; il semble qu'entre tous les facteurs capables de modifier la sécrétion de la bile le nombre des noyaux intervienne surtout.

Les formes atypiques et la forme granuleuse du tréponème pâle. — M. A. SÉZARY rappelle qu'en 1907 et en 1910 il a minutieusement décrit les formes atypiques du tréponème et en particulier toutes les formes de transition entre l'aspect spiralé et le granule contracté qu'on a considéré comme un ultravirus. Pour lui, la forme granuleuse du tréponème ressortit à un des trois processus suivants : fragmentation du spirille, formation sur le filament spiralé de nodules qui peuvent s'extérioriser du corps du parasite, enroulement et contraction du spirille avec un granule de dimensions progressivement réduites. Cette dernière forme est celle qui s'observe dans les lésions gommeuses où il est très rare de découvrir la forme spiralée typique.

Complexes savonneux de matières colorantes organiques. Complexes d'acridine. — M. Maurice RENAUD. La plupart des matières colorantes organiques peuvent se lier aux savons pour former des complexes analogues à ceux que forment ces savons avec diverses substances colloïdales, avec les alcaloïdes et avec les sels métalliques.

Possédant les mêmes propriétés physiques et par conséquent diffusant dans l'organisme et se fixant sur les tissus de la même manière, leur nocivité pour l'organisme est beaucoup moindre que celle de la matière colorante en solution simple.

Certains d'entre eux restent cependant doués d'un pouvoir bactéricide particulièrement énergique. Le complexe d'acridine, par exemple, exerce encore une action empêchante ou destructive sur la plupart des germes dans des dilutions qui dépassent le millionième.

Injecté dans l'organisme, ce complexe d'acridine ne se fixe guère sur les tissus et n'est que lentement éliminé. Son action est douce et prolongée. C'est là ce qui fait justement la valeur de tous les complexes savonneux, et conditionne leur activité thérapeutique.

Les résultats obtenus dans les infections expérimentales et dans le traitement des maladies infectieuses chez l'homme donnent la preuve de la remarquable efficacité du complexe savonneux d'acridine comme agent d'antisepsie profonde.

Recherches sur l'excitabilité des nerfs inhibiteurs cardiaques chez les sélaciens. — MM. D.-T. BARRY, A. et B. CHAUCHARD ont mesuré l'excitabilité du pneumogastrique inhibiteur cardiaque chez la roussette ; l'animal étant soumis à la respiration artificielle et les contractions cardiaques enregistrées. La chronaxie de ces fibres nerveuses est de deux dix-millièmes de seconde, leur temps de sommation d'une seconde, leur courbe de sommation en fonction des intervalles, redressée. Les variations de la température du nerf entraînent des modifications de la chronaxie qui suivent sensiblement la loi de Van't Hoff.

Election. — M. Maignon est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 17 novembre 1930) :

Sur l'étude oscillographique des courants de haute fréquence redressés et capables de produire des phénomènes d'excitation. — MM. J. CLUZET et P. PONTHUS (de Lyon) montrent que les courants de haute fréquence redressés au moyen de valves thermo-ioniques sont formés d'ondes de haute fréquence distinctes les unes des autres sur toute leur hauteur, quand le circuit d'utilisation est ouvert ou très résistant; mais ces ondes redressées s'élargissent et s'unissent les unes aux autres d'autant plus près de leur sommet que la résistance du circuit d'utilisation diminue. Quand les ondes de haute fréquence s'unissent à leur sommet même, on n'a plus qu'une onde à chaque période du courant alternatif du secteur, alimentant le poste générateur. Aussi, les phénomènes d'excitation observés après le redressement des courants diathermiques produits par les postes à lampe peuvent être dus, suivant la valeur de la tension entre les électrodes, soit à des ondes unidirectionnelles de haute fréquence, soit à des ondes unidirectionnelles ayant seulement la fréquence du courant alternatif du secteur.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1930)

Sur deux procédes de cure de la hernie inguinale. — M. Raymond BONNEAU fait un rapport sur deux mémoires adressés par M. Bossy (de Liége) et M. Lembo (de Naples) et décrivant chacun une technique de cure radicale de la hernie.

Sur les antiseptiques chlorés. — M. LÉO rappelle l'état actuel de la question du mode d'action des antiseptiques chlorés tels que les hypochlorites de soude de Dakin, la chloramine de Daufresne simple, ou additionnée de borate ou de chlorure de sodium. L'auteur constate la pénurie des documents d'après guerre sur ce sujet.

Le traitement du pied bot du nourrisson. — M. Judet commence les manœuvres modelantes dès le second mois de la vie. Il fait le redressement par étapes (1-2-3) suivant les cas et il fixe par un plâtre le résultat obtenu : cet appareil prend appui sur le genou, et a une puissance contentive très grande.

M. Trèves commence le traitement dès que l'enfant a repris son poids de naissance et préfère les bandelettes d'adhésif à l'oxyde de zinc qui agissent par la manière dont elles sont placées sur les trois déformations du pied.

M. R. Massart emploie aussi les bandelettes adhésives à la manière de Ducroquet, avec point d'appui sur le genou fléchi. Quand la réduction est bonne, vers le cinquième mois en général, il fixe dans un plâtre la correction obtenue.

A propos des fractures ouvertes. — M. Petit de la Villeon n'est pas partisan de l'ostéosynthèse pour traiter les fractures. Il réalise les deux indications principales : immobilisation par les appareils à suspension du type américain et désinfection par la méthode antiseptique de Carrel.

Fracture complète isolée de la tête radiale. — M. Lanos présente une malade à laquelle il a enlevé par une incision externe un fragment basculé en avant de la tête radiale. Il a pu redonner à l'articulation du coude l'intégrité de ses mouvements.

Maladie de Schlatter. — M. Peugniez a observé un cas d'apophysite tibiale chez une enfant de douze ans, élève d'une école de danse. Il compare ces accidents à l'épicondylite des escrimeurs. La malade a guéri par le repos et la révulsion locale.

Cancer de l'épiploon. — M. Bonnet a observé le développement d'un cancer de l'épiploon chez une femme opérée deux ans auparavant d'hystérectomie pour annexite bilatérale suppurée avec un corps utérin volumineux mais d'apparence banale. D'après l'examen histologique il semble probable que la lésion intestinale ait pour origine le corps utérin. La lésion est curieuse par suite de la lente évolution de cet envahissement secondaire sans ascite hémorragique.

Stase duodénale. — M. Lanos apporte l'observation d'une malade qu'il a suivie pendant plusieurs années et chez laquelle il a vu évoluer une stase duodénale. Cette malade avait subi en 1910 une gastro-entérostomie, puis, en 1924, une duodéno-jéjunostomie transmésocolique. La stase duodénale persistant, l'auteur fit en juin 1930 une gastrectomie supprimant la bouche de gastro-entérostomie, aboucha l'anse efférente dans l'estomac et fit entre cette anse et la troisième portion du duodénum une nouvelle duodéno-jéjunostomie. La malade, améliorée, a repris du poids.

Arrachement osseux intra-articulaire du genou. — M. R. Massart présente l'observation et les radiographies d'une jeune fille qui, en courant, vint heurter son genou contre un banc et se fit une entorse avec hémarthrose. Depuis quatre mois le genou n'était pas amélioré dans ses mouvements en dépit de massages et de mécanothérapie. Une radiographie montra à l'auteur un arrachement osseux tibial externe qui était resté méconnu faute d'examen aux rayons X. Une arthrotomie externe permit d'enlever cette cale osseuse et de rendre au genou sa mobilité. Actuellement, la récupération fonctionnelle est totale. L'auteur insiste sur la nécessité de connaître par la radiographie l'importance des dégâts de l'entorse avant de masser et de mobiliser et sur l'importance d'une réfection articulaire minutieuse au cours de l'acte opératoire.

Kyste de l'organe de Rosenmüller. — M. MULLER (de Belfort) présente l'observation d'une malade opérée d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, développé, comme l'examen histologique l'a montré, aux dépens d'un vestige de l'organe de Rosenmüller.

Volvulus grêle total. Détorsion. Guérison. — MM. VICTOR PAUCHET et LEGAC ont vu survenir un volvulus chez un malade opéré antérieurement de colectomie. Ce volvulus n'a aucun rapport avec l'opération faite : il a été déterminé par une bride épiploïque. Les auteurs ont eu recours à la rachianesthésie, ont détordu l'intestin, ponctionné et aspiré les contenus liquides du grêle, le point déclive de l'intestin étant amené loin sur la table pour ne pas infecter la masse intestinale.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIENS. SOCIÉTÉ EN COMMANDITE

COMMANDITAIRES NON PHARMACIENS — NULLITÉ.

Une Société en nom collectif se forma, à l'origine, entre trois personnes pourvues du diplôme de pharmaciens; elle avait pour objet la fabrication, le lancement et la vente de spécialités pharmaceutiques. A la suite de décès et d'actes modificatifs, elle devint une Société en commandite entre deux pharmaciens seuls associés gérants responsables et diverses personnes non diplômées commanditaires.

La question s'est posée de savoir si cette société en commandite n'était pas nulle, comme contrevenant aux dispositions de la loi de 21 germinal an XI. La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 23 juillet 1930 (Dall. hebd. 1930-497) a répondu affirmativement : une telle société est nulle.

« Considérant, dit la Cour, que la réglementation restrictive de la liberté du commerce et de l'industrie qui résulte de la déclaration du 25 avril 1777 et de la loi du 21 germinal an XI interdit la fabrication et la vente des préparations médicinales à toutes personnes qui ne justifient pas par la possession d'un diplôme qu'elles ont acquis les connaissances techniques nécessaires; que, contrairement à l'opinion des premiers juges, cette réglementation ne distingue pas entre la vente de ces produits en gros aux pharmaciens détaillants et leur vente au détail aux particuliers; que les motifs de sécurité publique qui ont inspiré ces dispositions législatives n'ont même que plus de force, s'agissant de la fabrication et de la vente en gros;

Considérant qu'aux termes de cette législation, nul ne peut tenir une officine de pharmacie s'il n'est en même temps propriétaire de la pharmacie et muni du diplôme de pharmacien; que si la mise en société d'une pharmacie entre diplômés peut être jugée licite, les droits de propriété et leur exercice se trouvent en fait appartenir à des personnes également aptes à la profession; l'association est contraire à la loi si, inversement, elle a lieu entre pharmaciens et non pharmaciens;

Considérant que les intéressés objectent que, dans la Société en commandite simple dont ils font partie, la gérance appartient exclusivement aux diplômés, que les non-diplômés ne peuvent intervenir en quoi que ce soit dans l'administration de la Société, que, dans toutes leurs relations avec la Société, ils doivent être représentés par un des gérants et qu'ainsi ils ne seraient que de simples bailleurs de fonds;

Mais considérant que leur qualité d'associés ne les investit pas moins d'un droit de contrôle, de surveillance et de conseil qui, même exercé indirectement, et par mandataire, est propre à leur assurer sur les décisions du gérant une influence d'autant plus puissante que leur part de commandite serait plus élevée; que toute combinaison de personnes ou de capitaux qui aboutit à faire dépendre la préparation et la diffusion des produits pharmaceutiques, directement ou indirectement, de personnes incompétentes, contredit à une législation qui, dans un intérêt d'ordre public, a eu pour but de les écarter de ce commerce spécial;

Considérant que, aussi inutilement, il est tiré argument de l'ancienneté d'une législation qui n'est plus en harmonie avec les conditions économiques actuelles, imprévisibles au moment où la loi a été élaborée et qui imposent désormais à tout commerçant de recourir à l'association s'il a le souci de développer ses moyens financiers dans la mesure indispensable à la vie de son entreprise; que, s'il importe, en effet, que l'application que fait le juge de textes anciens évolue et s'adapte aux nécessités du présent, cette application ne doit pas moins rester conforme à l'esprit qui a inspiré le législateur; »

La Cour a prononcé la nullité de cette Société en commandite et en a ordonné la dissolution, nommant un liquidateur, avec les pouvoirs ordinaires et de droit et la mission de réaliser l'actif, payer le passif et répartir, s'il y a lieu, le surplus entre les associés.

Cette décision est conforme à la vérité juridique : ce sont des motifs de sécurité publique qui ont inspiré les dispositions législatives visées par l'arrêt de la Cour d'appel de Paris. Et ces motifs justifient le dernier « considérant » de l'arrêt indiquant que les conditions économiques actuelles ne sauraient être prises en considération; si, en effet, la Cour était entrée dans cette voie comme on le lui demandait, c'eût été ruiner toute la législation antérieure à l'état de fait dans lequel nous nous trouvons, et livrer à l'arbitraire le plus complet les relations juridiques existant ou pouvant exister entre les particuliers. Il est des cas où les conditions économiques peuvent être envisagées. Mais elles sont prévues par la loi; c'est notamment le cas de la rescision d'une vente pour cause de lésion de plus des sept douzièmes, tel qu'il est prévu par le Code civil; ce sont les cas prévus par la loi sur les loyers, sur la propriété commerciale. On ne peut qu'approuver la décision que nous signalons à l'attention de nos lecteurs.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

L'Assemblée générale du S. M. S. a eu lieu le dimanche 7 décembre 1930 dans la grande salle de l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, et sous la présidence du docteur Boyer.

Dans une allocution très applaudie, le Président, parlant des Assurances sociales, exprime la pénible émotion ressentie par tous les praticiens, à la lecture de certaines appréciations vraiment offensantes pour la probité traditionnelle du Corps médical. Les plus ardents à la critique sont précisément ceux qui doivent le plus... de reconnaissance aux médecins. La Mutualité blasphème contre ses premiers bienfaiteurs, contre ceux qui, seuls, ont fait naguère un réel sacrifice d'argent en abandonnant souvent la moitié d'honoraires déjà médiocres.

« Pourtant, nous ne sommes pas réunis aujourd'hui, s'écrie le Président, pour calculer combien rapportera aux médecins l'Assurance maladie, mais pour tenter d'organiser une médecine sociale honnête, digne, efficace, dans le cadre d'une loi, d'un règlement et de conventions encore mal ajustés. »

L'Assemblée, à la presque unanimité, décide que la cotisation pour 1931 sera portée à 150 fr., dont 60 fr. pour le S.M.S., 60 fr. pour la Confédération et 30 fr. pour la Fédé-

ration des Syndicats médicaux de la Seine. En outre, une contribution volontaire de 50 fr. servira à constituer un fonds de réserve destiné à être employé pour la défense professionnelle.

M. Jolly, au nom du conseil, présente ensuite un rapport concluant à l'inéligibilité provisoire à certaines fonctions syndicales (il s'agit des membres du syndicat qui n'ont pas encore signé l'engagement confédéral).

Sans modifier pour cela les statuts, l'assemblée générale adopte la motion proposée.

M. Hartmann expose alors en détail l'état actuel des pourparlers entre l'Union des caisses d'assurances et la fédération des Syndicats médicaux de la Seine. Il montre que le corps médical, confiant dans l'accord verbal obtenu rapidement dès le début, avait apporté sa collaboration au fonctionnement de la loi, dès le 1er octobre. Aujourd'hui les caisses, surtout mutualistes, cherchent à ne plus signer et, par des articles de presse, prétendent rejeter la responsabilité de cet état de choses sur le corps médical.

M. Boyer félicite les délégués de la Fédération qui ont fait de leur mieux et l'assemblée générale, après une longue discussion, adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant qui résume la situation, réclame un accord rapide, mais affirme sa volonté de suivre les décisions que prendra le cas échéant la Fédération, si la défense professionnelle l'exige.

Ordre du jour. — Le S. M. S. réuni en assemblée générale le 7 décembre 1930,

Après avoir été mis au courant des pourparlers entre les représentants de l'Union des caisses d'assurances sociales de la région parisienne et les délégués de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine,

Considérant que les médecins de la région parisienne, confiants dans l'accord tacite intervenu à la veille du 1er octobre, sur un texte de convention syndicat-caisse accepté par les deux parties, n'ont pas hésité à faciliter de tout leur pouvoir la mise en marche de la loi, et cela, malgré le danger que présentait pour eux l'éventualité d'une non signature ultérieure;

Considérant que les pourparlers, menés de façon très active jusqu'à cette date, se sont alors, et non du fait des délégués médicaux, étrangement ralentis et qu'il est impossible de ne pas faire un rapprochement entre ce ralentissement et la collaboration loyale et totale à la loi, préconisée par la Fédération auprès de tous les médecins;

Que malgré la continuation des pourparlers, certains des plus notoires représentants des caisses se faisant l'écho d'affirmations aussi inexactes que tendancieuses ont cru pouvoir se mêler à une violente et injuste campagne d'opinion contre le corps médical parisien, alors que celui-ci n'avait modifié en rien sa manière de faire vis-à-vis des malades;

Le S. M. S. donne mission à son Conseil :

1° D'inviter la Fédération des syndicats médicaux de la Seine à obtenir une conclusion rapide des pourparlers en cours ;

2° D'étudier toutes mesures à prendre pour le cas où les caisses, en totalité ou en partie, se refuseraient à signer immédiatement les conventions sur lesquelles un accord complet était acquis;

3° De saisir éventuellement la Confédération des syndicats médicaux français du différend parisien qui ne manquerait pas de s'étendre à toute la France;

S'engage à assurer la réalisation des décisions quelles qu'elles soient, que la Fédération des syndicats médicaux de la Seine jugerait alors devoir adopter.

On a procédé ensuite aux élections statutaires : 20 membres du conseil d'administration, 8 membres du conseil de famille, 3 délégués du collège électoral de la Seine au conseil de la Confédération; et après avoir affirmé que seules les sanctions d'exclusion prononcées par le conseil de famille sont susceptibles d'appel devant elle, conformément à l'article 26 des statuts, la séance de l'assemblée générale a été levée à 7 heures du soir.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

LIVRES NOUVEAUX

Médicus 1931 (1), guide-annuaire du Corps médical français.

Ce guide-annuaire d'une documentation des plus soignée est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties, divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table de matières détaillés en font le guide-annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Dans ces 1.400 pages, *Medicus* est vraiment le Bottin de l'étudiant, du médecin et du pharmacien, son encyclopédie, son formulaire professionnel, qui lui indique ses droits et devoirs, tout en le renseignant sur tout ce qui, de près ou de loin, touche à la profession médicale.

Les lecteurs de *Medicus* trouveront dans l'édition présente, à la page 342, un nouveau chapitre donnant la liste des laboratoires centraux de sérologie de Paris et des départements.

Les médecins praticiens bénéficieront dans tous les départements de la gratuité des examens sérologiques pour leurs malades peu fortunés.

Paraissant régulièrement chaque année — en octobre — il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser (questions d'assistance, tarifs médicaux pour les accidents du travail et les victimes de la guerre. Les syndicats, les sociétés de secours mutuels, etc.).

L'éditeur fait une revision des listes des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes en se servant de tous les documents officiels et privés qu'il lui a été possible de réunir.

C'est donc une édition très complète que celle du *Medicus* 1931. L. G.

RENSEIGNEMENTS

(1) In-8 raisin, relié pleine toile, 1.400 pages. — Prix : 30 fr. (France et Colonies), 35 fr. — Paris, Amédée Legrand.

Le Directeur-gerant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. les docteurs Delherm, Mme de Brancas, Gérard, Charlier, Monier-Vinard, Heitz-Boyer, Robineau.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours, sont nommés :

Externes titulaires : MM. Jaulin, Guilbert, Bahuet, Deyres, Mlle Dewiuckler, M. Goumain, Mlle Leroux, MM. Bonnefond, Péry, Auriac, Thiollet, Tousin, Rotureau, Bertrand, Lévêque, Lamy, P. Dubroca, Vital, Roux, Cartron, Lacombe, Quéru, Esbelin, Beauvieux, Berre, Jourdain, de Curton, E. Lebreton, Marcadé, Soulard, Molle, Arnauld, Gouffriand, Baillet, Liard, Thévenin, Giraud, Bosredon, Mandoul, Rousseau, Dagorn, Barroux, Lavigne, Ballan, Bouisson, Dumas, Courier, Marnac, Ducos, Millet, Lacombe, Moulènes, Joffre, Marchand, Lansade, Garrigue, Monmayou, Le Minot, Phélippeau, Clénet, Dardil, Lavial, Bodet, Chapert, Comat et Vignes, Boscq, Dilhac, Bellone et Vallat.

Externes provisoires : MM. Fricaud, Bourland, Torqueau, Moner, Gellié, Le Van Guyen, J. Dubroca, Bex.

— LYON. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes en pharmacie titulaires : MM. Chambron, Charpenel, Mlle Pauze, M. Sémon, Mlle Tissier, MM. Lamaizière, Cuche, Mlle Dannenmüller, M. Lardet, Mlle Bouvier, M. Chol, Mlle Thorens.

Internes en pharmacie provisoires : MM. Moussier, Jarricot, Mlle Bruel, MM. Favre, Burlet, Mlles Séassau, Dessaignes, MM. Champin, Jouve, Ollier, Mlle Ravinet, M. Couzian.

HÔPITAL CIVIL DE CASABLANCA. — Le mercredi 18 février 1931, à 8 h. du matin, un concours public sera ouvert à la direction de la santé et de l'hygiène publiques, à Rabat, pour une place d'accoucheur adjoint à la maternité de l'hôpital civil de Casablanca.

Les candidats doivent se faire inscrire à la direction de la santé et de l'hygiène publiques, à Rabat, avant le 15 janvier 1931, terme de rigueur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté, dans sa dernière réunion, a décidé de présenter au choix du ministre, par 36 voix sur 42 suffrages, M. Léon Binet pour la nomination de professeur de la chaire de physiologie actuellement vacante.

— TOULOUSE. — Un décret présidentiel approuve la délibération du Conseil de l'Université de Toulouse portant création d'un Institut de sérologie et de prophylaxie vénérienne, près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette Université.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Bureau de la Société pour 1931 : président, M. Claude; vice-président, M. M. Labbé; secrétaire général, M. Rivet.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Bureau pour 1931 : président, M. Demoor; vice-présidents, MM. de Beco et Hendrick.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS STOMATOLOGISTES FRANÇAIS. — L'assemblée générale du 15 décembre a renouvelé ainsi qu'il suit son bureau :

Président : docteur Béliard; vice-présidents : docteurs Nespoulous, Cadenat et Vanhoeger; secrétaire général : docteur Herpin; trésorier : docteur Psaume; secrétaires adjoints : docteurs Bouvet, Vilenski et Soleil.

AVIS DE CONCOURS. — Il sera ouvert à Rennes, le 26 janvier 1931 à la préfecture d'Ille-et-Vilaine, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin inspecteur adjoint d'hygiène.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, du 14 au 18 octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale), sous le haut patronage de M. le Président de la République française, MM. les membres du Gouvernement français; M. le maréchal Lyautey; sous la présidence de M. le professeur Ch. Achard, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : M. le professeur Leclainche, membre de l'Académie des sciences; M. le professeur Roussy, membre de l'Académie de médecine; M. Dop, directeur de l'Institut international de lutte contre les maladies des plantes; secrétaire général : M. Ch. Grollet, 7, rue Gustave Nadaud, Paris (XVIe).

Section de médecine humaine. — Président : M. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris; secrétaire : M. Louis Grollet.

Section de médecine vétérinaire. — Président : M. le professeur Vallée, directeur du laboratoire national de recherches à Alfort, membre de l'Académie de médecine; secrétaire : M. le professeur Maignon (d'Alfort).

Section de pathologie végétale. — Présidents : MM. Brocq-Rousseu, vétérinaire inspecteur général; Foex, directeur de la station de pathologie végétale de Versailles; secrétaire : M. Dufrenoy, de la station de pathologie végétale de Versailles; trésorier : M. Oliviero, 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (Ve); trésorier adjoint : M. Dumatras.

Le Comité d'organisation est composé des membres du bureau et de MM. Arnaud, Bridre, Foveau de Courmelles, professeur L. Panisset, Rolland, Théobalt, Urbain.

Ordre du jour du Congrès. — Les brucelloses humaines et animales. — Le lait comme agent pathogène. — Les carences minérales. — Les ultravirus. — Le cancer. — La psittacose. — L'anaphylaxie. — Les helminthiases (traitement).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 32e décade (11-20 novembre 1930), 1.250 décès totaux, dont 1.038 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.045 pendant la décade précédente et de 1.062, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 212 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Notons que :

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 75, au lieu de 81 pendant la décade précédente (moyenne 88).

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont causé 142 décès, au lieu de 137 pendant la décade précédente, et au lieu de 144, moyenne décadaire correspondante.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le cinquième bal de la médecine française aura lieu le Lundi gras, 16 février 1931, sous la présidence de M. le Président de la République, en l'Hôtel du Cercle de l'Union interalliée, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris, au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

PROCHAINS CENTENAIRES. — On célébrera en 1931 le centenaire de la naissance de Félix Guyon, en 1932 celui de la naissance d'Alfred Fournier, et en 1933 celui de la naissance de Léon Labbé.

(Voir la suite des « Informations », p. 1848.)

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. LE DOCTEUR MICHON

Atteint par la limite d'âge, M. le docteur Edouard Michon doit, le 25 décembre, quitter ce beau service de Beaujon où, comme partout, il aura passé en faisant le bien. A cette occasion, ses amis ont eu la délicate pensée d'organiser une fête. Le prétexte? La remise d'une médaille due au talent, sans cesse renouvelé, de M. Dehérain. La réalité? Leur désir de lui exprimer, une dernière fois, toute leur affection. N'est-il pas l'un de ceux qui honorent le plus notre profession? La dignité de sa vie, tout entière consacrée au soulagement de la souffrance, son dévouement aux malades, sa maîtrise, son légendaire désintéresssment ne lui ont-ils pas valu, avec l'estime de ses pairs, le respect de ses cadets et l'infinie gratitude de ceux auxquels sa science et sa bonté ont rendu l'espérance? Jeudi dernier, donc, le vieil hôpital Beaujon avait pris un air de jeunesse. Partout des fleurs. Des visages souriants. Dans cette salle d'opérations, témoin muet de tant de douleurs, se presse l'élite du monde médical parisien : de nombreux collègues, parmi lesquels MM. Bazy, Alglave, Auvray, Banzet, Comby, G. Labey, Lemaître, de Massary, L. Michon, Picot, J. Renault, Sergent, Sieur, Siredey, sans oublier la vaillante cohorte des urologistes, avec MM. Ertzbischoff, Legout, Marsan, Minet. Le professeur Legueu ouvre la séance en prononçant une allocution qui justifie, une fois de plus, sa réputation d'éloquence. M. R. Proust, qui lui succède, ne nous laisse rien ignorer des efforts qu'il a eu à déployer pour vaincre certaine incurable modestie à laquelle feront allusion tous les orateurs. Il a fallu comploter. M. R. Proust a été l'âme du noir complot. Il a fallu user de diplomatie. M. R. Proust a excellé dans le rôle d'ambassadeur. Prennent ensuite la parole : M. M. Viguerie pour le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; M. Okinczyc, au nom des assistants; M. Tisserand, directeur de Beaujon, pour l'administration; M. Luzuy, l'interne actuel; M. le professeur Hartmann. Leurs discours sont vivement applaudis. Très ému, le héros de la cérémonie se lève. Dès ses premiers mots, on comprend que sa carrière ait été si brillante, qu'il ait failli, au bout d'un an seulement d'externat, arriver premier à l'internat, qu'à peine médaille d'or, il ait été nommé chirurgien des hôpitaux. C'est que cet opérateur heureux et probe est aussi un grand esprit. Si la destinée l'avait voulu, il eût brillé dans les arts ou dans les lettres. Ne lui a-t-il pas suffi, pour émouvoir l'assistance, d'évoquer ces incessantes alternatives d'anxiété et d'espoir qui sont le lot de tout médecin digne de ce nom, et de nous parler, avec une tendresse secrète, de ses vieux maîtres auxquels, jusqu'au dernier jour, il gardera une filiale reconnaissance? Ils ne l'oublieront pas non plus, tous ceux, élèves ou patients, qui ont eu le bonheur de l'approcher. Dans sa retraite, qu'il saura longtemps encore rendre bienfaisante, le suivent à jamais leurs vœux les plus ardents.

L. BABONNEIX.

A PROPOS DE LA REVUE GÉNÉRALE SUR

LA DIBROMOXYMERCURIFLUORESCÉINE

Monsieur le Directeur de la *Gazette des hôpitaux*, Paris.

Monsieur le directeur,

Dans un article paru dans le n° 76 de la *Gaz. des hôp.* (20 septembre 1930) au sujet de la Dibromoxymercurifluorescéine, il a été écrit, au début de l'article notamment :

« Le N° 220 fut choisi par eux comme répondant le mieux « à ces différents desiderata et reçut le nom de *Mercuro-« chrome.* Notons tout de suite que ce produit ne contient pas « de chrome, la désinence chrome désignant uniquement la « couleur rouge du produit. Le nom de *Mercurochrome*, « déposé en Amérique, s'applique à une spécialité pharma-« ceutique ».

D'autre part, un peu plus loin, dans le même texte :

« Il a démontré en collaboration avec J. Eyre, que la toxi-« cité des produits commerciaux est d'autant plus grande et « leur pouvoir antiseptique d'autant plus faible que les im-« puretés sont plus abondantes ».

« Les différences de composition expliquent les résultats « imparfaits obtenus par quelques expérimentateurs ainsi « que les variations de toxicité du produit. »

Afin d'éviter tout malentendu qui pourrait exister du fait de la juxtaposition de ces deux textes, juxtaposition qui fait que la deuxième phrase que nous citons pourrait s'appliquer dans l'esprit de certains de vos lecteurs à la première, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir insérer quelques précisions que voici :

Il est exact que la fluroscéineoxymercurique dibromée présente de grandes difficultés de fabrication comme d'ailleurs tous les sels partant des fluorescéines dont le degré de richesse en brome est essentiellement variable et joue un très grand rôle dans la toxicité du produit.

C'est pourquoi représentant en France *Mercurochrome 220*, nous continuons à faire venir le sel des usines d'Amérique, malgré les frais élevés que cela représente car la fabrication en a été là-bas parfaitement mise au point, elle comporte d'ailleurs un matériel important, compliqué et coûteux.

Des quelques analyses que nous avons fait faire sur des échantillons de fluorescéine oxymercurique dibromée, tels qu'ils sont livrés par les fournisseurs de produits chimiques, il ressort des différences considérables selon les échantillons. C'est ainsi que l'un donne à l'analyse les résultats suivants :

Humidité	1.04 p. 100
Insoluble	0.00 p. 100
Mercure	27.29 p. 100
Brome	20.49 p. 100

tandis qu'un autre échantillon donne les résultats suivants :

Humidité	2.00 p. 100
Insoluble	1.29 p. 100
Mercure	16.17 p. 100
Brome	24.16 p. 100

On constate sur l'un l'importance des produits insolubles qui indiquent la présence d'impuretés. La richesse en mercure presque moitié moindre et la présence d'une quantité de brome beaucoup plus élevée.

Ce dernier point est très important parce que, comme nous le disions plus haut, la toxicité de la fluorescéine est liée d'une façon étroite à la quantité et à la fixation du brome qui entre dans leur constitution moléculaire.

Nous pensons que ce point présente une grosse importance pour les médecins qui peuvent être appelés à se servir du produit étant donné que si nous sommes à même de garantir que le *Mercurochrome* est d'une toxicité extrêmement faible et sans nocivité pour les muqueuses ou les humeurs lorsqu'il est introduit dans le torrent circulatoire, cette garantie ne saurait, naturellement s'appliquer à des produits qui ne présenteraient pas une rigoureuse identité de constitution chimique avec celui, qui a été mis au point et fabriqué sous le contrôle du professeur Young (de Baltimore).

LES LABORATOIRES DU *Mercurochrome* VÉRITABLE
H. W. L. 220
Amecousema, 25, rue Saint-Augustin, Paris (IIe).

[Le docteur David, à qui nous avons communiqué cette lettre, fait remarquer que sa Revue générale ne s'applique pas au mercurochrome, produit spécialisé, mais uniquement au produit chimique (Dibromoxymercurifluorescéine).

Nous sommes obligés de faire également remarquer que les deux passages incriminés se trouvent dans deux chapitres différents à 83 lignes de distance. Ce procédé de juxtaposition a l'inconvénient de faire dire aux auteurs ce qu'ils n'ont pas dit.

N. D. L. R.]

LA RÉFLEXOTHÉRAPIE CHIRO-ÉLECTRIQUE [1]

Par le docteur LOUIS ALQUIER,
Chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtriere.

II

Technique. — Ainsi comprise, la réflexothérapie chiro-électrique exige un courant bipolaire. Une électrode est confiée au patient, l'opérateur saisit la seconde et ferme le circuit en appliquant la ou les mains aux points à traiter. Deux conditions sont importantes à préciser :

1. RÉGLAGE DE L'INTENSITÉ DU COURANT. — Le meilleur dispositif est un potentiomètre intercalé sur les fils de distribution. Aucune graduation n'est valable, car le réglage se fait uniquement d'après les sensations que détermine le passage du courant. Or, la résistance électrique varie considérablement d'un sujet à l'autre, et, au cours du traitement, d'un moment à l'autre : dès que la peau s'échauffe, et que l'action chiro-électrique se manifeste, il faut diminuer l'intensité, ce qui est d'un bon augure.

2° LOCALISATION DES VIBRATIONS ÉLECTRIQUES. — Bien réglé, le courant donne au bout des doigts de l'opérateur une sensation de petites secousses, ou de vibration plus rapides qui ne doit jamais être désagréable, et qu'il faut régler d'après la réponse des réactions. Une remarque s'impose : la sensation électrique se localise au point, où le conducteur est le plus étroit; pour éviter au patient d'inutiles et désagréables secousses dans les poignets, il est bon de lui faire tenir l'électrode à deux mains. En augmentant ou diminuant la largeur et l'intimité du contact soit à la main qui tient l'électrode, soit sur les points malades, l'opérateur arrive à localiser la sensation électrique là où elle est utile, c'est-à-dire au bout des doigts qui exécutent les manœuvres chiro-électriques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 101, p. 1805.

Voici les détails indispensables sur : *A*. Le choix du courant; *B*. Son application; *C*. La conduite du traitement.

A. **Choix du courant**. — On peut utiliser : 1. Un seul courant; 2. Plusieurs courants associés; 3. Les mêmes, mais avec interruptions rythmées.

1. Courants purs. — Sous le nom de *Multicourant*, M. Meynand a construit un appareil portatif, fonctionnant sur secteur 110 volts, alternatif ou continu et qui, à l'aide d'un distributeur, amène au potentiomètre quatre espèces de courant.

a. *Induit*. — Fourni par le secondaire d'une bobine alimentée directement par le secteur et d'une régularité parfaite, il donne des secousses, dont la fréquence est réglée par l'éclateur d'étincelles et l'intensité, nous l'avons dit, par le potentiomètre. C'est le courant de détente calmant l'hypertonie tissulaire, irritant au minimum les réactions neurovégétatives.

b. *Secteur*. — Le courant d'alimentation arrive directement au potentiomètre de réglage, mais réduit à environ 60 volts à l'aide d'une résistance, par mesure de sécurité. Le secteur dévolté gonfle et assouplit les tissus sur une faible étendue, déraidissant moins que l'induit, et guère plus irritant; ce courant convient aux points indurés que leur situation profonde, ou, collée aux os, ne permet d'atteindre que du bout des doigts. Son action se localise bien, grâce à la faible amplitude des vibrations. Le continu, plus piquant et aisément désagréable à manier est moins efficace que l'alternatif.

c. *Décharges de condensateurs*. — L'extracourant qui se produit dans la bobine du primaire à chaque étincelle de rupture traverse des condensateurs qui le transforment en haute fréquence basse tension. C'est le courant d'attaque. Appliqué sur les engorgements, il les réduit bien, mais excite tous les réflexes végétatifs, mettant en jeu vaso-motricité et tonus tissulaire. Donc il fatigue et expose aux réactions immédiates et dans les heures et jours suivants. Il faut donc s'en méfier chez les nerveux; cependant, même chez eux, il est précieux pour briser rapidement la résistance d'un point réflexogène.

d. *Extracourant*. — C'est le même, mais sans condensateurs. Il détend moins que l'induit, gonfle mieux que le secteur, attaque moins que les condensateurs. Mieux supporté et moins réflexogène, il convient aux larges infiltrats sans indurations excessives, même s'il y a vaso-dilation et œdème sympathique. Son action pénétrante et douce convient aux périviscérites.

2° Courants associés. — A. *Haute tension*. — On l'obtient en envoyant la basse fréquence des condensateurs à un résonateur Oudin, auquel s'adapte soit une électrode en verre pour l'étincelage soit une tige métallique pour saturation.

Etincelage. — Appliquée sur la peau, l'électrode en verre donne une pluie de fines étincelles, préconisées couramment pour le rajeunissement du visage et la repousse des cheveux. En réalité, elle provoque des réactions vaso-motrices locales, d'ordinaire, vaso-dilatation pouvant persister plusieurs heures après l'application. Celle-ci est susceptible d'exciter l'ensemble des réactions neuro-végétatives, et de produire des effets imprévus.

Les électrodes de forme multiple, sont de deux types :

a. *Electrode condensatrice*. — Le courant est amené à son intérieur par une surface métallique d'où s'échappent les étincelles, qui traversent la paroi de verre et la couche d'air les séparant de cette paroi. Les étincelles, d'un blanc bleuâtre, sont brisantes, d'effet faradisant.

b. *Electrode à vide type Mac Intyre*. — Ici l'électrode est soit à air raréfié par un vide plus ou moins poussé, soit remplis d'un gaz tel que le néon, qui change la conductibilité, et, partant les caractères de l'étincelle. Celle-ci est précédée d'une lueur violacée, qui remplit l'électrode dès qu'on la pose sur la peau, s'il s'agit d'une électrode à vide et d'une lueur orangée, si elle est au néon. Les étincelles, jaillissant du verre sont plus chaudes, plus rougeâtres, moins brisantes qu'avec la condensatrice. Le multicourant permet d'associer la haute tension unipolaire à l'un des quatre courants purs bipolaires.

Il suffit à l'opérateur de tenir, de la même main, électrode bipolaire et résonateur Oudin et d'appliquer au point à traiter, simultanément, l'électrode de haute fréqnence et le doigt chargé des vibrations du bipolaire. On obtient ainsi une action résolutive plus marquée, très utile sur les indurations et engorgements très résistants, parce que la vasomotricité et le tonus tissulaire ne sont mis en action ni par la main, ni par le bipolaire. Si la détente n'est pas rapidement obtenue même avec l'adjonction de haute-fréquence, mieux vaut ne pas prolonger une lutte fatigante et provocatrice de réactions neuro-végétatives souvent désordonnées. Dès la détente réalisée, il faut revenir aux bipolaires seuls.

Saturation. — Lorsque le patient tient en main la tige saturatrice, il est transformé en un condensateur d'où on peut tirer des étincelles comme avec la machine statique. Celles du multicourant sont minuscules et nullement désagréables : la main effleurant la peau du sujet, lui imprime de fines vibrations et l'entraîne en réduisant les rétractions et les spasmes vasculaires du tégument et de l'hypoderme. Des pressions suivies de soulèvements du doigt, déterminent une vibration, dont l'intensité varie à chaque mouvement digital; l'action excitante et réflexogène ainsi produite est utile pour certains points difficiles à mettre en jeu.

On peut encore, avec ce dispositif, exercer une action bimanuelle, comme il sera indiqué ci-après à propos des courants bipolaires. Au point à traiter, une main, demeurant immobile, établira un contact permanent, durable. L'autre main, posée plus ou moins largement en un autre point, y détermine, par de petits mouvements, une action réflexogène qui se traduit, sous la première main, par la mise en jeu du tonus.

Enfin, l'interposition d'une étoffe légère entre les mains de l'opérateur et la peau du patient donne des étincelles, dont la longueur est réglée par l'épaisseur de l'étoffe. Il en résulte un léger fourmillement, perceptible au patient et à l'opérateur ; l'excitation réflexogène devient plus active et le jeu des tissus plus intense et plus profond.

B. *Association d'induit et secteur.* — Un appareil dû à M. Chardin mélange le courant d'alimentation et un induit très agréable à manier facilement réglable, et d'une efficacité particulière. Ce mélange, où chacun des deux courants est dosable dans une certaine mesure, ajoute à la détente de l'induit le gonflement et la vaso-dilatation du secteur. Il convient à presque tous les cas et réalise un excellent effet avec le minimum d'irritation nerveuse. En arrêtant l'induit, on obtient le secteur seul.

A ce dispositif est réunie dans la même boîte une bobine donnant la haute fréquence, soit basse tension, soit haute tension, que l'on peut associer au mélange induit-secteur ou secteur seul. Cet appareil ne fait pas double emploi avec le multicourant; les deux se complètent fort heureusement pour mettre aux mains du praticien toute une gamme de vibrations électriques, s'adaptant à toutes les variations des réactions neuro-tissulo-vasculaires.

J'ai réalisé bien d'autres associations de courants, mais elles ne peuvent intéresser que quelques spécialistes pour des cas très particuliers,

3. Ruptures sur le courant d'alimentation. — Un métronome, un rupteur à moteur, ou plus simplement une bobine donnant un extracourant suffisant, sont intercalés l'un ou l'autre, sur le courant alimentant l'appareil. Les vibrations électriques sont alors profondément modifiées; l'effet, non irritant, est plus massif, s'étend à toute une région à la fois, avec une pénétration remarquable. Certains engorgements ou enraidissements qui semblaient difficiles à réduire cèdent alors immédiatement, malgré leur ancienneté.

B. **Application des excitations chiro-électriques.** — Nous avons vu comment, pour être efficace, l'excitation manuelle doit varier continuellement et suivre, en les dirigeant et les faisant augmenter ou diminuer à son gré, les réactions nerveuses qu'elle provoque. Il en est de même des vibrations électriques, dont l'effet n'apparaît pas différent de celui de la main seule, mais dont l'électricité augmente et étend l'action. Comme pour les excitations manuelles, le régime des vibrations électriques doit s'adapter continuellement aux desiderata du traitement. Donc, il ne faut pas s'adresser aux onduleurs de courant, mais bien obtenir à l'aide des mains seules les variations requises.

Deux procédés nous paraissent particulièrement recommandables :

1. Excitations chiro-électriques réflexogènes par leurs variations. — Elles réduisent les engorgements et rétractions réflexogènes.

On réalise les variations de deux façons différentes :

a. *Ondulations.* — La main qui tient l'électrode la serre et la desserre, à la demande des réactions; l'autre main, posée plus ou moins largement au point à traiter, lui apporte l'excitation, enregistre sa réponse et combine son action et les vibrations électriques en vue du rendement optimum.

b. *Excitation bimanuelle, procédé du shunt.* — L'électrode est tenue dans les deux derniers doigts fermés; les trois premiers ainsi libérés sont posés au point à traiter. La main libre agit, comme nous l'avons indiqué à la fin de notre première partie, en excitant ou relâchant d'autres points à modifier.

A l'action manuelle s'ajoute ainsi celle d'un shunt, c'est-à-dire une dérivation de courant, qui varie proportionnellement à la pression de la main remuante.

Ces deux manœuvres se font avec le minimum d'électricité donnant l'excitation utile.

2. Effleurage plus ou moins appuyé. — Ici, il faut donner le maximum de courant aisément supportable. L'électrode est tenue d'une main, dont l'étreinte est invariable. L'autre main exécute un effleurage plus ou moins appuyé, qui agit mécaniquement, diffusant l'infiltrat et assouplissant l'ensemble des chairs, avec souvent un bruit musical. Ce procédé agit bien, si les engorgements et enraidissements ne sont pas excessifs.

Les ondulations se font avec l'un des quatre bipolaires, choisi suivant l'état des tissus et auquel on peut ajouter l'étincelage de haute tension. L'effleurage se fait avec l'un des courants de bobine, le secteur convient moins bien. Les ruptures du courant d'alimentation sont ici particulièrement actives. La haute tension avec électrode saturatrice convient aux dermatoses prurigineuses, ou tendant à l'enraidissement et à la lichénification.

B. **Conduite du traitement.** — **1° Indications.** — Il faut considérer : *a.* l'état du sujet, *b.* les troubles des réactions neuro-tissulo-vasculaires.

a. Etat du sujet. — Au cours des grandes infections et intoxications, il ne faut pas activer le drainage vers le sang des produits toxiques retenus par l'infiltrat et l'engorgement lymphatique. Au contraire, le déclin d'une poussée infectieuse est un moment favorable à la décharge des tissus et au désencombrement lymphatique.

Une fois mis en train, le traitement doit suivre les possibilités du sujet, c'est-à-dire ne pas fatiguer, ne pas déterminer la fièvre ou quelqu'une des réactions indiquant un choc colloïdoclasique ou la diminution des résistances de l'organisme : céphalée, prurit, insomnie, troubles généraux. Au contraire, après les tâtonnements du début, chaque séance doit donner un bien-être physique et moral immédiat, sans réaction ultérieure.

b. Troubles des réactions neuro-vasculo-tissulaires. — Le syndrome neuro-paralytique aigu interdit toute intervention physique autre que les bains et la photothérapie, dans quelques cas spéciaux. Chronique, la distension molle des tissus par un infiltrat progressif est justiciable de la réflexothérapie, si celle-ci peut agir et ne pas fatiguer. Le

traitement causal joint son action à celle de la réflexothérapie, dont le rendement varie suivant l'efficacité.

La surréflectivité neuro-végétative doit être soigneusement étudiée dans chaque cas particulier.

Aiguë, elle présente une réaction à quelque irritation anormale, dont il faut trouver le siège et la cause.

Au début d'une infection viscérale, au cours des crises spasmodiques de crises viscérales ou des états nerveux, on peut le plus souvent arrêter, à l'aide de manœuvres manuelles de détente, les crises aiguës de surréflectivité neuro-végétative. Leur répétition indique la persistance de l'irritation. Celle-ci est irréductible en cas d'affection atteignant les centres neuro-végétatifs : syndrome thalamique, tabès, etc. Certaines algies viscérales sont irréductibles, d'autres cèdent plus ou moins facilement à la réflexothérapie, même après insuccès d'autres traitements.

Souvent, croyons-nous, l'œdème sympathique et la causalgie sont dus à une cause locale, et la réflexothérapie est à essayer avant les interventions chirurgicales, dont beaucoup seraient peut-être évitées.

Bien entendu, le traitement ne doit jamais augmenter d'une manière durable la surréflectivité qu'il a pour but de combattre.

Rappelons que, pour nous, les indurations, enraidissements, pseudo-scléroses, qui ne sont pas dus à une lésion définitive, relèvent souvent de l'hypertonie tissulaire et sont justiciables de la réflexothérapie.

2° Conduite d'une séance. — Favorisant l'ensemble des fonctions vitales, le traitement peut être appliqué à tout moment, pendant les digestions, les époques menstruelles, etc. Dans certains cas cependant, il est des circonstances adjuvantes, qui font préférer certains moments de la journée ou certaines conditions de repos ou exercice, par exemple.

Dans chaque cas, recherchons d'abord les causes possibles et, en particulier, les chaînes de ganglions engorgés mettant sur la trace de quelque foyer infectieux, souvent ancien et oublié. En même temps, le palper rend compte des réactions neuro-vasculo-tissulaires et permet d'apprécier la réflectivité de chacun et de repérer les points anormalement réflexogènes.

Puis, commence le traitement. Celui-ci ne doit pas se limiter à un point particulier, mais comprendre l'ensemble du corps. En effet, nous avons dit combien l'infiltrat tend à diffuser et que les réflexes nerveux végétatifs n'ont aucune systématisation, mais s'excitent les uns les autres sans ordre apparent, d'une extrémité à l'autre. Il faut avoir présentes à l'esprit les directives données plus haut : la réflexothérapie a pour base principale la mise en jeu du tonus tissulaire. C'est lui, qui active le retour au sang de la lymphe, infiltrant les tissus et engorgeant vaisseaux et ganglions lymphatiques, lui, qui, comprimant et tiraillant viscères et articulations, irritant divers centres et conducteurs nerveux, détermine tant de troubles souvent bien plus gênants que ceux relevant directement de la cause première.

Deux ordres de signes indiquent l'intolérance :

a. *Réengorgement de points mal perméabilisés des voies lymphatiques en cas de trop brusque migration lymphatique.* — Brusquement, apparaissent des troubles variant suivant le point qui se réengorge. Au cou : toux récurrentielle, céphalée, angoisse, dyspnée, palpitations attirent l'attention; pour les ganglions médiastinaux, la dyspnée avec rétractions thoraciques diverses, les palpitations, la voix couverte et rauque avec toux quinteuse sont les signes d'alarme. A l'abdomen, les syndromes indiquant l'irritation des plexus solaire, cœliaque, hypogastrique, avec ballonnement, état nauséeux, une crise de battements des artères régionales, l'échauffement et la tension locaux, ont la même signification. Aux membres enfin, les crampes, crises de rétraction algogène, les crises vaso-motrices, sont les plus souvent observées.

b. *Surréflectivité neuro-végétative.* — Le réengorgement reproduit des points réflexogènes, dont nous venons de résumer les manifestations. Rappelons que toute irritation maladroite peut déclancher la crise neuro-végétative, annoncée par l'échauffement et la sueur locaux, par la rétraction des chairs sous les doigts. Ces signes cèdent aux manœuvres de détente indiquées plus haut. La durée de chaque séance est subordonnée à la tolérance et à l'effet. Jamais il ne faut entrer en lutte avec une réaction qui ne cède pas rapidement, jamais il ne faut dépasser la résistance du sujet. Pratiquement, il vaut mieux s'arrêter dès qu'on a obtenu un résultat suffisant, par crainte de réactions irritatives. Une demi-heure à trois quarts d'heure représentent la durée à ne pas dépasser pour une séance normale d'excitations chiro-électriques bien adaptées aux réactions du moment.

3. Répétition des séances. — Elles peuvent être quotidiennes, quand il s'agit du reliquat d'une cause éteinte; la tolérance est alors le guide le plus sûr.

Si la cause demeure en activité : petites infections, rhumatismes, troubles viscéraux, etc., deux ou trois par semaine sont la dose habituellement utile.

A part les réactions toujours possibles après les premières séances, chacune doit donner un progrès, mais les recrudescences de l'affection causale interrompent trop souvent l'amélioration. Si, malgré tout, le traitement gagne sur les troubles, on peut le continuer; au cas contraire, mieux vaut attendre la fin de la crise.

Dans les affections chroniques, l'amélioration est sujette à des arrêts qui indiquent l'épuisement des réactions utiles. Si cela est possible, il est alors préférable de laisser reposer jusqu'à reprise de la collaboration de l'organisme.

Ainsi comprise et limitée, la réflexothérapie chiro-électrique n'offre aucun danger et peut être appliquée à tous les cas légitimant son emploi, pourvu que le sujet présente encore une résistance et des réactions suffisantes.

III

Résultats. — Cette méthode donne : *a*. une amélioration générale, et *b*. des résultats particuliers suivant les troubles locaux.

A. **Amélioration générale.** — D'ordinaire, le premier résultat du traitement est une vitalité plus grande avec amélioration d'ensemble, physique et psychique. Dans les petites infections chroniques, on est en droit de penser à une réelle immunisation plus ou moins rapide, plus ou moins marquée ; cependant quelques recherches hématologiques n'ont pas montré de modification appréciable de la formule leucocytaire après chaque séance.

Les arthritiques, rhumatisants, sujets atteints d'insuffisances viscérales diverses, obtiennent, d'ordinaire, après les péripéties diverses, une amélioration de leur état général parfois remarquable, avec meilleure résistance à la fatique et moindre susceptibilité morbide. Ceci s'explique, d'une part, grâce à un meilleur équilibre neuro-végétatif, avec régularisation des circulations sanguine et lymphatique; d'autre part, grâce à la disparition des infiltrats et engorgements gênant muscles et viscères, d'où activation de l'ensemble des combustions de l'organisme.

Cette amélioration générale s'observe dès que s'améliorent les troubles des réactions neuro-vasculo-tissulaires et ceci à tous les âges et dans les conditions les plus diverses. Pendant la grossesse notamment, bien des troubles peuvent être combattus ou évités en régularisant les réactions lymphatiques et neuro-végétatives, non seulement autour des organes pelviens, mais dans l'ensemble du corps.

B. **Amélioration des troubles particuliers à chaque cas.** — Les possibilités du traitement varient suivant que la cause morbigène reste ou non en activité. — 1. *Reliquat d'une cause éteinte.* — En régularisant les réactions neuro-tissulo-vasculaires, on ne peut guère modifier la structure des tissus normaux ou des lésions, mais dans bien des cas, les troubles morbides dépendent moins de la cause elle-même que des modifications de ces réactions. Quelques exemples vont le montrer.

Cicatrices. — Les tissus blancs, scléreux, vasculaires, que recouvre une peau amincie ne sont modifiés que grâce à l'activité plus grande des tissus voisins, dont le traitement améliore la nutrition. Mais les épaississements et indurations formant chéloïdes ou surélevant les bords d'une cicatrice rétractée sont améliorables, ainsi que les ectasies vasculaires qui donnent à ces parties une coloration rouge ou violacée.

Périviscérites. — Au cours d'interventions chirurgicales sur des malades antérieurement traités, j'ai pu faire vérifier la persistance des adhérences. Mais les infiltrats, engorgements, troubles vaso-moteurs qui tiraillent ou congestionnent ces adhérences et augmentent la gêne des viscères étant moins accentués, l'amélioration existe, faible, si les adhérences irréductibles prédominent, meilleure ou guérison complète, si les troubles sont essentiellement imputables aux réactions fonctionnelles anormales.

La péripleurite rétractile, reliquat fréquent des affections thoraco-abdominales, déforme et immobilise côtes et rachis, avec souvent dyspnée et troubles du rythme cardiaque ne disparaissant qu'avec elle. La stase lymphatique, sous-jacente à cette péripleurite, entrave le fonctionnement des viscères abdominaux, de l'intestin en particulier.

Périviscérites abdominales. — Infiltrats, engorgements, rétractions gênent les organes qu'ils engainent et déforment, irritent les nerfs viscéraux ou les plexus nerveux, causant les syndromes du carrefour sous-hépatique, des plexus solaire, cœliaque et hypogastrique, des troubles appendiculo-ovariens, etc., avec en plus les symptômes dus à l'existence des mêmes troubles neuro-vasculo-tissulaires aux parois thoraco-abdominales. Si l'affection causale est guérie ou latente, il suffit de régulariser les réactions morbides pour transformer l'état du sujet.

Gynécologie. — La réflexothérapie est ici particulièrement intéressante, puisqu'on en a l'effet sous le doigt. Elle a facilement raison des rétractions qui déplacent et déforment les organes, ainsi que des infiltrats, enraidissements, perturbations vaso-motrices, ici à la fois si fréquents et si importants par les troubles qu'ils déterminent et par la gêne qu'ils apportent à la conception et à la grossesse,

Syndromes cervico-scapulaires. — Ils sont particulièrement fréquents puisqu'aux confluents rétro-claviculaires aboutissent les lymphatiques du membre supérieur, ceux du tronc et de la tête et du cou. Outre les diverses formes de céphalée faciale et cranio-nucale, les enraidissements et courbatures du cou et des épaules, les syndromes laryngés, carotidiens, la plexite brachiale, certains acricyanoses, angines de poitrine, et ils produisent divers troubles : vertiges, angoisse, nervosisme, fatigue cérébrale, bourdonnements d'oreille, congestion et hypertension oculaire, qui modifient plus ou moins l'état psychique, et dont la disparition rend les plus grands services.

Rappelons enfin les algies, troubles des vaisseaux sanguins, la gêne musculo-articulaire des perturbations neuro-tissulo-vasculaires, persistant après disparition de l'affection qui leur a donné naissance.

La cause morbigène est en activité. — La réflexothérapie ne doit pas troubler la consolidation d'une fracture, ni réveiller une arthrite, une synovite, un foyer infectieux mal éteint. D'autre part, elle fatigue sans profit si les troubles qu'elle combat se reproduisent aussitôt, mais elle reste un adjuvant des plus utiles par l'amélioration qu'elle apporte et en facilitant les autres traitements. Nous préférons nous borner à ces indications sommaires, en raison des différences profondes, qui, dans chaque cas particulier, posent le problème d'une manière spéciale.

Conclusions. — 1. Ce que nous appelons réflexothérapie chiro-électrique consiste en excitations, avec la main, seule ou chargée de vibrations électriques, des réflexes neuro-végétatifs, qui commandent la vaso-motricité et les alternatives de relâchement et de rétraction des tissus. Le tonus tissulaire, réglant le drainage lymphatique des tissus, on peut, par son entremise, régulariser infiltrats interstitiels et engorgements lymphatiques.

2. La main excitatrice perçoit la réponse des réactions neuro-tissulo-vasculaires qu'elle met en jeu. Elle adapte l'excitation thérapeutique à l'effet produit dans chaque cas particulier.

3. En ramenant l'équilibre des réactions neuro-tissulo-vasculaires, on supprime les troubles dus à leurs perturbations et on améliore le fonctionnement des organes et la nutrition générale, ainsi que le psychisme. Cette amélioration est surtout marquée si, l'affection causale étant guérie ou latente, les troubles des réactions neuro-tissulo-vasculaires persistent comme cause unique ou principale des symptômes morbides.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1930)

M. J. LHERMITTE, président, prononce l'éloge funèbre de MM. André LÉRI (de Paris), VERGER (de Bordeaux), VON MONAKOW (de Zurich), décédés.

Syndrome de Ménière et paralysie faciale périphérique homologue. — MM. Jean PARAF, Maurice VERNET et BERNAL présentent un cas de syndrome du trou auditif interne pur (paralysie simultanée et exclusive de la VIIe paire et de la VIIIe). L'ordre chronologique d'apparition des troubles est ici particulièrement bien précisé : le bourdonnement violent d'abord, puis, deux heures après, le syndrome vertigineux brutal, suivi, trois heures plus tard, de la surdité totale et de la paralysie faciale. L'étiologie syphilitique est démontrée par la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, et par l'action thérapeutique rapide du traitement spécifique. La discussion des symptômes permet une différenciation des tumeurs acoustiques ou ponto-cérébelleuses et un essai d'interprétation pathogénique des syndromes vertigineux.

Présentation de sept malades opérés de trépanation cranienne pour exploration de la fosse cérébrale postérieure. — MM. DE MARTEL et GUILLAUME présentent sept malades qui présentèrent de l'œdème papillaire et des troubles cérébelleux. Ce syndrome comporte toujours l'intervention. Un nouveau volet, qui donne un jour particulièrement large sur toute la fosse cérébrale postérieure, a permis l'intervention appropriée à chaque cas (tumeur, méningite séreuse kystique), et l'amélioration des symptômes cliniques.

Syndrome supérieur du noyau rouge, forme choréo-athétosique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et A. MIGET présentent une femme âgée de soixante-quatorze ans, qui, en mai 1928, à la suite d'un léger ictus, fut atteinte d'hémiplégie gauche. La paralysie s'améliora en trois semaines, tandis que, du même côté, apparaissaient des mouvements involontaires spontanés. Actuellement, ces mouvements prédominent au membre inférieur, et gênent considérablement la marche.

L'examen met en évidence :

1° Une hémiparésie extrêmement discrète avec exagération des réflexes tendineux;

2° Des signes cérébelleux légers : dysmétrie, asynergie, adiadococinésie;

3° Des troubles choréo-athétosiques peu marqués au membre supérieur, accentués au membre inférieur, en particulier pour les orteils et pour le pied.

Il n'existe aucun trouble trophique, aucune altération des sensibilités superficielles ni profondes, aucune paralysie oculaire.

L'ensemble de ces symptômes, liés, selon toute vraisemblance, à une atteinte de la partie supérieure du noyau rouge, réalise un syndrome particulier, caractérisé par des troubles moteurs contro-latéraux à prédominance choréo-athétosique, sans paralysie de la IIIe paire, syndrome sur lequel MM. Souques, Crouzon et I. Bertrand ont attiré récemment l'attention.

Pour M. Crouzon, il n'est pas certain que l'hémichoréo-athétose post-hémiplégique comporte toujours une localisation sur le noyau rouge.

Sur une forme de sclérose combinée de la moelle. — MM. H. FRANÇAIS et E. FABRE présentent un cas de sclérose combinée de la moelle, caractérisée par trois groupes de symptômes : des troubles vasomoteurs très accusés, avec teinte cyanotique de l'extrémité des quatre membres, des troubles de la coordination des mouvments du membre supérieur droit, et des troubles pyramidaux discrets.

L'intérêt de ce cas réside dans l'intensité des troubles sympathiques, dans le caractère fruste des autres symptômes, dans l'absence d'anémie et dans l'intégrité de l'état général.

Un cas de chorée fibrillaire de Morvan. — M. P. MOLLARET présente un ouvrier polonais de vingt-cinq ans chez lequel s'est trouvé réalisé le tableau typique de la chorée fibrillaire de Morvan, avec son grouillement vermiculaire des muscles des mollets, associé à des secousses fasciculaires, à des myoclonies globales et à quelques déplacements intermittents du gros orteil. Le syndrome était accompagné de grandes crises sudorales et d'une desquamation abondante des mains et des pieds. Il a évolué, en quelques semaines, vers la guérison complète, parallèlement à des stigmates d'hyperexcitabilité musculaire myotonique, qui lui étaient associés. Le malade présentait, en outre, des signes de néphrite hypertensive (17-12), avec 0,60 p. 1.000 d'azotémie.

Un cas d'hémiplégie spinale ascendante chronique. — M. Jacques DECOURT. Chez un homme de quarante ans apparaît, de façon très insidieuse, une paralysie ascendante, qui débute à la jambe droite, puis, très progressivement, gagne, après quatre ans, la cuisse, et, après six ans, le membre supérieur. Cette paralysie affecte le type le plus schématique et le plus pur des altérations pyramidales. L'auteur rejette les hypothèses de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique et de myélite syphilitique, et rapproche l'observation de son malade des faits analogues décrits pour la première fois par Mills. Il tend à ranger l'affection dans un cadre nosologique spécial.

Un cas d'alopécie familiale. — MM. TRÉNEL et PRIEUR présentent une femme atteinte d'alopécie complète, et qui appartient, par son père, à une famille dans laquelle cette affection est héréditaire et se manifeste quelque temps après la naissance. Cette malade présente, en outre, une cataracte d'origine également familiale.

Hémiatrophie linguale au cours d'un processus aigu de névraxite. — MM. O. CROUZON et Henri DESOILLE présentent deux malades qui sont atteints d'hémiatrophie linguale avec fibrillation, sans lésion des autres nerfs bulbaires. Chez l'un des sujets, existent des troubles de la sensibilité subjective, et chez l'autre, une paraplégie flasque apparue en quelques jours. Il peut s'agir d'une poliomyélite ou d'une encéphalite, mais cette dernière ne fait pas sa preuve. Les auteurs insistent, en outre, sur le caractère parcellaire de la lésion bulbaire.

MM. J. LHERMITTE, A. SOUQUES et BOURGUIGNON croient à l'origine poliomyélitique. La poliomyélite antérieure aiguë

peut toucher isolément un noyau bulbaire : pneumogastrique (J. Lhermitte), facial (Bourguignon).

Un cas de gliome kystique volumineux du lobe temporal traité avec succès par simple ponction. — MM. ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS montrent un homme, qui a présenté des crises passagères soit d'aphasie, soit de céphalée et de confusion mentale depuis 1927. En 1927, l'apparition de crises jacksoniennes droites de plus en plus fréquentes, qui intéressaient le membre supérieur et la face, avec légère paralysie faciale droite, hémianopsie du quadrant inférieur droit, grosse aphasie de Wernicke, et la constatation d'une stase papillaire permirent de faire le diagnostic de tumeur du lobe temporal gauche. L'intervention mit en évidence une saillie très large et fluctuante du lobe temporal. Une ponction ramena plus de 200 centimètres cubes d'un liquide brunâtre, riche en cholestérine. L'affaissement des circonvolutions était tel qu'on remplaça une partie du liquide par un peu d'alcool à 90 degrés. L'amélioration fut très rapide, et dix jours après l'intervention, le malade paraissait guéri.

Les auteurs insistent sur l'évolution lente, par poussées, de certains gliomes kystiques, et sur la nécessité de s'en tenir à l'intervention minima, qui peut permettre une longue survie. Toute tentative d'exérèse, dans de telles tumeurs et surtout dans cette localisation, risquerait de déterminer un déficit fonctionnel irréparable, et aggraverait le pronostic opératoire. On connaît de tels cas, dans lequels la guérison clinique a persisté jusqu'à trente ans (de Martel) après une simple ponction.

Sur un cas d'intoxication par la cyclohexenyléthylmalonylurée (tétrahydrogardénal, phanodorme). Localisation du toxique sur l'appareil mésodiencéphalique. — M. LHERMITTE et Mlle Monique PARTURIER. Une jeune fille de vingt-trois ans subit une intervention pour une blessure du pouce. On lui conseille de prendre des comprimés de tétrahydrogardénal, pour lui permettre de prendre un peu de repos et pour atténuer les réactions douloureuses. Deux comprimés de 0g20 de phanodorme sont donc ingérés à 2 heures, et deux autres à 6 heures de l'après-midi.

Une heure après cette dernière prise apparaissaient les premiers symptômes de l'intoxication : délire confusionnel actif, hyperesthésie sensorielle, ralentissement du pouls et de la respiration. La patiente sombre dans un sommeil agité, interrompu vers 11 heures du soir par des vomissements particulièrement abondants. Presque en même temps, le pouls s'accélère et la diplopie apparaît, ainsi qu'un état lipothymique. L'intolérance gastrique persista pendant douze heures, et le lendemain, la diplopie s'atténuait, mais le double ptosis persistait. Pendant vingt-quatre heures, l'anurie fut complète.

Cette observation est le témoignage d'une intoxication méso-diencéphalique pure de tout élément étranger ; elle montre qu'il est juste de placer les barbituriques dans le cadre des hypnotiques sous-corticaux. Les manifestations précédentes permettent de suivre la progression de l'inhibition diencéphalique à partir du centre du sommeil jusqu'au centre de la respiration et de la circulation, en passant par les centres oculo-moteurs.

Syndrome adipose-génital tardif. — M. FOLLY (Nancy). L'observation rapportée est celle d'un homme vigoureux, âgé de trente-deux ans, qui, vers l'âge de vingt-sept ans, acquit un embonpoint exagéré et réalisa un syndrome adiposo-génital très net.

Le malade présente, en outre, des séquelles de deux traumatismes craniens successifs. L'auteur discute le rôle du traumatisme qu'il croit devoir écarter. La radiographie de la selle turcique a été, en effet, négative.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

Les études dentaires, telles qu'elles sont encore pratiquées, pour n'avoir pas suivi la progression qu'avait prévue et préconisée Brouardel au cours de la discussion de la loi de 1892, ne sont plus défendables sous leur forme actuelle. Leur évolution logique et indispensable vers la médecine, ne s'étant pas produite en temps utile et le provisoire actuel n'ayant que trop duré, on en arrive fatalement à la nécessité absolue d'une réforme radicale et totale (1).

En dehors des motifs légitimes qui pouvaient être invoqués jusqu'ici, des circonstances nouvelles interviennent qui donnent un caractère d'extrême urgence à cette réforme.

Du côté des chirurgiens-dentistes, le système des écoles privées, par leur tendance naturelle à l'hypertrophie et à la multiplication, provoque une pléthore de jour en jour plus menaçante. Elle l'est d'autant plus que, comme il est normal, la qualité est en raison inverse de la quantité : et cela qu'il s'agisse de la qualité technique aussi bien que de la qualité professionnelle; les réclames tapageuses, les boutiques même se multiplient d'une façon très inquiétante à tous points de vue.

Cette pléthore, d'autre part, mais pour des raisons différentes, n'est pas l'apanage exclusif de l'art dentaire; elle se manifeste également, pour d'autres raisons dans toutes les professions libérales et cela aussi bien en France que dans toute l'Europe. Si bien que la Confédération internationale des travailleurs intellectuels s'en est, à juste titre inquiétée. Elle réclame une sélection plus rigoureuse, des études plus sérieuses, des examens qui permettent d'obtenir véritablement une élite : toutes choses que réclament également les groupements médicaux.

Les chirurgiens-dentistes veulent-ils rester en arrière dans ce mouvement général de progression, en continuant à refuser la seule mesure véritablement efficace, le doctorat en médecine à la base des études dentaires, ou plus exactement, accepteront-ils que ceux qui gravitent autour des Ecoles leur imposent une telle diminution?

Un dilemme se pose : ou bien une réforme totale des études dentaires sera réalisée, et ainsi les praticiens de l'art dentaire suivront la progression générale qui se dessine; ou bien ces études se poursuivront avec les errements actuels et l'art dentaire sera maintenu dans une situation mineure qui apparaîtra d'autant plus marquée que se développeront les mesures envisagées pour les professions libérales.

Il convient donc, maintenant plus que jamais, d'envisager sérieusement cette réforme. En soi, elle ne comporte que des avantages : avantages pour les malades par l'élévation du niveau professionnel; avantages pour les chirurgiens-dentistes par la diminution de la pléthore qui va actuellement en s'accentuant, du fait du nombre croissant des Ecoles et de celui de leurs élèves qui dépasse 3.500; avantages pour le Corps médical qui trouvera dans cette spécialité un débouché possible pour les étudiants en médecine en surnombre.

A. HERPIN.

La cataracte nucléaire sénile, par le docteur Henri SPINDLER (de Lille). Un vol. de 112 pages, 27 fig. dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, Editions médicales N, Maloine.

(1) Cf. : « A propos de la réforme des études dentaires ». Texte de la proposition de loi Milian-Rio, *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 100, p. 1782.

INFORMATIONS

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Challan de Belval (de Colombier-le-Jeune), Gustave Raymond (de Vichy), René Soubourou (de Ladignac-le-Long), Martin-Deschamps (de Paris), J. Ruland (de Vaals), Paul Rondani (de Grans), André Lin (de Marseille), le médecin commandant L.-G. Chouquet, à Marseille; R. Seyer, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, décédé victime du devoir professionnel; Laurent Antony, chef du service d'urologie de l'hôpital de la Glacière; le professeur Friedrich Pregl, professeur de chimie médicale à la Faculté d'Innsbrück; Edouard Cadenaule (de Bordeaux), Touvreau, ancien médecin de la marine; Tolila (de Casablanca), Mme le docteur Mary Sharlich (de Londres); Vincent Quiret (de Béthune); Paul Rondani (de Grans), André Lin (de Marseille), le médecin commandant L.-G. Chouquet (de Marseille); Maurice Prost (de Saint-Laurent-du-Jura), président du Syndicat médical du Haut-Jura; John Hammond Teacher, professeur de pathologie à l'Université de Glasgow.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE DE LYON. — La Cour d'appel de Lyon a rendu son arrêt dans l'affaire de l'épidémie de fièvre typhoïde de la banlieue lyonnaise, venue devant cette Cour sur appel de la Compagnie générale des eaux. La Compagnie et son directeur, après un long procès, avaient été condamnés, le 12 juin dernier, par le tribunal correctionnel : le directeur, à un an de prison avec sursis; la Compagnie, aux dommages et intérêts envers les victimes de l'épidémie. La Cour d'appel a entièrement confirmé ce jugement avec des considérants extrêmement sévères pour la Compagnie et son directeur. La plupart des dommages et intérêts accordés aux victimes par le tribunal correctionnel sont augmentés.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Ecole Lallier, service du docteur LOUSTE.) — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu* (janvier-février 1931) avec le concours de MM. les docteurs Sabouraud, Pignot, Rivallier, Rabut, Noiré, Thibaut, Lévy-Franckel, Juster.

Les cours auront lieu le lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 11 à 12 h., à partir du 5 janvier 1931, salle des cours, Ecole Lallier (hôpital Saint-Louis), avec présentation de malades, de moulages, de photographies, examens microscopiques directs et cultures.

Un diplôme de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux sera délivré.

Le droit d'inscription est de 200 fr.

S'adresser pour inscriptions et renseignements au docteur Rivallier, Ecole Lallier.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine; Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 5 janvier 1931, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Un autre cours (en anglais) aura lieu du 1er au 11 juillet 1931.

Contrairement à ce qui a été annoncé, il n'y aura, en 1931, à l'amphithéâtre d'anatomie que ces deux cours.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal.

Droit d'inscription : premier cours, 350 fr.; deuxième cours, 500 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

(FORMES CLINIQUES & TRAITEMENT)

Evolution. — Trois éventualités :

1° Tantôt l'abondance du liquide ou sa persistance stationnaire depuis plusieurs semaines obligent à une ponction évacuatrice qui en amorcera la résorption.

2° Tantôt, l'épanchement se reproduit après ponction, devient chronique, prend une teinte hémorragique, et ces signes, de mauvais augure, annoncent le passage à la purulence.

3° Tantôt, spontanément, après deux à quatre semaines de fièvre à 38 degrés, la pleurésie jusqu'alors stationnaire régresse lentement. Pendant quelques semaines encore, il persiste des frottements pleuraux, ou une légère lame de liquide, de l'instabilité thermique.

Il faut traiter ce malade comme un tuberculeux, l'envoyer à la campagne pendant plusieurs semaines ou mois et le surveiller ensuite régulièrement.

Le plus souvent, c'est la *guérison* complète, le malade gardant cependant des symptômes de *symphyse pleurale* témoins de la pleurésie passée.

Tantôt ils sont très discrets et consistent simplement en un peu de submatité avec diminution du murmure vésiculaire, diminution de transparence de la base pulmonaire à la radio, et surtout soudure du cul-de-sac diaphragmatique qui est immobile, et parfois déformé en festons.

Tantôt la sclérose pleurogène est beaucoup plus accentuée, devient mutilante, provoque la rétraction et la sclérose pulmonaire, avec déviation du médiastin, rétraction thoracique et formation d'un véritable *fibrothorax*.

Dans d'autres cas, une *tuberculose pulmonaire* va évoluer en quelques semaines, mois ou années après le déclin de cette pleurésie; c'est pourquoi il faut toujours rechercher dans les antécédents des tuberculeux l'existence d'un épanchement pleurétique. Il sera dans bien des cas l'explication de l'échec du pneumothorax thérapeutique.

2° Cortico-pleurites. — **Début.** — L'atteinte simultanée du poumon et de la plèvre est marquée ici par des signes d'atteinte plus profonde de l'état général. Les manifestations d'imprégnation tuberculeuse sont beaucoup plus accentuées, et le malade très amaigri, fébrile, dyspnéique, pâle et cyanosé, tachycardique, a vraiment l'aspect d'un tuberculeux pulmonaire évolutif.

Etat. — *Signes physiques.* — L'examen physique révèle à la fois des signes pleuraux et des signes pulmonaires.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 101, p. 1714.

La matité, moins franche, s'étend à presque toute la hauteur du poumon. Les vibrations thoraciques ne sont pas toujours abolies. On entend la respiration, d'ailleurs diminuée, sur toute la hauteur du poumon, et parfois à sa place un souffle diffus, de timbre tubo-pleural.

Surtout, fait capital, il existe des *bruits adventices*, râles sous-crépitants plus ou moins gros, nets surtout à la partie supérieure du poumon, au-dessus de l'épanchement.

A l'écran, la limite supérieure du liquide est peu nette et se confond avec les opacités et les condensations parenchymateuses qui tachent le sommet ou la région juxta-hilaire.

Il n'est pas rare, enfin, que ces malades crachent et qu'on trouve des *bacilles de Koch* dans leurs crachats.

La ponction exploratrice ramène un liquide citrin, identique à celui déjà décrit, mais en quantité généralement très petite.

Evolution. — L'*état du poumon fait le pronostic.* Celui-ci est d'ailleurs très variable. Tantôt, le poumon est peu atteint et ses lésions régressent parallèlement aux lésions pleurales. Tantôt, elles évoluent ensemble, les lésions pulmonaires prennent le pas et le pronostic devient celui de la tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse.

L'on conçoit la nécessité, dans la plupart des cas, de créer chez ces malades une *pneumoséreuse* qui permettra à la fois l'évacuation de l'épanchement et l'installation d'un pneumothorax thérapeutique.

B. **Pleurésies secondaires chez les tuberculeux pulmonaires.** — Insidieuses, souvent limitées par des adhérences, elles sont le plus souvent très discrètes cliniquement, et révélées par la radiologie. Elles peuvent encore survenir au cours d'un pneumothorax spontané chez un tuberculeux. Dans tous les cas, leur pronostic, parfois favorable par la compression du poumon qu'elles réalisent, passe généralement au deuxième plan, la gravité de la maladie étant essentiellement fonction des lésions parenchymateuses.

II. **Pleurésies hémorragiques.** — Elles répondent, au point de vue clinique et pronostique, à la même description clinique que les formes précédentes. Cependant, elles sont du plus fâcheux augure : leur reproduction est souvent indéfinie et surtout elles annoncent fréquemment, à délai assez bref, le passage à la purulence.

C'est une forme hémorragique que revêtent en général des pleurésies qui surviennent au cours de la granulie.

III. **Pleurésies au cours des polysérites.** — La pleurésie tuberculeuse peut être une des manifestations de la polysérite tuberculeuse.

a. *Pleuro-péritonite* type Fernet-Boulland : la pleurésie qui peut précéder ou suivre l'apparition de la péritonite est généralement peu abondante ;

b. *Pleuro-péricardite.* — Beaucoup plus grave, l'atteinte péricardique est d'un pronostic presque fatal. Le bacille de Koch ayant touché le péricarde envahit souvent le péritoine : (pleuro-péricarde-péritonite).

Dans tous ces cas, l'atteinte simultanée des deux séreuses y compris la plèvre, est un argument très important en faveur de l'origine tuberculeuse de cette polysérite. (*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Erratum.* — Dans la liste de l'externat : n° 6, au lieu de *Gros*, lire *Gras* (Louis); — n° 341, au lieu de *Gras*, lire *Gros* (Bernard).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Mauriac (Pierre), professeur de médecine expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er décembre 1930, professeur de clinique médicale à ladite Faculté. (M. Verger, dernier titulaire).

— LYON. — Une cérémonie a été organisée par l'Alliance française, à l'occasion du centenaire de l'indépendance belge.

M. Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine, présidait, au milieu de nombreuses notabilités, parmi lesquelles le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique à Paris; M. Henri Pirenne, professeur honoraire à l'Université de Gand, membre de l'Institut; M. Mulatier, consul de Belgique à Lyon. M. Jean Lépine salua ses hôtes et excusa M. Herriot et M. Max, bourgmestre de Bruxelles. M. de Gaiffier d'Hestroy évoqua les liens qui unissent les peuples français et belge. Il formula des vœux de rétablissement en faveur de M. Poincaré. Puis M. Pirenne parla de l'indépendance belge.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er décembre 1930, à M. Launoy, agrégé, chargé de cours à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE ET CENTRE ANTICANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE. — Un concours pour la nomination à quatre emplois d'interne en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse et au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne s'ouvrira le lundi 23 février 1930.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de vingt-sept ans révolus au 1er mars de l'année 1930, non compris le service militaire.

Les étrangers seront admis au concours dans les conditions suivantes :

Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, porte n° 277), dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 17 h., du lundi 12 au mercredi 28 janvier 1931 inclus, où les candidats pourront s'adresser pour renseignements complémentaires qui paraîtront prochainement par voie d'affiche.

I. ÉPREUVES DU CONCOURS. — 1° Une épreuve écrite de quatre heures sur : *a.* l'anatomie, l'histologie et la physiologie; *b.* la pathologie interne; *c.* la pathologie externe.

2° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe. Chaque candidat aura un temps égal pour réfléchir.

3° Une épreuve clinique consistant en un examen de malade et une épreuve pratique de laboratoire dont le jury arrêtera les détails.

II. SITUATION DES INTERNES. — Durée du stage : deux ans,

avec possibilité de prolongation d'un an. Traitement : 1re année, 8.500 fr.; 2e année, 8.900 fr.; 3e année, 9.300 fr., plus des indemnités et des avantages en nature.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Pierre Descomps, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

Nous prions son frère, le docteur Paul Descomps, d'agréer l'expression de notre sympathie la plus vive.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. AUVRAY

Notre ami Maurice Auvray, atteint par la limite d'âge, vient de quitter le beau service de chirurgie de l'hôpital Laennec où pendant tant d'années il s'est adonné à l'enseignement avec une véritable passion. Ses élèves et ses amis ont tenu, à cette occasion, à lui manifester l'expression de leur affection et de leur reconnaissance en lui remettant une médaille due au sculpteur Pillet.

Notre maître M. Pierre Bazy présidait la séance, assisté de M. Ch. Walther, président de l'Association française de chirurgie, du professeur J.-L. Faure et de M. Georges Lardennois.

Dans l'assistance extrêmement nombreuse et qui comprenait beaucoup de dames, nous avons noté la présence de MM. les professeurs Bar, de Lapersonne, Hartmann, Chauffard, Legueu, Proust, Félix Terrien, Marcel Labbé, Sergent, Baudouin, de MM. Siredey et Morax, des généraux Sieur et Rouvillois, de MM. Arrou, Michon, Alglave, Dujarier, G. Labey, Chevassu, Küss, Fredet, Guéniot, Bourgeois, Claisse, Jousset, Rist, Baumgartner, Funck-Brentano, Basset, Rouhier, Picot, Sauvé, Girode, de Mme Sorrel-Déjerine, de MM. Dartigues, Noguès, Banzet, Eugène Terrien, Chauvel, Maingot, Gaston Doin, Henri Collin et de M. Cornevin, directeur de l'hôpital Laennec. Tout le service d'Auvray était présent, ainsi que ses infirmières, enfin plusieurs amis de Normandie avaient tenu à témoigner à Auvray que ses malades de la plaine de Caen n'oublient pas celui qui tant de fois les soulagea ou les guérit.

M. WALTHER en quelques mots très affectueux dit tout ce que l'*Association française de chirurgie* doit à celui qui en fut le secrétaire général et qui l'an dernier présida avec éclat le Congrès de l'association.

M. J.-L. FAURE parle au nom des amis d'Auvray. Son éloquence aux formes si brillantes et si variées lui a permis de donner à son allocution un tour familier qui ravit l'auditoire. Il était impossible de dire d'une façon plus charmante et plus émouvante l'affection et l'estime que ses amis ont pour Auvray.

M. LARDENNOIS, au nom des assistants d'Auvray, vint lui apporter l'expression d'une reconnaissance qui n'est pas près de s'éteindre. Il retraça avec une précision admirable les étapes de la carrière de son maître. « Vous avez gravi tous les degrés, conquis tous les grades et vous n'avez pas vieilli....., ceux qui ont vécu à vos côtés peuvent dire pourquoi vous avez des amis, c'est parce que vous avez toujours été bienveillant, toujours modeste, que vous n'avez jamais cessé de travailler, ni de vous consacrer à l'enseignement et toujours avec le plus pur désintéressement..... Votre nom est inscrit dans tous les chapitres de la pathologie chirurgicale, votre pratique chirurgicale est faite de sévérité, de minutie, de sécurité, vous êtes de ceux qui ont inspiré J.-L. Faure quand il écrivit *La Science et la Conscience en chirurgie*..... »

M. BAZY, avant de donner la parole à Auvray, s'associa aux précédents orateurs et rappela notamment en quelle grande estime le tenait son maître Tillaux.

Très ému, on le comprend sans peine, AUVRAY remercia les orateurs. Avec sa modestie habituelle, il reporta tout le mérite de sa carrière sur ses maîtres, sur son premier maître d'abord, son père le professeur Auvray (de Caen), sur Tillaux dont il fut l'externe, l'interne, puis l'assistant, sur notre cher maître Le Dentu dont le souvenir reste toujours si vivant, sur Terrier enfin.

Auvray dit ensuite tout ce qu'il doit à sa longue collaboration avec ses assistants Lardennois, Sauvé et Girode, il dit le mérite de ses internes, le dévouement de ses infirmières, et s'il ne parla pas de lui, il laissa cependant entrevoir qu'il entendait bien ne pas se reposer dans une retraite inactive. Tout ceux qui le connaissent n'en ont jamais douté.

F. L S.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE. (PARIS, 26-31 juillet 1931.) — Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du IIIe Congrès international de radiologie :

1° *Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif.*

2° *Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques.*

3° *Traitement pré et postopératoire du cancer du sein par les radiations* (à l'exception des récidives et des métastases).

4° *Radiothérapie des affections inflammatoires.*

5° *Electrothérapie diathermique des affections inflammatoires.*

Une conférence de trente minutes en séance plénière, toutes sections réunies, sera faite sur chacun de ces sujets. Tous les congressistes sont invités à apporter dans des communications particulières et au cours des discussions générales les résultats de leur expérience sur ces questions.

Les résumés dactylographiés des communications, de 400 mots au maximum; en français, anglais ou allemand, doivent parvenir au secrétariat avant le 1er avril 1931.

La cotisation est de 300 fr. français par membre titulaire et de 50 fr. français par membre adjoint (personnes de la famille).

Les congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 p. 100 sur le prix du trajet aller et retour des chemins de fer français.

Après le Congrès, plusieurs voyages à prix réduits seront organisés pour les membres du Congrès dans diverses régions de la France avec visites de stations d'eaux thermales et minérales.

Adresser toute la correspondance au secrétariat du IIIe Congrès international de radiologie, 122, rue La Boétie, Paris (VIIIe).

RENSEIGNEMENTS

JOLIE VILLA idéale pour repos ou convalescence, à Beaulieu-sur-Mer. — Ecrire Monier, 6, jardin d'Alsace-Lorraine, à Nice.

**

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES DES ENFANTS

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

(Annexe Grancher).

I. AFFECTIONS CIRCULATOIRES

Mort subite par rupture d'un anévrisme du cœur chez le nourrisson. (W. LAVES. *Wiener klin. Woch.*, 14 nov. 1929.) — L'auteur rapporte l'autopsie d'un enfant de six mois mort subitement.

Le péricarde était rempli d'un liquide sanguinolent. Le cœur était hypertrophié surtout dans son ventricule gauche. A la pointe, on trouve une voussure hémisphérique, blanchâtre, attenant au ventricule gauche mais ayant une limite précise; sa surface montre une fissure de 3 millimètres avec caillots. Endocarde, valvules, artères coronaires sont intacts de même que le reste du ventricule. La couche musculaire, aux approches de la pointe s'amincit et fait place à un tissu de consistance calleuse. A ce niveau, un rétrécissement infundibulaire d'un 1/2 centimètre conduit dans la poche anévrismale qui est remplie de caillots et dont la paroi est constituée par une mince cloison conjonctive à laquelle viennent, de part et d'autre, s'adosser péricarde et endocarde. On trouve, à ce niveau, quelques capillaires entourés d'un manchon d'infiltration lymphoplasmocytaire. Vers le myocarde le tissu conjonctif est pauvre en noyaux avec quelques zones calcifées et quelques petits vaisseaux oblitérés environnés de zones d'infiltration. A mesure qu'on s'éloigne du myocarde, les fibres musculaires reprennent le pas sur l'élément conjonctif mais il subsiste autour des vaisseaux de l'infiltration lymphoplasmocytaire. Pas d'oblitération vasculaire. On ne trouve pas de tréponèmes.

Donc rupture d'un anévrisme du cœur consécutif à une myocardite.

S'agit-il d'un processus embolique ou d'un foyer de myocardite syphilitique?

La mère du sujet présentait un Wassermann positif. Le sujet lui-même n'avait aucun autre passé pathologique qu'une poussée furonculeuse six semaines avant sa mort. Or, des staphylococcies peuvent être l'origine d'accidents de cette nature.

L'auteur conclut en faveur de la syphilis en raison de l'âge du sujet, des lésions diffuses de myocardite, du Wassermann maternel et de l'infiltration lymphoplasmocytaire. On ne peut cependant parler ici de certitude entière.

R. LEVENT.

Hypertrophie cardiaque chez un enfant. (J.-J. SAVAGE. *The Lancet*, 15 fév. 1930.) — Un enfant de cinq semaines amené à l'hôpital pour faiblesse et cyanose marquée de la face et des extrémités, a toujours été d'une faiblesse anormale et n'a qu'à peine dépassé son poids de naissance (de 240 gr.).

L'examen montre une difficulté extrême de la respiration provoquant un tirage généralisé qui ferait penser au croup si le stridor ne manquait.

Enorme matité cardiaque débordant à droite le sternum sans anomalie à la palpation ni à l'auscultation. Aucun signe stéthoscopique pulmonaire anormal. Pas d'examen radioscopique. L'enfant meurt brusquement quelques heures après son entrée.

L'autopsie montre un cœur énorme refoulant les poumons à la partie postérieure du thorax. Le ventricule droit hypertrophié occupe plus de volume que le gauche; la seule anomalie est une communication auriculaire très étroite et que ne peuvent expliquer l'hypertrophie cardiaque ni les symptômes observés.

R. LEVENT.

Les faux diagnostics de cardiopathie congénitale chez l'enfant. (MOUQUIN et LOUVEL. *Bull. méd.*, 22 fév. 1930.) — On tend trop souvent à considérer comme congénitales les cardiopathies chez l'enfant toutes les fois que le souffle n'est pas absolument typique, le rythme normal ou si la cyanose est marquée.

Lorsqu'il y a un souffle systolique c'est son siège mésocardiaque ou son timbre râpeux ou intense qui induisent en erreur. De tels souffles peuvent cependant, surtout chez des enfants anémiques, n'être qu'anorganiques. Pour faire le diagnostic de communication interventriculaire un ensemble de signes cliniques et radiologiques est nécessaire; de même pour parler de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Il faut aussi penser à la compression possible de l'artère par des ganglions de voisinage (inflammatoires ou tuberculeux) si le souffle siège au foyer pulmonaire et rechercher les autres signes de compression en même temps que les symptômes radiologiques.

On peut aussi confondre avec une maladie de Roger, ou avec un rétrécissement de l'artère pulmonaire une affection mitrale acquise, insuffisance ou rétrécissement. L'auscultation soigneuse en décubitus latéral gauche montrera alors que le foyer d'auscultation, même anormal, de bruits mitraux s'est déplacé vers l'aisselle. Ici encore radiographie.

Les erreurs, enfin, sont possibles entre une lésion aortique avec double souffle et un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire associé à une insuffisance pulmonaire.

Il faut aussi penser que même chez l'enfant une affection broncho-pulmonaire chronique et grave peut avoir un retentissement cardiaque; on connaît après la coqueluche la compression de l'artère pulmonaire par une masse ganglionnaire. Cette dernière peut être une cause d'artérite, et il faut tenir compte, au point de vue pronostic et diagnostic, de la polyglobulie.

Dans d'autres cas, enfin, on peut être induit par l'absence de tout souffle en une erreur opposée. R. LEVENT.

Les bradycardies chez les jeunes sujets. (GOMEZ. *Bull. méd.*, 22 fév. 1930.) — L'auteur distingue les bradycardies totales, d'origine sinusale, portant sur le cœur entier, et les bradycardies par dissociation dues à un désaccord entre les oreillettes et les ventricules par trouble de la conduction atrio-sinusale.

Parmi les bradycardies sinusales, les unes, rares, sont d'origine congénitale et familiales, d'autres sont constitutionnelles. D'autres, enfin, sont symptomatiques, qui sont les seules intéressantes au point de vue pathologique. Certaines sont dues à des infections, en particulier la fièvre typhoïde et la diphtérie. D'autres, enfin, sont dues à des affections nerveuses; elles ne sont jamais très accentuées (50 à 60 pulsations par minute), se modifient à l'effort, au changement de position du malade, à la compression des globes oculaires, etc., très variables d'ailleurs parfois d'un moment à l'autre; leur pronostic est celui de l'affection causale.

Parmi les bradycardies par dissociation, les unes sont acquises, les autres congénitales.

Les acquises sont rares chez l'enfant ; elles succèdent à une toxi-infection (rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, diphtérie) et s'associent en général à d'autres lésions cardiaques (valvules, myocarde).

Les congénitales, parfois familiales ou héréditaires, peuvent exister isolément ou s'associer à une commuuication interventriculaire. Elles sont très rares, mais leur existence est incontestable. Leur étiologie est obscure; peut-être relèvent-elles d'affections évoluant pendant la vie intra-utérine : infections diverses, syphilis.

Elles ne se manifestent parfois que tard ou même, en l'absence de tout signe fonctionnel, peuvent n'être découvertes que par hasard. Plus rarement existent des symptômes nerveux qui peuvent être graves, allant du simple état vertigineux jusqu'à la syncope avec perte de connaissance et mort. Parfois se réalise un véritable syndrome d'Adams-Stokes.

Le pouls radial est ralenti (30 à 70) et demeure fixe malgré efforts, attitudes, etc. A l'auscultation on perçoit, outre le ralentissement cardiaque, les « bruits en écho » de Huchard, traduction des systoles auriculaires, signes qui s'associent, le cas échéant, à ceux des autres lésions cardiaques.

L'électrocardiogramme témoigne de la dissociation auriculo-ventriculaire.

Beaucoup moins sévère que chez l'adulte, le pronostic demeure réservé en raison des accidents nerveux. Toutefois le pronostic fonctionnel (grossesses, service militaire) est habituellement bon.

Le diagnostic positif est basé sur la lenteur du pouls, plus marquée que dans les bradycardies sinusales et sur sa fixité (épreuve du nitrite d'amyle et de l'atropine, de la compression des globes oculaires), et sur l'électrocardiographie.

Le traitement s'adresse à l'affection causale (infections, syphilis à laquelle il faut toujours penser). Repos au lit, atropine au cas d'accidents nerveux. Tout traitement symptomatique est habituellement superflu. R. LEVENT.

II. AFFECTIONS DIGESTIVES

Melæna des nouveau-nés et ulcère perforant du duodénum. (I. S. SCHWARTZ. *Centralbl. f. Chir.*, 1er fév. 1930.) — Il existe des cas de perforation duodénale chez le nouveau-né qui peuvent être considérés comme analogues aux cas relevés chez l'adulte de perforation aiguë de l'estomac ou du duodénum. L'auteur en publie une observation personnelle avec autopsie chez un nouveau-né porteur de pemphigus. Il n'en propose aucune étiologie et se borne à écarter ici la syphilis en raison des antécédents, de la présence d'une réaction de Wassermann négative et de l'absence de lésions spécifiques et de tréponèmes au niveau de l'ulcération, de la rate, des reins et du foie.

Pour l'auteur il s'agit ici de faits que n'expliquent aucune des théories communément admises; on constate seulement que du fait d'une infection ou d'une thrombose la circulation locale insuffisamment assurée donne des accidents de nécrose. Il semble que le processus se développe du fait d'une infection déjà en évolution dans l'organisme ou d'une insuffisance organique; c'est le rein qui lui semble dans ces cas devoir être tenu en suspicion.

Le pronostic en est extrêmement grave en raison de la diffusion péritonéale et du fait de la gravité de l'état d'anémie qui résulte de l'hémorragie. Le tableau clinique est d'ailleurs très pauvre; il n'y a issue de sang par les selles ou par hématémèse que très rarement lorsque c'est le duodénum qui est perforé.

Aucun traitement opératoire n'est possible à cet âge; seule la transfusion sanguine peut donner de bons résultats à la condition qu'elle soit assez précoce. R. LEVENT.

Le traitement du pylorospasme chez le nourrisson. (RAMSTEDT. *Deut. med. Woch.*, 28 fév. 1930.) — Ce n'est que lentement que la pylorotomie entre dans les habitudes médicales et pourtant, tant entre les mains de l'auteur que d'autres chirurgiens, les résultats en paraissent habituellement bons. Une première enquête de l'auteur, faite dans 60 établissements recevant des enfants ou des nourrissons, a montré sur 1.842 cas une mortalité moyenne de 18 p. 100, ce qui est trop considérable en comparaison des chiffres communément publiés. Sur 1.345 sujets traités médicalement, 16 p. 100 de morts; sur 497 opérés, 22,5 p. 100 de morts; l'auteur considère que l'on a habituellement trop attendu pour pratiquer l'intervention. Il considère malgré ces résultats que la pylorotomie améliore considérablement le pronostic, d'accord sur ce point avec Kirschner.

Une autre série statistique portant sur 15 établissements différents a fourni 562 opérés plus précocement pour lesquels l'auteur ne donne pas de pourcentage. Mais 60 cas opérés par lui n'ont donné lieu qu'à 2 morts. R. LEVENT.

Oblitération congénitale de canaux biliaires (deux observations). (LESLIE COLE et C. H. WHITTLE. *Brit. Journ. of Child, dis.*, oct.-déc. 1929.) — *Première observation.* — Garçon de cinq mois né normalement et sans antécédents familiaux. La jaunisse apparaît au troisième jour et s'accroît pendant trois mois. A quatre mois, vomissements, ictère urinaire, le foie est gros et de consistance irrégulière; rate normale, Wassermann négatif; mort au bout de cinq jours.

A l'autopsie : gros foie vert jaune, dur à la coupe; cirrhose multilobulaire avec petits foyers d'infiltration inflammatoire; quelques zones en dégénérescence graisseuse ou en nécrose; pas de lésions vasculaires ni de lésions évidemment spécifiques. Absence de la vésicule et des voies biliaires extrahépatiques remplacées par du tissu fibreux compact; les voies biliaires intrahépatiques sont distendues. Adénopathies mésentériques et le long du canal thoracique; hémorragies dans l'intestin, la rate, les poumons; aucun microbe identifié.

Deuxième observation. — Garçon de huit semaines. A la troisième semaine hématurie et melæna légers durant une semaine. Selles décolorées; coloration normale des urines. A huit semaines retour des hémorragies, vomissements, agitation.

Le foie est gros et dur; décoloration des matières, pigmentation des urines. Anémie, Wassermann négatif, cachexie, convulsions, mort à onze semaines.

A l'autopsie : cirrhose et stase biliaire de même caractère que plus haut. La vésicule existe ainsi que les voies biliaires sous-jacentes mais ne contient qu'un mucus pâle; le canal

hépatique est absent. Adénopathies mésentériques; hémorragies intestinales et pulmonaires.

La pathogénie de ces lésions et leur rapport avec la cirrhose sont mal connus et différemment interprétés; les observations ci-dessus et surtout la première militent en faveur de la lésion congénitale à l'origine de tout le syndrome.

Des cholécystostomies de divers types ont été couronnées de succès dans certains cas, mais il ne semble pas que les deux cas ci-dessus auraient pu être d'aucune façon influencés par un traitement chirurgical. R. LEVENT.

III. AFFECTIONS NERVEUSES

Contribution à l'étude de l'avenir des enfants atteints de mongolisme. (Noël SPÜHLER. *Revue méd. de la Suisse romande*, août 1929.) — L'auteur est parti à la recherche des mongoliens hospitalisés de 1912 à 1928, à la Clinique infantile de Zurich, pour se renseigner sur leur degré de développement psychique et physique et a joint à sa statistique les observations faites au cours de son enquête sur les mongoliens étrangers à cette série, épisodiquement rencontrée (17).

Sur 69 mongoliens, 4 ont été perdus de vue; sur 4 autres, on n'a pu avoir que des renseignements indirects; 51 ont été réexaminés.

De 1912 à 1920, 18 ont été hospitalisés à Zurich et 41, de 1920 à 1928; différence qui paraît seulement due à l'attention plus généralement accordée par les médecins à ce syndrome.

Sur 48 malades, 17 sont dans des asiles, tout espoir d'amélioration est abandonné.

La mortalité a été de 44 p. 100 (26 sur 59). 92 p. 100 de ces sujets sont morts avant sept ans et le plus grand nombre d'entre eux, au cours de la première année.

D'une manière générale, ces sujets semblent résister mal aux affections aiguës, surtout pulmonaires. A noter chez eux une certaine fréquence des affections cardiaques congénitales.

Dans l'étiologie du mongolisme l'auteur a noté, comme déjà on l'avait fait avant lui, que la mère était généralement âgée; l'âge paternel semble, au contraire, de peu d'importance. 54 fois sur 66, le mongolien a été le dernier né d'une famille de plus de six enfants, ce qui corrobore aussi des observations antérieures. Souvent, le mongolien est né un temps notable après l'enfant précédent.

Les maladies maternelles au cours de la grossesse et l'alcoolisme des ascendants semblent jouer un certain rôle. La syphilis paraît peu fréquente.

Parmi les sujets observés, il y avait 45 garçons et 31 filles. 52 p. 100 des sujets ont dépassé la dixième année, 10 p. 100 seulement la vingtième.

Morphologiquement, ils présentent en général une peau flasque avec livedo, de l'hypotonie musculaire. La taille est inférieure à la normale et d'autant plus que le sujet approche plus du terme de la croissance. Les malformations et les lésions dentaires sont habituelles. La moitié des sujets est anémique (taux d'hémoglobine $<$ 60 p. 100). Il y a une prédisposition marquée aux affections pulmonaires en général, mais non à la tuberculose en particulier.

Ces sujets sont toujours moins développés que leur âge ne e comporte mais avec tous les degrés possibles dans cette diminution. Jusqu'à six ans ce sont, en général, des arriérés placides et certains le demeurent toujours, tandis que d'autres s'éveillant un peu deviennent agités et anxieux. Tous sont des inattentifs, sachant un peu lire mais ne sachant guère dessiner et moins encore écrire, un peu orientés dans l'espace très peu orientés dans le temps, avec une tendance très marquée à la pitrerie; ils sont habituellement affectueux mais beaucoup moins musiciens qu'on ne l'a dit.

Ils parviennent rarement à l'état adulte, d'ailleurs ils perdent peu à peu leurs caractères particuliers de mongolien; ils demeurent petits, hypotoniques avec une tendance marquée à l'obésité, surtout la femme. Ce sont des hypogénitaux tant pour les caractères primitifs que pour les caractères secondaires.

A tout âge, ils sont peu actifs; leur apathie tend même à s'accroître après l'âge de seize ans. Aucune initiative, aucune possibilité de subvenir même en partie à ses besoins.

Le pronostic quoad vitam est bon lorsque la deuxième enfance est achevée; le pronostic intellectuel est irrémédiablement mauvais.

Le traitement thyroïdien n'a jamais qu'un effet partiel et qui ne se fait sentir que pendant les premières années de la vie. R. LEVENT.

Etude du métabolisme du calcium dans la chorée infantile. (E. C. WARNER. *Lancet*, 15 fevr. 1930.) — Dans la chorée, le taux du calcium sanguin est plutôt abaissé et se relève quand la chorée diminue et la valeur finalement atteinte en est comparable à celle observée chez les sujets témoins : convalescents d'affections osseuses. Ils sont plus bas chez les sujets de la classe pauvre qui ont fait l'objet de la présente étude que chez six étudiants de dix-sept ans en bonne santé.

Si les résultats des études de Howland et Kramer sont confirmés et qu'il soit prouvé que l'enfant a une calcémie plus élevée que l'adulte, c'est aux conditions défectueuses d'existence qu'il faudrait attribuer l'abaissement anormal de la calcémie chez des enfants vivant dans une hygiène défectueuse. On comprend aisément que chez l'enfant dont la croissance est rapide, il faut une grande quantité de Ca pour le squelette; à cet âge le rachitisme est fréquent, associé ou non à la tétanie.

Le taux du calcium dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la chorée est constamment abaissé; en même temps existe une hyperexcitabilité électrique des muscles et des nerfs périphériques. A la guérison le taux du calcium dans le liquide céphalo-rachidien se relève et l'excitabilité électrique s'atténue.

Or (Marrack et Thacker) les taux de calcium dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang sont équivalents; donc dans la chorée, tous les tissus, y compris le cerveau, manquent d'ions Ca.

De plus, en raison de son rôle nutritif important, le liquide céphalo-rachidien pauvre en calcium peut être considéré comme modifiant l'excitabilité des centres nerveux; d'où également les lésions nerveuses constatées par Poynton et Holmer. Il faudrait voir là une raison de la fréquence relative de la chorée à l'âge de la croissance et de sa rareté après vingt-cingt ans, hors le cas de grossesse.

Ceci ne contredit pas le rôle possible du rhumatisme ou des infections dans la genèse de la chorée, ce genre de sujets y étant sans doute plus exposé. Il s'accorde, au contraire, avec le rôle que jouent dans certaines affections les parathyroïdes, régulatrices des échanges calciques, ce qui pourrait comporter certaines conséquences thérapeutiques.

R. LEVENT.

Un cas intéressant de syphilis cérébrale chez une fillette de neuf ans. (G. PAPP. *Wiener klin. Woch.*, 21 nov. 1929.) — Un sujet de neuf ans est amené pour hémiplégie droite avec aphasie datant de quarante-huit heures apparue progressivement au réveil. Un peu d'hypertonie du côté atteint, exagération des réflexes tendineux. Babinski positif, paralysie faciale complète, inégalité pupillaire, pas de troubles sphinctériens.

Wassermann fortement positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

L'amélioration se montre bientôt sous l'influence d'un traitement par le néosalvarsan et le mercure en frictions, puis apparaissent des contractures que l'on traite par l'électricité et le massage en même temps que l'on continue le traitement spécifique. Le Wassermann demeure positif.

S'agit-il d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise? Il n'existe aucun stigmate physique ni intellectuel; aucun antécédent personnel, héréditaire, ni collatéral; la mère seule a nourri ses enfants.

La mère a, par contre, un Wassermann fortement positif en l'absence de tout autre symptôme ou antécédent tandis qu'un autre enfant et le père ont un Wassermann négatif.

R. LEVENT.

De quelques troubles d'incoordination neuro-musculaire chez l'enfant. (F. S. LANGMEAD. *Brit. Journ. of Child. dis.*, janv.-mars 1929.) — Ces troubles frappent des organes dont l'élément fonctionnel principal est le tissu musculaire lisse et dont la configuration générale est tubulaire. Qu'il s'agisse d'un spasme localisé à certaines régions, ou qu'il y ait inhibition du mécanisme dilatateur le résultat est le même : une occlusion fonctionnelle plus ou moins intense et durable, disparaissant à la mort. L'examen ne décèle le plus souvent, ante ou postmortem, aucune lésion suffisante pour l'expliquer; les troubles inflammatoires légers, qu'on peut dans quelques cas trouver au niveau de certaines tuniques, sont des phénomènes dus à l'occlusion et non sa cause.

L'âge d'apparition varie; le plus souvent les troubles apparaissent dans le premier âge, parfois dès les premiers jours; d'autres fois, malgré leur origine congénitale, ce n'est qu'au bout d'un nombre d'années plus ou moins grand qu'un syndrome clinique de quelque importance se trouve constitué.

Quant à la symptomatologie c'est pour la plus grande partie affaire de localisation et les tubes atteints sont nombreux : cardiospasmes œsophagiens, dilatation idiopathique du côlon (maladie de Hirschprung), spasme et hypertrophie pylorique (en dehors des cas réels et constatés d'hypertrophie vraie), spasme anal sans lésions, dilatation idiopathique des uretères ou de la vessie, hydronéphrose.

Dans tous ces cas c'est d'un trouble dynamique qu'il s'agit et c'est le système nerveux sympathique ou parasympathique qui est à l'origine des troubles. Pour certains organes les fibres nerveuses sont lésées à distance à leur réflexion dans ou autour des ganglions nerveux; pour d'autres organes les lésions existent localement, mais c'est au niveau des plexus nerveux sympathiques intrapariétaux seuls qu'on les trouve; l'élément moteur des tuniques est indemne.

R. LEVENT.

IV. AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Le traitement de la bronchiectasie dans l'enfance. (Félix BASCH. *Wiener klin. Woch.*, 20 mars 1930.) — Un traitement combiné par l'émétine, la transpulmine (combinaison camphre-quinine) et le salvarsan intramusculaire a paru dans plusieurs cas guérir la bronchiectasie chez l'enfant. Dans un cas de bronchiectasie bilatérale il y a eu échec, mais on a obtenu un très bon résultat par le pneumothorax bilatéral (insufflations alternées). Comme le diagnostic de bronchiectasie ne peut être fait de façon assurée qu'à une période très précoce de l'évolution, que les affections provocatrices ou prédisposantes sont par ailleurs bien connues (grippe, congestion pulmonaire, rougeole, coqueluche), le traitement prophylactique est au moins aussi important que le traitement curatif, et les indications de l'émétine s'en trouvent étendues. On devrait, selon l'auteur, l'employer de façon précoce dans tous les cas de toux persistante avec faible expectoration succédant à l'une des affections ci-dessus énumérées.

R. LEVENT.

V. AFFECTIONS URINAIRES

La pyélite expérimentale et ses rapports avec l'infection urinaire chez l'enfant. (H. F. HELMHOLTZ. *Brit. Journ. of Child. dis.*, oct.-déc. 1929.) — Cette affection a été longtemps ignorée ou méconnue, et la constatation de pus dans les urines ne fait, isolée, que favoriser la confusion avec d'autres infections locales, la vaginite particulièrement; les succès thérapeutiques aisés dans ces cas s'opposent à la résistance de la maladie dans certains cas de pyélite réelle et à leur passage à la chronicité.

En clinique ce qui paraît une bactériurie vraie n'est parfois que le transport de microbes sur la sonde, ou la souillure des urines, par une diarrhée par exemple; en particulier chez la fillette.

Expérimentant sur le lapin, l'auteur a essayé, dans diverses conditions, de reconnaître le mode de passage des microbes à travers le rein sain. Quelles que soient ces conditions expérimentales, il semble que le plus souvent les microbes soient arrêtés par le rein à moins que celui-ci n'ait été suffisamment lésé.

Un mélange de streptocoques et de staphylocoques, même très riche en microbes, ne donne guère de bactériurie avant la quatrième ou la sixième heure après l'injection; et encore est-il habituellement nécessaire que les lésions rénales soient assez importantes.

Si on injecte un mélange staphylocoques + coli dans les veines, les staphylocoques sont seuls éliminés; le coli même virulent ne paraît pas se localiser dans le rein ni apparaître dans l'urine. Les staphylocoques à eux seuls produisent des abcès du rein.

Si on injecte séparément ces deux espèces microbiennes avec un décalage suffisant et en commençant par le staphylocoque, il se produit des abcès à staphylocoques, mais pas, sauf exception, d'élimination du coli par l'urine, même en deux semaines. Le coli aborderait donc un rein, même lésé, par ailleurs que la voie sanguine.

L'auteur a pu, par injections intraveineuses de diverses souches de coli extraites de l'urine, reproduire la pyélite chez l'animal mais pas dans plus de 10 p. 100 des essais; 3 souches seulement ont fait preuve d'une nocivité constante pour le rein, 2 issues d'une pyélite du lapin, 1 d'une pyélite du nouveau-né. Il y a eu 66 p. 100 de résultats positifs. Mais une des souches a perdu ce pouvoir en un mois et une seule des autres s'est montrée nocive par voie vésicale.

Histologiquement, l'auteur a trouvé dans les infections d'origine sanguine des foyers infectieux de la corticale et de la médullaire; la pyélite à peu près constante est secondaire; les lésions rénales très minimes peuvent échapper à un examen superficiel; elles guérissent très rapidement. La papille présente de l'infiltration sous-épithéliale et celle-ci se prolonge entre les tubes. Un peu d'infiltration de la muqueuse, de l'uretère et du tissu cellulaire pelvien; lymphatiques péri-uretéraux intacts.

Dans les infections ascendantes, il y a histologiquement infiltration diffuse du tissu cellulaire pelvien, rien au rein; donc plutôt pyélite que pyélonéphrite; l'infiltration péri-uretérale existe sur toute la longueur du conduit mais n'est pas constante.

La rapide extension des lésions chez l'homme empêche de séparer aussi nettement les formes; l'examen endoscopique précoce permet seul parfois le diagnostic.

L'auteur a également cherché à préciser la valeur chez le lapin de la bactériurie.

Il semble que dans les cas d'infection par voie descendante celle-ci n'ait aucune tendance à se perpétuer dans les voies urinaires inférieures lorsque la partie supérieure du tractus est purifiée.

Il est difficile d'expliquer pourquoi sont efficaces les divers traitements. Mais il est utile de procéder à des examens bactériologiques fréquents pour pouvoir dans les formes rebelles soupçonner et découvrir les dispositions anatomiques anormales; c'est le seul traitement chirurgical qui, dans ce cas, peut être efficace, le traitement médical y est toujours impuissant.

VI. INFECTIONS INFANTILES

Le malaise d'incubation dans la rougeole. (G. F. ABERCROMBIE. *Brit. Journ. of Child. dis.*, janv.-mars 1929.) — L'auteur décrit sous ce nom (Illness of infection) un syndrome parfois observé chez un sujet qui vient de se trouver en milieu contagionnant. C'est un petit syndrome infectieux apparaissant presque immédiatement ou au plus tard dans les quarante-huit heures avec la rencontre contagionnante : élévation thermique, coryza avec larmoiement, quelquefois éruption morbilliforme qui disparaissent au bout de deux jours, sans quelquefois grand malaise. Le calme dure la période d'incubation classique de la rougeole, au bout de laquelle apparaissent les signes classiques; l'auteur en rapporte plusieurs observations dont certaines familiales.

Ces faits étaient déjà connus mais considérés comme exceptionnels; ils sont pour l'auteur loin d'être rares, mais sont souvent trop estompés pour ne pas échapper à l'observation.

Il y aurait cependant grand intérêt à ce qu'ils fussent plus souvent recherchés et constatés; la puissance de contagion de la maladie en serait diminuée et l'on y trouverait de plus de nombreuses occasions d'une prémunition agissante par le sérum de convalescents.

R. LEVENT.

Observations et recherches sur l'épidémie de grippe de cette année. Le stade secondaire de la grippe chez les enfants. (C. NŒGGERATH. *Klin. Woch.*, 1er oct. 1929.) — On croit souvent chez l'enfant à la guérison de la grippe ou à une convalescence alors qu'il s'agit en réalité d'un stade secondaire où la fièvre peut manquer mais où existe une prédisposition notable à certains accidents, nerveux en particulier.

L'auteur base son étude sur 157 observations et a relevé diverses manifestations cliniques de cette grippe, latente ou larvée. Ce peuvent être des foyers secondaires à distance : vulvo-vaginites, réveil d'une gonorrhée vulvo-vaginale latente, pyélocystites, entérites avec diarrhée ou constipation, impétigo, hydrosadénites, stomatites, otites moyennes, laryngites, bronchites parfois apyrétiques et en imposant pour une tuberculose, enfin réveil des localisations grippales premières. Mais le plus souvent ce n'est pas le virus grippal qui est en jeu; on constate en effet parfois le réveil de foyers tuberculeux anciens.

Il se produit aussi parfois des troubles circulatoires fonctionnels plus ou moins capricieux que l'auteur impute à l'asthénie grippale, des bradycardies; des troubles des fonctions hémopoiétique ou leucopoiétique. Le retour à la formule sanguine peut se faire attendre quinze jours et même davantage.

On a constaté aussi des augmentations de volume du foie et de la rate, des troubles du métabolisme de l'eau.

Importantes enfin la « névrose végétative » des enfants et l'encéphalite grippale décrites par Feer.

Pour distinguer ces malades de convalescents véritables, on ne doit pas en pratique tabler sur le retour de l'appétit qui est un signe trompeur. Le retour à la normale de la formule sanguine est un bon signe.

On doit au contraire conclure à l' « après-grippe » tant qu'un des foyers initiaux de la grippe demeure en activité et tant que persistent des manifestations circulatoires.

R. LEVENT.

Etude sur le rhumatisme chez l'enfant. (M. CAMPBELL et E. C. WARNER. *Lancet*, 11 janv. 1930.) — Les auteurs concluent de leur enquête qu'un lourd tribut au rhumatisme est payé par la classe populaire; dans deux hôpitaux desservant le Sud-Est de Londres il représente 15 p. 100 des enfants hospitalisés en trois ans.

Sur 250 cas la proportion est de 3 filles pour 2 garçons. L'âge le plus frappé est vers six à sept ans; la proportion diminue ensuite; les enfants de moins de quatre ans sont rarement atteints.

Dans 60 p. 100 des cas on trouve dans l'entourage des malades des antécédents rhumatismaux.

Les mois d'hiver (novembre à avril) sont les plus favorables à l'éclosion de la maladie.

La débilité semble un prédisposant d'une grande importance; le rhumatisme succède fréquemment à une fièvre éruptive (rougeole, scarlatine). Les vomissements cycliques, par contre, semblent sans influence.

Un autre facteur de prédisposition est représenté par les lésions amygdaliennes, mais les accidents amygdaliens sont souvent séparés de la crise rhumatismale par une période normale qui varie entre quelques jours et trois ou quatre semaines.

La proportion des cas compliqués d'accidents cardiaques est de 1 sur 2; elle paraît plus importante en ce qui touche la chorée; 15 p. 100 des sujets non hospitalisés et 30 p. 100 des sujets hospitalisés, parmi ceux qui présentent des symptômes cardiaques, ont des lésions définitives.

Les amygdales des rhumatisants ne paraissent, par rapport à celles des autres sujets, présenter aucun caractère anatomique ni bactériologique particulier. L'amygdalectomie ne paraît pas empêcher l'apparition ultérieure du rhumatisme ni des complications cardiaques; une amygdalectomie incomplète peut au contraire prédisposer au rhumatisme.

Il convient de ne pas pratiquer d'amygdalectomie trop peu de temps après une atteinte rhumatismale.

R. LEVENT.

VII. MALADIES DE LA NUTRITION

Les causes d'insuccès dans le traitement du diabète chez l'enfant. (Frank N. ALLAN et RUSSELL M. WILDER. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 18 janv. 1930.) — Sauf deux ou trois exceptions, les auteurs estiment que dans la série des cas observés la mort est survenue pour des causes évitables : manque d'insuline, emploi maladroit ou avec un régime défectueux, surveillance médicale insuffisante. Si déjà autrefois, de l'avis de Joslin, bien souvent le coma eût pu être évité, on peut dire qu'avec l'insuline il ne devrait plus actuellement survenir. Aussi faut-il :

1. Prescrire un régime qui ne soit pas inacceptable pour le malade mais le maintienne en bon état de nutrition générale.

2. Astreindre le malade à conserver une proportion entre le régime et la dose d'insuline, en augmentant ou diminuant celle-ci selon que la glycosurie ou l'hypoglycémie surviennent.

3. Examiner les urines matin et soir et corriger en conséquence la posologie de l'insuline. Il faut renforcer cette surveillance au cas de maladie intercurrente.

4. En cas d'acidose donner l'insuline à petites doses répétées dont on mesure l'importance à des examens répétés avant chaque injection de l'urine et du sang.

5. Considérer à priori comme grave tout diabète juvénile et prescrire un régime strict qui devra être continué même lorsque la glycosurie ou l'hyperglycémie cèdent rapidement au traitement. Chez l'enfant l'insuline est habituellement un médicament d'utilité courante.

R. LEVENT.

Le diabète sucré dans l'enfance. (R. WAGNER. *Wiener klin. Woch.*, 27 mars 1930.) — Doit-on rapprocher le diabète infantile d'autres affections résultant de dégénérescence héréditaire portant sur des parenchymes glandulaires? L'auteur a fait porter son enquête sur la fréquence des coexistences d'un diabète avec des malformations ou des stigmates congénitaux, sur l'hérédité homologue du malade, sur le mode de début et l'âge d'apparition de la maladie, sur la

répartition du diabète dans les diverses races et sur les cas de diabète atteignant des jumeaux univitellins.

Il a relevé divers cas de trouble de croissance (nanisme ou gigantisme) d'ailleurs constatés aussi par d'autres auteurs des déformations squelettiques et des anomalies diverses. A signaler dans certains cas des troubles oculaires (hypermétropie unilatérale). Il semble que l'hérédité joue un certain rôle (40 p. 100 chez les Israélites).

Le diabète paraît s'installer surtout peu avant la puberté, peut-être par disproportion entre la poussée de croissance générale et le développement propre des éléments langerhansiens.

On a enfin constaté chez des jumeaux univitellins le début du diabète au même âge chez les deux sujets, ce qu'il faudrait interpréter comme un témoignage d'une insuffisance pancréatique congénitale d'égal degré. R. LEVENT.

VIII. NOURRISSON

Les soins à donner aux dents de lait. (APERT. *Bull. méd.*, 1er fév. 1930.) — Les anomalies de la première dentition, anomalies d'apparition entre autres, sont d'un grand intérêt diagnostique; de même sa faculté de conservation. On sait, en effet, que chez les hérédo-spécifiques les dents de lait, contrairement aux dents définitives, sont souvent normales en apparence lors de l'éruption, mais qu'elles s'altèrent au contraire très aisément. Cette friabilité est d'un grand intérêt, en dehors de la syphilis, pour le diagnostic de certains troubles endocriniens (hypothyroïdie). De même dans le rachitisme il est fréquent de rencontrer une implantation dentaire défectueuse dues aux lésions du maxillaire.

Dans tous ces cas il sera indispensable de rétablir l'orthodontie; des dents mal implantées s'usent avec une rapidité excessive et contribuent à favoriser la lésion des dents définitives voisines à leur apparition. Il faut donc toujours soigner les caries des dents de lait qui, par ailleurs, sont l'origine habituelle de gingivites, stomatites ulcéreuses, abcès, troublent la mastication, troublent la digestion du fait de la déglutition de pus, sont des points ouverts à l'inoculation bacillaire et l'origine d'adénopathies et de bacilloses même graves et de siège éloigné.

Si la dentition des civilisés est plus fragile que celle des primitifs, c'est affaire d'alimentation; c'est aussi pour cette raison que la brosse à dents qui ne manque pas aux uns est indispensable aux autres.

Les soins buccaux doivent commencer dès avant l'apparition de la première dent : essuyage au coton des gencives après la tétée; le faire avec de l'eau bouillie bicarbonatée ou non dès la première dent. La mastication de gâteaux secs sera plus tard un excellent exercice pour la dentition du jeune enfant.

Lorsque le régime commence à comprendre des aliments non liquides, commence aussi le rôle de la brosse à dents, douce, mouillée d'eau bouillie avec ou sans eau oxygénée, doucement maniée matin et soir et à l'issue des repas.

Tous les six mois environ on fera examiner les dents de l'enfant pour dépister précocement et traiter les caries. Ne pas oublier que le traitement conservateur est de règle et que l'avulsion dentaire doit demeurer exceptionnelle; elle précipite en effet l'évolution de la dent définitive dont l'apparition prématurée n'est d'aucun avantage.

R. LEVENT.

Le traitement du rachitisme pendant le prochain hiver. (Leo LANGSTEIN [Berlin]. *Fortsch. der Therapie*, 10 nov. 1929.) — Les études récemment entreprises sur l'animal et l'observation clinique chez l'enfant des troubles dus à l'hypervitaminose ont ramené l'attention sur la posologie de l'ergostérine irradiée et des produits analogues. Dans ses précédents travaux l'auteur avait préconisé des doses quotidiennes de 4 à 6 milligrammes. La menace d'accidents (troubles de l'état général, accidents rénaux) chez le nourrisson ont fait rechercher si des doses moindres n'auraient pas une activité suffisante. Edelstein, élève de l'auteur, expérimentant dans des cas moyens et graves, parfois compliqués d'infection avec du radiostol ou du vigantol dilué a donné de 0mmg4 à 0mmg5 par jour. En quatre semaines le craniotabes était pour ainsi dire guéri; on notait des progrès notables au niveau du squelette; dystrophies et autres symptômes étaient par contre moins influencés.

Les mêmes produits à la dose de 0mmg2 par jour ont chez le nouveau-né après cinq semaines de traitement une action protectrice nette. Bessan, György et Rietschel ont constaté que 1 milligramme de vigantol avait un effet thérapeutique certain et ne présentait aucun danger. Chez l'adulte on pourrait aller jusqu'à 5 milligrammes; les doses prophylactiques seraient de 0mmg1 à 0mmg6 par jour.

L'auteur abandonne volontiers ses idées anciennes tout en remarquant la rareté des accidents par rapport au très grand nombre de sujets ayant bien toléré les doses incriminées; il ne faut pas attribuer à la seule ergostérine tous les accidents fortuitement survenus pendant la durée du traitement.

Il est très heureux que de faibles doses soient actives mais il n'est pas étonnant qu'elles le soient moins que de plus fortes.

Aussi peut-on prendre comme dose quotidienne type 1 milligramme tout en ne craignant pas, s'il est nécessaire d'aller jusqu'à 2 ou 3 milligrammes, dose sans danger.

L'ergostérine a relégué un peu dans l'ombre le lait irradié qui est surtout intéressant dans la pratique urbaine, en association avec les rayons ultraviolets. Mais les laits sont inégalement actifs et la notion de dose est ici moins précise. En tout cas, surtout en mélangeant au lait ordinaire 1/4 à 1/2 litre de lait irradié la dose est si faible qu'on est à l'abri de tout risque tout en réalisant une protection efficace.

La difficulté est ici — surtout pour la pratique rurale — dans l'éducation qui demeure à faire, des mères de famille, pour la classe populaire en particulier. Il en est de même pour l'adjonction de farines irradiées aux purées et aux bouillies du deuxième âge.

La nécessité semble donc s'imposer pour la vulgarisation de cette technique d'une standardisation internationale de l'activité des produits irradiés. R. LEVENT.

Les modifications cutanées chez le nourrisson après administration de vigantol. (M. RODECURT. *Münch. Med. Woch.*, 23 août 1929.) — Au cours de 1927, l'auteur a remarqué chez trois nourrissons soignés par le vigantol des modifications cutanées analogues à celles que provoquent les rayons ultraviolets.

Chez le premier deux doses quotidiennes de v gouttes de vigantol pendant vingt-cinq jours ont occasionné une pigmentation brune de la peau mais sans sécheresse apparue au vingt-deuxième jour.

Chez le second, des doses analogues ont provoqué du trente-septième au cinquante-deuxième jours un état de sécheresse cutanée et de rugosité sans pigmentation. De même chez le troisième, du trente-quatrième au quarante-cinquième jour.

D'autres sujets traités depuis ont fourni deux nouveaux cas de pigmentation jaune brun.

Cette coloration disparaît rapidement aussitôt qu'on interrompt le traitement; il ne semble dans les cas précités y avoir aucune erreur possible du fait de l'action des rayons solaires.

Dans un cas on observe de la diarrhée, cessant lorsqu'on interrompt le traitement, sans aucun autre accident ni modification du poids ni de l'appétit.

Il est à remarquer que, quelle que soit la dose, il n'a

jamais été noté de modifications cutanées chez l'adulte. Les faits ne semblent pas douteux et l'auteur ne se risque à en fournir encore aucune explication. R. LEVENT.

Ier CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Paris, 3-4 octobre 1930.

PREMIÈRE QUESTION

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche à partir de l'âge de quinze ans.

M. H. A. T. FAIRBANK (Londres) établit une distinction fondamentale en cas douloureux ou non douloureux pour discuter de la thérapeutique des luxations âgées.

Cas non douloureux. — Le traitement peut être nécessité par la lordose exagérée, la boiterie ou l'adduction trop accusées.

Pour la plupart des chirurgiens anglais, dans ces conditions, la réduction par manœuvres externes ou à ciel ouvert aboutit toujours à une arthrite. La transposition antérieure est incertaine dans ses résultats et inutile. L'ostéotomie sous-trochantérienne est la méthode de choix avec bifurcation à la manière de Lorenz dans les formes unilatérales. Le type de l'ostéotomie importe peu, car après quelques années le résultat radiographique est identique pour tous les procédés.

Dans les cas douloureux, l'auteur estime que l'arthrite est l'élément causal principal de ces phénomènes douloureux.

La seule méthode rationnelle de traitement de ces luxations est l'arthrodèse. Cette intervention doit comporter la création artificielle d'un cotyle aussi près que possible de l'acétabulum véritable, et la création d'un toit osseux important aux dépens de l'aile iliaque.

En dehors de l'arthrodèse on ne peut obtenir qu'un soulagement par l'ostéotomie sous-trochantérienne qui améliore la statique quand il existe une lordose marquée.

La résection de la tête fémorale donne de mauvais résultats.

La butée osseuse a peu de partisans en Angleterre, elle semble donner seulement des améliorations passagères.

Dans les luxations douloureuses bilatérales en dehors du repos et de l'appareillage, l'auteur conseille, soit la double ostéotomie, soit encore l'arthrodèse d'un seul côté, car la transformation d'une hanche douloureuse en hanche solide améliore généralement aussi la hanche non opérée.

M. F. J. GAENSKEN (Milwaukee, Etats-Unis) admet que les cas de luxations au-dessus de seize ans justifiant un traitement à cause de la douleur ou de la boiterie sont rares (1 p. 1.000).

1° Aucune des méthodes thérapeutiques mises en œuvre jusqu'à présent n'a donné complètement satisfaction puisqu'on en discute encore; aussi met-on quelque réserve à adopter des techniques radicales chez ces malades.

La traction continue doit être préconisée comme méthode pré-opératoire.

L'opération sanglante en Amérique est préconisée par Swett et Allison.

Swett, après libération de la tête, fait une ostéotomie oblique sous-trochantérienne et immobilisée par traction continue.

Allison, dans un premier temps opératoire, sectionne la partie antérieure et inférieure de la capsule et le petit trochanter pour supprimer l'action du psoas. Dans un deuxième temps après trois semaines de traction continue il fait une reposition sanglante avec creusement de l'acétabulum.

Albee ajoute à la reposition des coins osseux pour renforcer le toit cotyloïdien et empêcher la reluxation.

2° Au sujet des méthodes palliatives, les ostéotomies et les bifurcations ont de nombreux partisans, elles donnent des améliorations incontestables aux malades pour des risques minimes. Depuis 1918 la butée osseuse est de plus en plus pratiquée aux Etats-Unis et compte de nombreux défenseurs. Entre butées et ostéotomies il est difficile de faire actuellement des comparaisons raisonnables car l'expérience n'est pas suffisante pour établir un jugement sur les résultats assez éloignés.

M. KREUTZ (Berlin). Pour l'auteur, le but du traitement est de chercher avant tout des résultats fonctionnels plutôt qu'une reconstitution anatomique de la hanche luxée. La guérison physiologique donnée par une reconstitution anatomique n'a jamais été obtenue; les réductions non sanglantes comportent des risques d'élongation des troncs nerveux, des arthrites et des ankyloses; dans les réductions sanglantes l'infection possible constitue un très gros danger. Il faut donc se contenter d'une guérison « pathophysiologique » obtenue, soit par l'appareillage, soit par les ostéotomies type Schanz, Kirmisson, et surtout type Lorenz. Les préférences doivent aller aux techniques inoffensives donnant une statique sûre, une hanche indolore même avec une mobilité restreinte; la bifurcation semble donner tous ces avantages. L'auteur appuie sa démonstration sur la présentation de photographies et de radiographies, de moulages et même d'un fantôme prouvant la supériorité de l'opération de Lorenz. Cette opération dans les luxations bilatérales ne doit jamais se faire en un seul temps; il est indispensable d'attendre pour faire la seconde intervention le résultat de la première pour juger de la mobilité obtenue.

M. V. PUTTI (Bologne). Le traitement de la luxation congénitale invétérée donne pour M. Putti habituellement des résultats imparfaits; d'où la nécessité d'établir très précocement un diagnostic et un traitement convenables. Il considère comme invétérée une luxation congénitale bilatérale après deux ans, et une luxation unilatérale après trois ans.

Etudiant 115 cas de luxations congénitales âgées de plus de douze ans, il les classe en tenant compte de l'âge, de

(1) *Association de la Presse médicale française.*

l'unilatéralité ou de la bilatéralité et aboutit aux conclusions suivantes :

« Le traitement est contre-indiqué dans les hanches mobiles et non douloureuses. Quand l'âge du malade, sa condition sociale ou son état général ne permettent d'autre solution, la thérapeutique se bornera à la physiothérapie et aux méthodes prothétiques.

L'expérience des vingt dernières années tend à orienter la chirurgie vers les méthodes extra ou para-articulaires. La réduction non sanglante ou sanglante ne donne pas de résultat meilleur et expose à des risques opératoires sérieux. La reconstruction du toit cotyloïdien semble un moyen efficace dans le traitement de la hanche non réduite. La transposition est indiquée uniquement chez les sujets jeunes et a encore quelques partisans. L'arthrodèse donne de bons résultats dans certains cas. La méthode opératoire la plus pratique répondant le mieux au but et donnant des résultats durables, est la bifurcation de Lorenz. »

Discussion.

M. le professeur Ombrédanne (Paris). Après quinze ans l'indication opératoire doit être tirée de la douleur et non de la boiterie. L'intervention est variable suivant la situation de la tête fémorale.

Luxations basses antérieures appuyées. — Elles sont justiciables de la butée ostéoplastique au-dessus de la tête luxée; ceci à l'exclusion des autres procédés; réduction sanglante, ostéotomies basses, myoplastie des fessiers.

Luxations hautes postérieures non appuyées. — L'auteur les a traitées d'abord par la « résection butée » constituant une résection de la tête et du col et une butée au-dessus du moignon cervical pour le maintenir réduit dans le cotyle. Actuellement il préfère à cette méthode la résection trapézoïdale sous-trochantérienne du fémur permettant d'abaisser la tête jusqu'au cotyle, puis la fixation de cette tête réduite par une butée sus-cotyloïdienne.

M. le professeur Nové-Josserand (Lyon) emploie les butées ostéoplastiques dans les subluxations douloureuses en réduisant au préalable la subluxation si cette réduction doit se faire sans difficulté excessive.

Pour les autres cas l'ostéotomie est l'opération de choix : ostéotomie transversale au-dessous du petit trochanter avec abduction de 15 à 20 degrés du fragment inférieur avec refoulement en dedans par pression manuelle latérale de ce fragment.

M. Bargellini (Turin). L'instabilité de la hanche constitue une indication opératoire à ajouter à la douleur pour les luxations invétées. Le traitement de choix est l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmission dont l'auteur rapporte 50 cas très concluants.

M. Zahradnicek (Prague). Partisan de l'intervention sanglante dans les échecs de la méthode non sanglante, l'auteur indique les résultats de 50 cas opérés par lui entre deux et six ans : 62 p. 100 de succès. L'intervention consiste en une reposition de la tête avec modelage du cotyle et au besoin butée ostéoplastique.

M. Peter Bade (Hanovre). Pour éviter l'ankylose et la reluxation dans les luxations invétérées, l'auteur essaye d'adapter dans les meilleures conditions possibles le cotyle à la tête fémorale par une intervention. Celle-ci consiste :

1° A faire d'abord une réduction non sanglante, puis à reluxer la tête;

2° Avec un ciseau à exécuter une fente radiaire au bord supérieur du cotyle et à y insérer un coin d'ivoire pour écarter les bords de ce cotyle et l'agrandir;

3° Remise en place de la tête puis suture et immobilisation à 45 degrés dans un plâtre pendant six semaines.

M. Froelich (Nancy) passe en revue toutes les méthodes qu'il a utilisées en pareil cas : réductions, transpositions, myoplasties, enchevillemente, butées osseuses. C'est l'ostéotomie sous-trochantérienne avec bifurcation qui lui a donné les meilleurs résultats. L'auteur a réalisé cette intervention depuis 1902.

M, Mathieu (Paris) utilise, dans les subluxations, la butée ostéoplastique avec réimplantation basse du grand trochanter.

Dans les arthrites déformantes accompagnant les luxations, l'arthrodèse extra-articulaire est particulièrement indiquée.

Dans les luxations postérieures, l'ostéotomie donne les meilleurs résultats.

M. Putti, résumant la discussion, signale l'accord réalisé par les congressistes en faveur de l'ostéotomie sous-trochantérienne, avec des variantes, pour les luxations invétérées ; opération facile, peu dangereuse mais malheureusement palliative.

Il faut donc, à son avis, entreprendre une vraie croisade pour le dépistage des luxations dans les premiers mois de la vie et les traiter avant qu'elles ne soient invétérées. C'est un devoir social pour les orthopédistes.

DEUXIÈME QUESTION.

Traitement des traumatismes du poignet.

MM. Albert et Alain Mouchet (Paris) rappellent la difficulté des traitements des lésions traumatiques du poignet et le rôle capital que joue la radiographie comme élément de diagnostic et comme base rationnelle de ce traitement.

Cette radiographie, qui est nécessaire même dans les traumatismes d'apparence bénins, doit être faite de face et de profil avec, comme terme de comparaison, les images du poignet sain.

Le traitement doit être aussi conservateur que possible ; traitement orthopédique suivi de mécanothérapie et de physiothérapie. L'intervention, toujours minime, tire ses indications de l'irréductibilité des lésions, de l'existence d'une compression nerveuse, ou d'un cal vicieux.

Etudiant les différentes formes anatomo-cliniques des traumatismes, les auteurs passent en revue : les fractures de l'extrémité inférieure du cubitus, les luxations radiocarpiennes, enfin les traumatismes du carpe proprement dit. Ils insistent particulièrement sur la luxation subtolale du carpe rétro-lunaire, affection grave, nécessitant un traitement d'urgence, sous anesthésie générale. Pour eux, suivant la date à laquelle il sera appelé, le chirurgien devra :

1° Dans les premiers jours (trente environ) réduire par manœuvres externes; 2° si la réduction échoue, faire une reposition sanglante du semi-lunaire; 3° après deux mois, en présence de troubles fonctionnels importants, extirper le semi-lunaire.

D'autres chapitres importants sont consacrés à la fracture du scaphoïde et du semi-lunaire et aux traumatismes plus rare des autres os du carpe.

Enfin, une étude approfondie est faite des ostéites trophiques post-traumatiques, les « malacies » du scaphoïde ou du semi-lunaire et « l'ostéoporose douloureuse post-traumatique ».

M. Murk. Jansen (Leyden). Dans son rapport, l'auteur étudie uniquement la malacie du semi-lunaire. Sans traumatisme net ou après un traumatisme minime, cette affection apparaît insidieusement, se manifestant par de la raideur, puis de la douleur et du gonflement. L'évolution longue entraîne des troubles fonctionnels sérieux.

A la radiographie, on constate sur le semi-lunaire et les os voisins : d'abord des taches de décalcification, puis des traînées de densité plus forte.

D'après lui, la pathogénie de ces accidents serait expliquée

par des réactions différentes des sels calcaires et de la substance colloïde dans laquelle ils sont inclus, vis-à-vis des variations de pression fonctionnelle.

La compression continue d'un os donne une résorption plus rapide des sels que de la substance colloïde.

L'auteur appelle cet état « plasticité par surmenage » car le semi-lunaire est le centre de convergence des forces des tendons fléchisseurs et extenseurs.

Le traitement le plus indiqué semble donc être le repos de la main et dans les formes graves, l'arthrodèse du poignet.

HUC.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1930)

Rapports — M. MORAX lit un rapport sur l'éclairage **artificiel des classes.** Il préconise l'emploi de la lumière diffusée.

M. LAPICQUE apporte les conclusions de son rapport sur le **contrôle des instruments radiologiques.** Il s'en tient aux conclusions votées par l'Académie en 1921 sur le rapport du regretté Broca : Il n'est pas permis de penser qu'une installation radiologique ou radiumlogique puisse être préjudiciable aux voisins. Les dangers n'existent que pour le médecin, il est sage de ne pas apporter d'entraves à l'exercice d'une profession qui n'expose que le radiologiste. Ces conclusions sont adoptées.

Le sérum antidiphtérique. — M. LIGNIÈRES lit une deuxième note consacrée à l'étude des causes de l'insuffisance du sérum antidiphtérique.

Le traitement chimique des farines. — M. Paul BRUÈRE donne les raisons biologiques et physico-chimiques pour lesquelles le traitement chimique des farines est contraire aux règles de prudence de l'hygiène. Il montre que dans l'armée où les stocks sont constitués en farines intégrales (bien blutées de remoulages et de sons) on obtient un pain excellent à partir de blés indigènes sans qu'il soit nécessaire de faire appel à des blés exotiques ou à des traitements chimiques formellement interdits.

L'anémie pernicieuse de Biermer. — MM. FONTÈS et L. THIVOLLE. Chez l'homme l'anémie de Biermer peut s'expliquer par une carence en tryptophane et en histidine, carence due à un fonctionnement défectueux des diastases digestives et à la pullulation des microbes dans le tube digestif du biermérien. La supplémentation de l'organisme d'un tel anémique par le mélange équilibré des deux acides aminés hématogènes permet de rapides augmentations des valeurs hématologiques et du poids. Toutes les formes d'anémie sont nettement améliorées par une telle thérapeutique.

L'examen bactériologique du contenu gastrique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — MM. ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et VIVERT montrent l'importance de l'examen bactériologique du contenu gastrique chez des adultes qui ne toussent et ne crachent jamais et chez lesquels on est amené à soupçonner la tuberculose. Cet examen permet souvent de dépister la tuberculose et de la traiter à temps.

Contre-indication du chlorure de magnésium. — M. FODÉRÉ apporte dix-huit observations qui lui permettent d'affirmer qu'on ne doit pas donner de chlorure de magnésium dans le cas de néphrite chlorurémique.

Sérothérapie anticolibacillaire. — Mlle Irène ANGELO a consacré son stage à l'Institut Pasteur, à préciser les conditions expérimentales d'une sérothérapie anticolibacillaire efficace.

Les souches infectantes ne peuvent être détruites que par un sérum homologue; les souches résistantes peuvent être annihilées par une injection précoce de bactériophage.

Autres communications :

D'un extrait lécithinique du bacille tuberculeux donnant des réactions allergiques analogue à la tuberculine. — M. Karl HADEN.

Recherche sur l'étiologie cancéreuse et essai de thérapie. — M. HIRSCH.

Sensibilité comparée de 32 souches de colibacilles urinaires à la sérothérapie et à la bactériophagie spécifiques. M. ANGELOU.

Election. — M. Meillère est élu vice-président pour 1931, à l'unanimité des votants.

M. Jules Renault est réélu secrétaire annuel.

MM. Teissier et Martel sont élus membres du Conseil.

Le froid à l'Académie. — Ce n'est pas le titre d'une communication, mais c'est le sens d'une interpellation de M. Marchoux qui s'est très justement plaint de la température sibérienne qui règne dans la salle des séances cette année, comme d'ailleurs les années précédentes. Le trésorier, M. Hanriot a répondu que toutes les dispositions étaient prises pour mieux chauffer l'Académie. Espérons donc que les fourrures, les cache-nez, voire les chapeaux pourront à l'avenir rester au vestiaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1930)

Quatre cas d'hémocrinothérapie : quatre cas de névralgies rachidiennes. — M. FILDERMAN présente à nouveau plusieurs cas de névralgies rachidiennes lombaires et sciatiques dans lesquels la recherche des trous de conjugaison sensibles à la pression suivie d'injections de lipiodol avec anesthésie à la nocovaïne lui permettent un diagnostic précis et un traitement rapidement efficace.

M. Filderman présente plusieurs observations d'anthrax, une malade atteinte de psoriasis, et un malade atteint d'artérite oblitérante dans lesquels l'hémocrinothérapie lui a permis d'importantes améliorations ou des guérisons rapides.

Traitement des cancéreux. — M. DUPUY DE FRENELLE, pour éviter que le cancer ne récidive après l'opération, soumet ses opérés à une médication anti-cancéreuse très prolongée dont les principaux éléments sont : la silice, la chaux, la magnésie, le fer, le cuivre, le sélénium, la quinine, l'or, les extraits de thymus, de thyroïde et d'ovaire. Pour renforcer les lysines anti-cancéreuses de l'organisme, l'auteur utilise les vaccins de Rubens-Duval, les extraits endocriniens et de petites transfusions sanguines.

Compte rendu du Congrès de Liège. — M. J. PESCHER, délégué de la Société de médecine de Paris au Ve Congrès de physiothérapie de Liège, parle du travail considérable et fructueux qui y fut fait et de l'accueil particulièrement cordial et affectueux des médecins belges à leurs confrères français.

Présentation d'un film. — M. PASCALIS sur sa méthode de réduction mécanique des fractures sous le contrôle simultané du double écran face et profil.

M. Pascalis a exposé une méthode entièrement originale pour la réduction mécanique instantanée des fractures sous

le contrôle simultané du double écran radioscopique. Cette méthode permet également avec une précision incomparable la recherche des corps étrangers, le vissage des fractures, l'examen des viscères. Elle apporte dans l'utilisation de la découverte de Roentgen une véritable révolution : on regardera dorénavant avec deux yeux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS ET LA CRISE DU LOGEMENT

Sous ce titre, a paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 janvier 1924, une note dans laquelle je démontrais que contrairement aux dires de plusieurs groupements médicaux, il s'établissait à Paris, chaque année *plus* de médecins qu'avant guerre, je rappelais qu'à l'issue d'une réunion médicale tenue à la mairie du IXe arrondissement, le 7 décembre 1923, l'ordre du jour suivant fut voté à l'unanimité : considérant que par suite de la crise du logement et de la volonté persistante des propriétaires de refuser de louer à des médecins, la population parisienne est exposée à ne plus avoir de médecins en quantité suffisante, etc.

Les syndicats médicaux eux-mêmes partagèrent cette opinion erronée et se plaignirent aux politiciens d'après ce qu'on lit dans le compte rendu de la discussion, au Sénat, de la 30e loi sur les loyers, *Journal officiel* du jeudi 3 avril 1924, p. 565 :

M. le commissaire du Gouvernement : « Nous avons été saisis des doléances de plusieurs syndicats médicaux qui nous ont fait observer — et c'est la vérité — que certains quartiers de Paris sont menacés de se trouver privés de médecins » (*marques d'approbation*).

Cependant il s'agissait à cette époque comme maintenant d'une crise factice ainsi que le rappelle fort à propos le docteur Foveau de Courmelles (*Journal des praticiens*, 8 novembre 1930, p. 2672).

Le Sénat qui jusqu'à ces derniers temps avait toujours été le rempart du droit de propriété vota une nouvelle loi contre la propriété immobilière!

Voici une tout autre affaire : la Fédération des syndicats médicaux, dans son *Bulletin officiel* de juillet 1930, p. 288, jette un nouveau cri d'alarme en complète opposition avec le premier, cette fois les médecins trouvent trop facilement à se *loger* (1), ils deviennent trop nombreux. Je lis dans le compte rendu de la dernière séance à laquelle assistait même un avocat-conseil, un rapport sur la pléthore médicale : « Nous croyons qu'il est en effet grand temps que l'opinion médicale s'émeuve de l'encombrement progressif de la profession. Le Corps médical jette aujourd'hui un cri d'alarme. En quatre ans, il y a plus de *mille* médecins nouveaux à Paris et dans la banlieue, etc... »

C'est un revirement complet dans l'opinion médicale à six ans d'intervalle!!

En 1924, on disait : nos médecins ne pouvant plus s'établir par le mauvais vouloir des propriétaires, la population parisienne va être exposée aux pires maladies...

La Fédération établit ainsi d'une façon éclatante l'erreur commise.

Les lois d'exception, qui sont contraires au droit commun et au bon sens, et qui suppriment la liberté des contrats entre particuliers, produisent toujours, par le jeu des règles invariables de l'économie sociale, un effet apposé au but qu'elles prétendent atteindre.

A l'époque où nous vivons, la question que soulève l'affluence des médecins à Paris et ses environs, ce dont se plaint la Fédération, est des plus complexes.

(1) Le taux des loyers à Paris n'est que la moitié de ce qu'il était avant guerre, tenu compte de la stabilisation.

L'accroissement du nombre des médecins parisiens provient surtout de ce qu'un très grand nombre de confrères de province, attirés par le sourire enchanteur et les avantages professionnels de la Ville-Lumière viennent chaque année grossir nos rangs.

La Fédération va-t-elle placer un gendarme aux portes de Paris, comme elle propose de le faire dans les commissions d'examen?

Je doute fort que nos confrères de province et nos jeunes étudiants et étudiantes en médecine acceptent sans protester une semblable atteinte à leur dignité! Le remède à mon avis, c'est le retour au bon sens, au droit commun et à la liberté!

J.-M. LE GOFF.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet (1). Fasc. 16 : *Maladies du crâne et de l'encéphale*, par M. Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laennec, membre de l'Académie de médecine.

Notre ami Auvray prend sa retraite et quitte son service hospitalier. Il y a plusieurs façons de prendre sa retraite, Auvray n'en connaît qu'une, c'est de continuer à travailler. Il nous en donne un magnifique exemple en nous adressant la troisième édition du tome XVI du *Nouveau Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet*.

Ce volume consacré aux maladies du crâne et de l'encéphale est une œuvre considérable dans laquelle Auvray a mis au point, d'une façon rigoureuse, son travail antérieur déjà si parfait.

Après un historique très complet de la chirurgie cranienne, l'auteur a placé un chapitre très clair d'anatomie et de topographie cranio-encéphalique. Il étudie ensuite les lésions traumatiques du crâne, les affections néoplasiques, les lésions infectieuses, les maladies congénitales et termine par un chapitre réservé aux interventions chirurgicales proposées pour le traitement de diverses affections cérébrales comme l'épilepsie, les hémorragies méningées ou cérébrales non traumatiques, les encéphalites infantiles, etc.

Ce beau volume est rédigé avec une grande clarté, avec la simplicité et la précision que les lecteurs de ce journal ont pu souvent apprécier.

L'éditeur, M. Baillière, lui a assuré une présentation d'un pur classicisme comme il convenait pour un livre d'étude qui restera.

F. L. S.

Physiologie sexuelle normale et pathologique (2), par le docteur A. Hogge, professeur à l'Université de Liége, et les docteurs P. Divry, professeur à l'Université de Liége; M. Watrin, agrégé de l'Université de Liége; E. Foret, ancien assistant d'urologie; Lahaye, agrégé à l'Ecole vétérinaire de Bruxelles.

Cet ouvrage n'embrasse pas toutes les questions relatives au vaste st complexe domaine de la physiologie et de la biologie sexuelles, mais celles qui y sont traitées le sont avec le souci et la conscience de tenir compte des recherches les plus récentes. C'est une revue générale critique qui intéressera certainement au plus haut point les biologistes, les médecins et les étudiants.

L. G.

(1) Troisième édition entièrement revisée avec 187 fig. dans le texte. — Paris, 1931, J.-B. Baillière.
(2) Un volume de 200 pages. — Prix : 38 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 105. — MERCREDI 31 DÉCEMBRE 1930. 103e ANNÉE. MERCREDI 31 DÉCEMBRE 1930. — Nº 105.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DES MÉDECINS DES HÔPITAUX. — 1° A l'hôpital des Enfants-Malades (docteur Aviragnet, limite d'âge), M. le docteur Weill-Hallé, de l'hôpital des Enfants-Malades); à l'hôpital des Enfants-Malades (service du docteur Weill-Hallé), M. le docteur Darré, de la Charité; à l'hôpital de la Charité, M. le docteur Fiessinger, de la Maison de santé; à la Maison de santé, M. le docteur M.-P. Weil, de l'Institution Sainte-Périne; à l'Institution Sainte-Périne, M. le docteur Binet, titularisé.

2° A l'hôpital Tenon (docteur Michel, limite d'âge), M. le docteur Laroche, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon (service du docteur Laroche), M. le docteur Léchelle, titularisé.

3° A l'hôpital Bichat (service nouveau), M. le docteur Boidin, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon, M. le docteur Milhit (service du docteur Boidin); à l'hôpital Tenon (service du docteur Milhit), M. le docteur May, de l'hôpital Andral; à l'hôpital Andral, M. le docteur Gautier de l'hospice d'Ivry; à l'hospice d'Ivry, M. le docteur Cain (service du docteur Gautier); à l'hospice d'Ivry (tuberculeux), M. le docteur Moreau, titularisé.

4° A l'hôpital Cochin (docteur Fournier, décédé), M. le docteur Pinard, de l'hôpital Cochin; à l'hôpital Cochin (service du docteur Pinard), M. le docteur Chevallier, titularisé.

5° A l'hôpital Saint-Louis (docteur Léri, décédé), M. le docteur Duvoir, de la Maison municipale de santé; à la Maison municipale de santé, M. le docteur Donzelot, de l'hospice de Bicêtre; à l'hospice de Bicêtre, M. le docteur Jacquet, titularisé.

6° A l'hôpital du Bastion 29 (docteur Auclair, décédé), M. le docteur Hutinel, titularisé.

7° A l'hôpital Ambroise Paré (docteur Lemaire, décédé), M. le docteur Huber, de la Salpêtrière; à l'hospice de la Salpêtrière, M. le docteur Pruvost, titularisé; à l'hôpital Bichat (service nouveau), M. le docteur Lemierre, de Bichat; à l'hôpital Bichat (service docteur Lemierre), M. le docteur Troisier, de l'hôpital Bichat; service du docteur Troisier : fermé

— CONSULTATIONS DE MÉDECINE. — Sont désignés comme médecins titulaires des consultations de médecine pour l'année 1931 :

Hôtel-Dieu, M. H. Benard; Pitié, M. Baulin; Charité, Mme Bertrand-Fontaine; Saint-Antoine, M. Tzanck; Necker, M. Haguenau; Cochin, M. Debray; Beaujon, M. Decourt; Lariboisière, M. Hamburger; Tenon, M. Coste; Laennec, M. Jacob; Bichat, M. Garcin; Andral, M. Gutmann; Broussais, M. Marchal; Boucicaut, M. Carrié; Trousseau, M. Janet; Bretonneau, M. Marquézy; Hérold, M. Turpin; Ambroise-Paré, M. Jacquelin.

— MUTATIONS DES CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Sont arrêtées les mutations suivantes : à l'hôpital Lariboisière, M. Sauvé remplaçant M. Cunéo nommé professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu; à la Maison municipale de santé, M. Moure, titularisé; à Laennec, M. Proust; à Beaujon, M. Okinczyc; à Ivry, M. Berger, titularisé; à Cochin, M. Descomps; à la Charité, M. Bazy, titularisé; à Beaujon, M. Basset; à Necker-Enfants-Malades, M. Küss, titularisé.

— Par suite du décès du docteur Descomps de nouvelles mutations auront lieu incessamment.

MAISON DE SANTÉ DE SAINT-LAZARE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Composition du jury : MM. Bordas, Poupardin, Flandin et Cambessédès.

Questions posées à l'écrit : « Colique néphrétique. Signes et diagnostic. — Rapport des reins. »

Question posée à l'oral : « Diagnostic des ulcérations de la langue. »

Ont été nommés :

Internes : MM. Durel, Fuchs, Grange, Mme Blondel, MM. Morel, Boursat.

Internes provisoires : Mlle G. Lévy, MM. Pereton, Golse, Doussinet, Vannereau, Barneville.

HOPITAUX DE PROVINCE. — RENNES. — *Concours de l'internat et de l'externat.* — Après concours ont été nommés :

Internes titulaires de médecine et de chirurgie : MM. Lecorre, L'Honoré, Guyot, Beauverger, Jannie.

Internes suppléants de médecine et de chirurgie : MM. Le Huédé, Miroux, Jacq, Dubost.

Interne titulaire de la maternité des hôpitaux : M. Coignard.

Interne titulaire de la pharmacie des hôpitaux : M. Sauleau.

Externes de médecine et de chirurgie : MM. Tannou, Logeais, Le Fer, Lecoq, Perdrix, Mlle Favier, MM. Oudot, Cau, Mlle Bridel, MM. Guibourg, Toutirais, Lettry, Legras, Mlle Le Balc'h, MM. Cousin, Anger, Gendrot, des Bouillons, Tourtelier, Dupont, Lesène, Richard, Desaunay, Nicol, Beaumanoir.

DEUXIÈME ANNIVERSAIRE DU DÉCÈS DU PROFESSEUR WIDAL. — Pour commémorer le souvenir de Fernand Widal, le professeur Lemierre fera le mercredi 14 janvier, à 11 h., dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur Bezançon), une leçon sur « L'œuvre de Widal en pathologie rénale ».

A l'issue de cette conférence, à midi et demi, les élèves et amis de F. Widal se réuniront au cimetière Montmartre pour déposer des fleurs sur sa tombe.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le professeur Guyot a été nommé assesseur du doyen.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 24 décembre publie un arrêté ministériel relatif aux concours pour les emplois de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes.

— M. le médecin principal Pradel est détaché à l'état-major particulier du ministre.

— Le *Journal officiel* du 25 décembre publie une instruction portant réorganisation de l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2e classe, à Toulon.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — M. le médecin colonel Vallat est nommé directeur du cabinet du ministre.

M. le docteur Boulay est attaché au cabinet.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE NATIONALE. — M. le docteur Leconte est nommé chef du secrétariat particulier.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Morisson (Tours), Picon (Mulhouse), Sirot (Tours), Dauthuile (Saint-Etienne), Pasteur (Val-de-Grâce).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Collignon et Pilod (Val-de-Grâce), Long (Avignon), Bumat (Montauban), Derappe (camp de Mailly), Chaduc (Clermont-Ferrand), Feldmüller (Sedan), Dabat (Bizerte), Lecomte (Sarrebourg).

Au grade de médecin commandant. — MM. Gaillard, Campaignolle, Thouverez, Dalidet, Bodard, Giraud, Lauzeral, Carret, Didier, Leguay, Menville, Lépine, Lemaire, Dirat, Duboureau, Siraudin, Combalat.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Aubert, Genaud, Ferry, Coulouma, Parnet, Parlange, Merlin-Lemas, Battle, Roche, Meunier, Igert, Fournie, Chausset, Miara, Guilleman, Monginet, Vaissie, Collin et Vives.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin commandant. — MM. Connesson, Vendran, Peyre, Guedon, Le Gall, Gilly et Retière.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Gauzy, Camenen, Meyer, Charot, Conjard, Leitner, Boulnois, David, Russaouen et Raymond.

MANIFESTATION D'AMITIÉ FRANCO-BELGE. — L'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants qui groupe dans son sein les médecins qui ont servi dans un corps de troupe ou sur le front pendant la guerre donnait, le samedi 20 décembre, un grand dîner au restaurant Marguery en l'honneur de leurs confrères médecins de l'armée belge.

Ceux-ci étaient représentés par le médecin général Demolder, directeur du Service de santé de l'armée belge.

Une centaine de convives assistaient à ce banquet.

Des toasts furent prononcés par le médecin général Demolder et le docteur J. Forestier, président de l'Association, qui célébrèrent les bienfaits de l'amitié franco-belge et de la fraternité du front.

NOMS DE MÉDECINS DONNÉS A DES RUES DE PARIS. — Le Conseil municipal vient de renvoyer à ses troisième et quatrième Commissions deux propositions de M. d'Andigné tendant à attribuer le nom du docteur Tuffier et du docteur Capitan à des rues de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Ch. Seguin, décédé à Rouen des suites de blessures de guerre; François Couty, médecin auxiliaire au 6e B. C. A., décédé à Jausiers (Basses-Alpes). Nous adressons à son père le docteur Couty (de Paris) l'expression de notre très vive sympathie; Joseph Railliet, professeur honoraire à l'Ecole d'Alfort, membre titulaire de l'Académie de médecine depuis 1896, membre de l'Académie d'agriculture et secrétaire général honoraire de l'Académie vétérinaire de France; Lucien Lehmann (de Paris); le médecin lieutenant-colonel Bertein; professeur Albert Brachet, ancien recteur de l'Université de Bruxelles, professeur d'anatomie et d'embryologie, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris depuis 1921; G.-B. Queirolo, professeur de clinique médicale à l'Université de Pise, ancien sénateur du royaume d'Italie; Juanchuto, ancien maire de Cambo-les-Bains.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

LA SATISFACTION DU MÉDECIN

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

C'est un thème courant, à notre époque, de ne parler que des déboires et des désillusions de la profession médicale. Un article récent de *Paris médical* a pour titre : « Les mercenaires de la médecine. » L'auteur décrit avec exactitude les misères de notre profession : invasion des étrangers, ingratitude des clients, dangers des Assurances sociales, bref, tout ce qui peut décourager les jeunes étudiants qui se font médecins, pour gagner de l'argent.

Cependant, aux deux conditions suivantes :

1° Avoir la vocation, la foi dans l'utilité et la noblesse de la situation du médecin parmi les hommes;

2° Travailler pour acquérir la science médicale et le sens clinique indispensable à tout praticien; notre profession reste parmi les plus belles qu'un « jeune » puisse entreprendre.

Evidemment, il ne faut pas la choisir cette profession, ainsi que je l'ai entendu dire à certains de mes internes, pour gagner de l'argent.

S'il ne peut pas faire sa fortune, en travaillant avec acharnement, quelles seront donc les satisfactions du jeune médecin?

Elles sont, à vrai dire, plutôt intellectuelles et morales, que d'ordre matériel. Mais si, comme on l'assurait autrefois, « l'argent ne fait pas le bonheur », le praticien, à la condition d'arriver à vivre, lui et sa famille, avec sa profession, peut être heureux.

Tout d'abord, en présence de son malade, résoudre le problème soumis à son examen, dépister la maladie, établir un diagnostic précis, et ensuite se battre avec le mal, pour en triompher, est une première satisfaction, pour ceux-là, du moins, et ils sont nombreux, qui aiment la lutte. Un de mes amis, chirurgien, me disait : « Plus un cas est difficile, plus il m'intéresse. » Le même ajoutait : « Vois-tu; dans la vie, il n'y a de passionnant que la lutte : monter un cheval vicieux, conduire une automobile rapide, passer les concours que les autres ne veulent pas ou ne peuvent pas passer; conquérir une femme qui n'est pas pour tout le monde; garder des amis qui ne donnent pas leur cœur à tout venant, quelles joies! »

Mon ami avait-il raison? Je le crois, mais sans vouloir rappeler le vers célèbre : « A vaincre sans péril, on triomphe sans gloire », je pense que le médecin a le droit d'être heureux quand il a guéri une maladie grave.

On prétend aussi, qu'à notre époque, la reconnaissance des familles n'existe plus. C'est faux. Soignez un enfant gravement atteint de diphtérie, de typhoïde, ou d'appendicite, et vous serez le plus souvent étonné de la gratitude des parents. Lorsque j'ai quitté la clientèle pour affronter les concours et ma spécialité, j'étais convaincu de la malveillance des familles d'aliénés et des déséquilibrés eux-mêmes à l'égard de leurs médecins. Après vingt ans de pratique médicale, je suis encore stupéfait des témoignages d'affection et de sympathie, qui, même après plusieurs années, s'adressent au médecin.

On m'objectera : « C'est l'exception. En général, la maladie terminée, le client et sa famille oublient le praticien. » Optimisme ou naïveté de ma part, peut-être, mais d'abord Philinte m'a toujours paru supérieur à Alceste et ensuite, l'expérience me démontre que la reconnaissance existe.

A plus forte raison, si elle se manifeste au psychiatre, n'est-elle pas un vain mot, la reconnaissance, pour le médecin de campagne ou le médecin de quartier à Paris.

Ils sont, l'un et l'autre, en contact pendant des années, avec les familles de leurs malades. Ils sont les confidents, les confesseurs obligés de ces familles. Malgré des infidélités, des trahisons fréquentes, ils connaissent, les uns et les autres, cette satisfaction de se sentir enveloppés, pour ainsi dire, de confiance et de respect par certains clients fidèles, pour lesquels : « le docteur, » est l'arbitre à qui on réserve estime et affection.

Si notre profession est ainsi révérée, c'est parce qu'elle comporte non seulement une science professionnelle et un sens clinique qui ne s'acquièrent qu'à l'hôpital et par l'expérience, mais encore qu'elle suppose une conscience scrupuleuse qui la place, jusqu'à présent, au-dessus des lois et des règlements.

On a dit, bien souvent, que la médecine était la plus belle des carrières libérales. Sans doute, mais il faut que ce soit une vocation. Elle n'est pas destinée aux profiteurs et aux hommes pour lesquels le seul but dans la vie est de faire fortune.

Ceux-là seuls qui veulent s'élever, et en tirer des profits intellectuels et moraux, peuvent en obtenir des satisfactions. Les jeunes qui l'entreprennent « sans avoir la foi » et qui n'ont pas « le cran » nécessaire pour négliger les désillusions matérielles, auraient intérêt à vendre de la moutarde, ou à fabriquer des autos. A quoi bon passer des examens et poursuivre des études longues et coûteuses, si une lumière ne vous éclaire pas, qui vous dirige vers une profession qui est presque un apostolat?

LIVRES NOUVEAUX

Traitement médical des affections stomacales (1),
par Léon Meunier.

Le but de la thérapeutique stomacale doit surtout être dirigé contre la mauvaise évacuation gastrique qui est la base de la symptomatologie douloureuse de l'estomac.

Les troubles de la sécrétion doivent surtout être combattus par le régime alimentaire, la médication pharmaceutique ne modifiant la sécrétion que d'une façon momentanée. Seul, un régime physiologiquement établi, peut être longuement poursuivi et a des chances d'apporter aux malades un soulagement progressif.

Après avoir indiqué les principes alimentaires sur lesquels il se base pour modifier la sécrétion gastrique, le docteur Léon Meunier n'hésite pas à entrer dans des détails culi-

(1) Un volume de 212 pages avec 13 figures. (Collection médecine et chirurgie pratiques). — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

naires qui permettent de mettre en pratique ces principes. La préparation minutieuse des aliments doit être indiquée par le médecin traitant avec autant de précision qu'une prescription médicamenteuse. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

(FORMES CLINIQUES & TRAITEMENT) [1]

IV. Pleurésies purulentes. — Début. — Elles peuvent :

a. Succéder a une pleurésie séro-fibrineuse intarissable au cours de laquelle les ponctions successives permettent de constater une purulence d'abord histologique puis macroscopique.

b. Survenir primitivement et *insidieusement* : il s'agit d'un individu, adulte jeune, qui depuis quelque temps maigrit, perd ses forces, souffre de points de côté et tousse. La pleurésie se développe comme un véritable *abcès froid pleural.*

État. — A l'examen on a souvent la surprise de constater une pleurésie *extrêmement abondante* et remarquablement bien tolérée.

Les signes physiques sont ceux d'un gros épanchement, bombement des espaces intercostaux, matité de bois remontant très haut, silence respiratoire absolu et abolition des vibrations sur toute la hauteur de la matité, ni souffle n egophonie, mais souvent de la pectoriloquie aphone.

La ponction exploratrice ramène un liquide séreux, trouble, contenant des grumeaux de pus et histologiquement des polynucléaires plus ou moins atteints et des bacilles de Koch. Ce liquide tuberculise le cobaye. Pas de techniques spéciales, on pourrait y trouver l'ultravirus tuberculeux, comme dans tout exsudat tuberculeux.

Évolution. — Essentiellement *chronique*, elle dure des mois, des années. L'épanchement se *reproduit indéfiniment*, ne provoquant qu'une altération modérée de l'état général, peu ou pas de fièvre, mais de la dyspnée au moindre effort, surtout en cas d'épanchement à droite, de la tachycardie, une grande fatigabilité.

Actuellement, la pratique de l'*oléothorax* a donné dans ces variétés de pleurésies certains succès notables, et a permis le nettoyage de la plèvre dans laquelle, après plusieurs mois, l'huile finit par rester claire.

Malgré cela, dans bien des cas et même presque toujours, la mort survient hâtée par :

1. Des *fistules pleuro-cutanées* provoquant l'infection secondaire;
2. *Fistules pleuro-bronchiques* avec *vomique* et ensemencement du poumon;
3. Dégénérescence *amyloïde*;
4. Généralisation tuberculeuse.

V. Pleurésies sèches. — La pleurésie tuberculeuse sèche est beaucoup moins fréquente qu'on ne le prétend en général, et ce diagnostic est porté couramment avec une trop grande facilité. On ne doit pas, dès qu'un malade souffre d'un point de côté, parler aussitôt de cette affection, hypothèse facile et invérifiable. Beaucoup de prétendus frottements pleuraux ne sont que des ronchus de bronchite qui disparaîtraient si l'on faisait tousser le malade un certain nombre de fois (Rist). Enfin, quand la pleurésie sèche existe, elle accompagne en général une *localisation parenchymateuse de voisinage* dont elle n'est qu'une expression réactionnelle. Et il faut alors la distinguer des symphyses pleurales cicatricielles inactives.

Quoi qu'il en soit, le signe essentiel de la pleurésie sèche est le *frottement pleural*, allant du bruit « de cuir neuf » aux plus fins frottements difficiles à distinguer des râles. Dans la même région existe généralement une douleur, augmentée par la respiration et qui est parfois très vive et un peu de submatité et de diminution du murmure vésiculaire.

Suivant son siège, la pleurésie sèche peut provoquer des symptômes particuliers : au sommet, de la mydriase du même côté par irritation du sympathique cervical; aux scissures moyennes du poumon, une ombre en « coup de pinceau » à la radiographie; aux bases, le phénomène du feston.

Enfin, il existe des pleurésies sèches de la grande cavité, ayant évolué à bas bruit, et créé une symphyse qui sera un obstacle à l'installation d'un *pneumothorax artificiel* si plus tard le malade devient tuberculeux et a besoin de ce traitement. Dans ces cas, rien ne permet de prévoir de façon certaine la pleurésie sèche et seule l'aiguille du manomètre renseigne sur la liberté de la plèvre.

En résumé, l'on voit que la pleurésie tuberculeuse peut revêtir divers types. Dans les uns, la tuberculose pleurale évolue comme une maladie locale de la plèvre. Dans les autres, le pronostic est dominé par la tuberculose pulmonaire concomitante, celle-ci étant toujours à craindre.

TRAITEMENT

1° Pleurésie aiguë type a frigore. — Le repos au lit, une bonne hygiène générale avec aération continue de la chambre, une alimentation substantielle, tels sont les éléments qui constituent la base du traitement.

La ponction évacuatrice ne sera pas faite toutes les fois que l'on pourra s'en passer, car elle provoque une décompression du poumon qui peut être la cause de l'évolution future d'une tuberculose pulmonaire.

Elle sera cependant pratiquée lorsqu'on y est obligé par l'abondance dangereuse de l'épanchement, son caractère trop longtemps stationnaire. On n'évacuera pas plus de 1 litre à la fois, et l'on pourra, pour éviter la décompression pulmonaire, injecter une certaine quantité d'air.

Quand la pleurésie sera tarie, il faudra envoyer le malade pendant quelques mois à la campagne ou en altitude, et l'héliothérapie prudente pourra, dans ces cas, enrayer l'évolution de la sclérose pleurogène.

2° Cortico-pleurites. — Ici, l'important est de traiter la tuberculose pulmonaire. La *pneumoséreuse* réalise ce but en permettant le maintien d'un pneumothorax thérapeutique après assèchement de la pleurésie. Une cure sanatoriale est indispensable, car le malade doit être traité comme un tuberculeux sérieusement atteint.

3° Pleurésies purulentes. — Les ponctions évacuatrices suivies d'injections d'huile goménolée (*oléo thorax*) ou d'injections intra-pleurales de sanocrysine permettent souvent de diminuer la suppuration de la plèvre.

4° Pleurésies sèches. — Les révulsifs et les dérivés de l'acide salicylique sont les meilleurs calmants de la douleur. Ce qui importe ici, c'est surtout de dépister et de traiter une tuberculose pulmonaire de voisinage.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, nº 101, p. 1714, et nº 103, p. 1850.

RENSEIGNEMENTS

TABLE DES MATIÈRES

1930

A

B

C

**

D

E

F

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

TABLE DES AUTEURS

1930

C

D

E

F

G

M

N

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

NUMÉRO HORS SÉRIE — 1930 — 2 FRANCS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e	PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.	LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

TABLES DES REVUES GÉNÉRALES ET DES NOTES POUR L'INTERNAT

Publiées depuis le 1er janvier 1919 jusqu'au 31 décembre 1929

TABLE DES REVUES GÉNÉRALES

1919

1920

1921

1922

1926

1927

1928

1929

TABLE DES NOTES POUR L'INTERNAT

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

NUMÉROS SPÉCIAUX DE LA « GAZETTE DES HOPITAUX »

Numéro du Centenaire de la GAZETTE *(novembre 1927).*

TRAVAUX ORIGINAUX

*Numéro du Centenaire de l'*ALGÉRIE *(29 mars 1930).*

TRAVAUX ORIGINAUX



CACHET DE LA *LANCETTE FRANÇAISE* — *GAZETTE DES HOPITAUX*

1828

Paris. — Soc. Gén. d'Impr. et d'Edit., 17, rue Cassette.